Collegio Ipasvi di Roma

Centro di Eccellenza per la Cultura
e la Ricerca Infermieristica

SCIENTIFIC ANNUAL REPORT

2013

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

Presentazione del IV Annual Scientific Report

di Gennaro Rocco

In questi anni la scienza infermieristica ha raggiunto traguardi significativi tra i quali lo sviluppo dei dottorati di ricerca nelle università e la dirigenza sanitaria ai diversi livelli pur nelle attuali difficoltà politico economiche che il nostro Paese e l'Europa stanno affrontando. Ambiti di sviluppo si auspicano per il futuro: il riconoscimento delle competenze avanzate sia in ambito clinico che educativo che organizzativo e lo sviluppo di nuovi scenari nella politica sanitaria nazionale e nella libera professione.

In tal senso, sempre di più si pone al centro dell'interesse l'assistenza sanitaria alla persona e si auspicano cambiamenti organizzativi/assistenziali in ottica traslazionale attraverso l'implementazione di attività di ricerca e formazione.

Con questa attività di formazione e ricerca, divenuta ormai fondamentale per una professione in crescita e che si sta inserendo nei contesti accademici, il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI) del Collegio Ipasvi di Roma mira a rafforzare le conquiste ottenute dalla professione infermieristica stessa anche in contesti ambientali difficili, sia per la situazione economica globale che per la recrudescenza di alcune forme di regressione che mirano al non riconsoscimento epistemologico o alla subalternità scientifica e pratica della nostra nobile scienza: la scienza infermieristica.

Nel 2013 sono stati avviati ed approvati ben 32 progetti di ricerca e formazione con un interessante incremento rispetto al 2012 con un maggiore coinvolgimento da parte della componente professionale infermieristica.

Con questo IV Annual Report di fine 2013 il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI), vista l'esperienza maturata, si propone di essere un punto di riferimento importante per l`intera professione infermieristica italiana, europea ed internazionale.

È, quindi, con grande orgoglio che, attraverso questa pubblicazione, il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica del Collegio IPASVI di Roma mette a disposizione di tutti i colleghi i risultati degli studi effettuati e le prospettive di quelli ancora in corso, certo di contribuire così allo sviluppo del sapere sanitario e della buona pratica assistenziale/organizzativa. La pubblicazione di *questo Annual Scientific Report* registra lo stato dei progetti del 2013.

Il Direttore del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica

Gennaro Rocco

POLO PER L'ISTRUZIONE

TITOLO SINTETICO

VALUTAZIONE DEL CORE COMPETENCE INFERMIERISTICO

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

RESP. DEL POLO
A.M. Pulimeno

COD.1.13.1

TITOLO PROGETTO

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

2. ABSTRACT

Il concetto di competenza, oggi riveste un ruolo da protagonista nei dibattiti che si sono aperti in ambito nazionale e internazionale, in tutti i settori della vita sociale, politica ed economica. Coinvolge tutte le professioni e nel nostro caso la professione infermieristica, impegnata in una profonda riflessione sulla professionalità dell'infermiere moderno e sulle competenze che egli deve possedere. A partire dalla prima metà degli anni novanta, si è cominciato a guardare con sempre maggiore interesse ai sistemi di formazione e d'istruzione. I due punti cardine di questo processo, riguardano: l'adozione di un sistema di titoli accademici, fondato su cicli o livelli formativi, facilmente comprensibili e comparabili all'interno della Comunità Europea Alla luce di queste considerazioni i problemi che sono stati individuati sulla formazione accademica infermieristica in Italia, sono legati alla fatto che non esiste un'unica definizione univoca di competenza core infermieristica e quale sia il bagaglio formativo reale che i neo laureati hanno al momento dell'esame di abilitazione, perché ciò è condizionato a tutt'oggi fortemente dalla diversificazione dei programmi e delle metodologie didattiche in uso nei diversi atenei italiani e dall'ambiente sanitario in cui la pratica professionale viene formata e valutata. Scopo dello studio è quello di sviluppare un modello sperimentale per la definizione del Core Competence infermieristico, atto alla sintonizzazione dei percorsi certificativi e dei titoli rilasciati dalle diverse università Italiane, in linea con le Direttive emanate dalla Comunità Europea.

ABSTRACT

The concept of competence plays an important role in today's national and international debates in all sectors of social, political, and financial life. It involves all professions, and in our case the nursing profession, which is currently reflecting deeply on the professionalism of modern nursing and its competencies. Since the mid-1990s, the educational systems have aroused increasing interest. The two key points in this process regard: the adoption of a system of academic titles based on educational cycles or levels, which can be easily understood and compared across the European community. In the light of these considerations, the issues around academic nursing education in Italy are linked to the fact that there is no common definition for nursing core competence, and to what newly graduated nurses are supposed to know for their state board examination, because this is still strongly influenced by the diverse curricula and teaching methods currently adopted by the various Italian universities, as well as by the healthcare settings where students nurses do their apprenticeship and are evaluated. The aim of this study is to develop an experimental model to define what is 'a nursing core competence' that will allow to harmonise the education provided and titles issued by the various Italian universities, in line with the directives of the European Community.

3. BACKGROUND

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

(Henderson, 1991)

Nel nostro secolo (il XXI) sta portando, rispetto ad altri periodi, una spinta diffusa all'internazionalismo dei saperi, spostando la prassi consolidata da decenni, di una sovranità statale verso un'internazionalizzazione sempre più accentuata, determinata soprattutto dalla libera circolazione non soltanto delle merci e dei capitali ma anche delle professionalità[1]. Le giurisprudenze internazionali, infatti, stanno iniziando a regolamentare oggetti che fino a pochi decenni fa erano appannaggio esclusivo degli Stati, uno di questi è rappresentato dalla formazione, (accademica e non), con la descrizione dei profili di competenze professionalizzanti, rendendo riconoscibili e spendibili i titoli formativi in contesti anche sovra nazionali [2] .

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

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

Il concetto di competenza, oggi riveste un ruolo da protagonista nei dibattiti che si sono aperti in ambito nazionale e internazionale, in tutti i settori della vita sociale, politica ed economica. Coinvolge tutte le professioni e nel nostro caso la professione infermieristica, impegnata adesso in una profonda riflessione sulla professionalità dell'infermiere moderno e sulle competenze che egli deve possedere [7, 8].

In questo panorama il mondo accademico è chiamato in causa a pieno titolo nell'avviare in quel processo di trasformazione e ampliamento delle proprie proposte formative, che devono divenire un *[…]intreccio funzionale fra gli obiettivi formativi del corso, le attese del territorio, le competenze agite dallo studente, le esperienze didattiche da promuovere e le proposte didattiche del corpo docente* [9]. I due punti cardine di questo processo, riguardano: l'adozione di un sistema di titoli accademici, fondato su cicli o livelli formativi, facilmente comprensibili e comparabili all'interno della Comunità Europea attraverso la cooperazione di tutti i paesi nella valutazione della qualità dei percorsi formativi erogati [9,10,11] .

La necessità inoltre di implementare la dimensione europea della formazione ha sollecitato gli Stati della Comunità, alla decisiva realizzazione di quello Spazio Europeo dell'Istruzione Superiore per concretizzare quel processo di armonizzazione e sintonizzazione delle finalità formative che è stato intrapreso con la riforma internazionale degli istituti di istruzione già nel 1999 con il Processo di Bologna [12].

Tale Spazio Europeeo dell'Istruzione superiore si basa su un accordo intergovernativo di collaborazione formalmente sottoscritto nella Conferenza interministeriale tenuta a Budapest e Vienna nel marzo 2010, che hanno ampliato il numero dei 29 Paesi firmatari originari del Processo di Bologna portandoli a 47. Le finalità espresse nel Processo di Bologna e ampiamente condivise dagli enti che vi fanno parte, mirano ad una riorganizzazione in senso comunitario delle politiche sull'istruzione, mettendo a disposizione tutti i mezzi necessari per il suo raggiungimento [12, 13].

Più specificatamente il Processo di Bologna prevedeva, e prevede tuttora, una serie di obiettivi sia interni che esterni, che mirano a rendere i titoli accademici europei di alta qualità e competitivi sul mercato internazionale e contestualmente attrarre studenti dal mercato formativo non europeo. In ambito interno, invece, il Processo di Bologna vuole costruire un'organizzazione didattica sempre più in sintonia con il veloce mondo globale e con gli interessi della Comunità, tale da garantire, per controparte, una migliore spendibilità del titolo di studio nel mercato del lavoro all'interno di tutta l'area europea [12, 13].

Per rendere tutto ciò attuabile, un passo decisivo deve essere la trasparenza e leggibilità dei percorsi formativi e dei titoli di studio renderli comparabili tra le diverse istituzioni nazionali e sovranazionali.

Il Progetto *Tuning Educational Structures in Europe*, finanziato dalla Commissione Europea nel quadro del programma "Apprendimento Permanente", avviato nel 2000, offre una guida concreta alla realizzazione delle politiche di indirizzo del Processo di Bologna e consiste in una metodologia volta a progettare, sviluppare, attivare e valutare i corsi di studio secondo la nuova riforma dei cicli [14,15] .

Il progetto e il modello Tuning, in concreto, appartengono ad uno dei quei bracci operativi fondamentali che si sono creati per lo sviluppo di piattaforme utili ai vari Stati e organi accademici per migliorare l'offerta formativa in termini di risultati di apprendimento (*learning outcomes*) e di competenze (*competences*). Nel 2000 si erano costituiti vari gruppi di ricerca che hanno compiuto un'ampia consultazione volta a

identificare le competenze generali e specifiche di alcune discipline pilota. Uno dei gruppi più attivi è stato quello infermieristico, coordinato dalla Prof. Mary Gobbi dell'Università di Southmpton, che ha contribuito a identificare 40 *competence core* infermieristiche generalizzabili a tutti i percorsi formativi universitari degli Stati che si riconoscono nel Processo di Bologna [16].

Nel 2005 [17] è stato elaborato un primo documento volto ad indentificare il core competence di diverse discipline, testo ampliato nel 2010 con il "Tuning Eductional Structures in Europe 2010"[16] e che ha portato nel 2012 alla pubblicazione sul sito del Tuning dei profili di competenza di 13 discipline accademiche tra cui il nursing [18].

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

Lo strumento Tuning Nursing Educational è un questionario di self-report indirizzato ai formatori e docenti del settore infermieristico. E' costituito da 40 item che rappresentano le competenze core specifiche individuate dal gruppo di progetto Tuning, le competenze sono state suddivise in 6 domini [17]. Attualmente da giugno 2012 sul sito di consultazione europeo del Tuning Project è stato pubblicato un Core Competence del Nursing in cui è stato presentato il risultato finale del lavoro di consultazione ed il profilo risultante è di 47 competence specifiche, divise in 4 aree tematiche [18].

Alla luce di queste considerazioni i problemi che sono stati individuati sulla formazione accademica infermieristica in Italia , sono legati alla fatto che non esiste un'unica definizione univoca di competenza core infermieristica e quale sia il bagaglio formativo reale che i neo laureati hanno al momento dell'esame di abilitazione, perché ciò è condizionato a tutt'oggi fortemente dalla diversificazione dei programmi e delle metodologie didattiche in uso nei diversi Atenei italiani e dall'ambiente sanitario in cui la pratica professionale viene formata e valutata [22, 23, 24,25,26].

4. OBIETTIVO DI PROGETTO

Scopo del progetto è quello di sviluppare un modello sperimentale per la definizione del Core Competence infermieristico, atto alla sintonizzazione dei percorsi certificativi e dei titoli rilasciati dalle diverse Università Italiane, in linea con le Direttive emanate dalla Comunità Europea. [9,10, 11,12,16,18] Inserendosi nella discussione aperta a vari livelli istituzionali sui diversi profili di competenza infermieristica e alla luce della norma di riordino dei piani di studio, secondo indirizzo comunitario (270/04) [27,28,29,30,31,32,33,34,35]. Fornendo, inoltre un modello per la valutazione del risultato finale della formazione accademica (esame di abilitazione professionale) dei neo laureati in Infermieristica in Italia.

Obiettivi specifici

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

5. METODOLOGIA

Disegno del progetto

La ricerca iniziata nel 2010, articolata in un programma di ricerca di tre anni, prevede quattro fasi e complessivamente 4 studi. Le fasi già portate avanti sono state soprattutto due. Una prima fase volta a sviluppare la versione italiana del questionario sulle competenze core del progetto Tuning del Consiglio Europeo, testandone la validità linguistica e culturale. Una seconda fase è stata quella volta ad analizzare e descrivere, alla luce delle indicazioni del gruppo Tuning, le sincronie e le divergenze concettuali sulle competenze core, dei docenti universitari del settore disciplinare in infermieristica italiani (MED/45-M06/01) anche in riferimento ai nuovi ordinamenti e piani di studio formulati per l'anno accademico 2011/2012, (270/04 secondo indirizzo comunitario).

FASE 1

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

b) Analisi e scelta del modello di Competenza infermieristica e relativi strumenti .
c) Analisi e revisione testuale dei piani di studio dei corsi di laurea in infermieristica italiani (norma 270/04), confrontando la loro sintonizzazione con gli indirizzi e il quadro delle competenze core della Comunità Europea.
d) Report del lavoro svolto.

FASE 2

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

FASE 3

a) Studio descrittivo volto all'analisi delle sincronie e delle divergenze concettuali sulle competenze core, attraverso un'indagine su un campione rappresentativo dei docenti universitari del settore disciplinare in infermieristica italiani (MED/45), nelle 4 Università presenti nella Regione Lazio.
b) Revisione e analisi testuale e descrittiva dei nuovi ordinamenti e piani di studio formulati per l'anno accademico 2011/2012, (270/04 secondo indirizzo comunitario), andando ad individuare i punti di convergenza e di difformità con le indicazioni europee.
c) Sviluppo di un report dei risultati con elaborazione di una pubblicazione internazionale del lavoro svolto.

FASE 4

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

FASE 5

a) Sviluppo del modello e delle linee d'indirizzo per la valutazione delle competenze specifiche/core infermieristiche, per fornire uno strumento univoco, flessibile, riconoscibile e valido per la valutazione dei neo laureati in infermieristica nell'esame di abilitazione finale.
b) Sperimentazione del modello attraverso studi a metodo misto nelle sessioni di tesi dell'anno accademico 2011/2012- 2012/2013 – 2013-2014.

ANALISI DEI DATI

Verranno utilizzati i software statistici SPSS e Mplus per l'analisi dei dati quantitativi e Atlas Ti per l'analisi dei dati qualitativi.

5. RISULTATI ATTESI

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

PIANIFICAZIONE

Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
Progettazione Corso e presentazione	Coordinatori scientifici	Dicembre - Marzo 2011
Fase 1	Team di progetto	Aprile – Luglio 2011
Fase 2	Team di progetto	Aprile – Dicembre 2011
Fase 3	Team di progetto	Gennaio - Ottobre 2012
Fase 4	Team di progetto	Novembre 2012 – Febbraio 2013
Fase 5	Team di progetto	Gennaio 2013 – Gennaio 2014
Verifica dei risultati attesi del progetto	Team di progetto	Gennaio 2014 – Giugno 2014

DIAGRAMMA GANTT

	Dicembre 2010	Gennaio- marzo 2011	Aprile luglio 2011	Settembre dicembre 2011	Gennaio maggio 2012	Giugno ottobre 2012	Novembre dicembre 2012	Gennaio febbraio 2013	Marzo aprile 2013	Aprile luglio 2013	Settembre 2013 Giugno 2014
Presentazione del progetto											
Progettazione											
Fase 1											
Fase 2											
Fase 3											
Fase 4											
Fase 5											
Verifica dei risultati attesi del progetto											

BIBLIOGRAFIA

1. Monterotondo C. Competenze trasversali e comportamento organizzativo. Le abilità di base per il lavoro che cambia. Milano: Franco Angeli, 1994.
2. Le Boterf G. Costruire les compétences individuelles et collectives. Paris: Éditions d'Organisation, 2000.
3. Pellerey M. Sul concetto di competenza e in particolare di competenza sul lavoro. In: Montedoro C. Dalla pratica alla teoria per la formazione: un percorso di ricerca epistemologica. Terza edizione. Milano: Franco Angeli; 2001, 231-276.
4. Commissione Europea Comunicazione. Per un Europa della Conoscenza. Bruxelles: COM; 1997.
5. Commissione Europea. Libro bianco, insegnare ad apprendere verso la società conoscitiva. 2003. Disponibile presso: http://db.formez.it/storicofontinor.nsf/0/F0B248D53172DE80C1256CC20052095F/$file/libro%20bianco%20commissione%20europea.PDF [consultato il 15Aprile 2013].
6. Sironi C. Continuità assistenziale e sviluppo della competenza infermieristica: la formazione universitaria si interroga. Convegno Nazionale della Consociazione Nazionale delle Associazioni Infermiere/i Manfedonia 8-10 Maggio 2008; Paderno Dugnano (MI): Grafiche Tris, 2009: 105-112.
7. Montedoro C. Dalla pratica alla teoria per la formazione: un percorso di ricerca epistemologica (Terza ed.). Milano: Franco Angeli, 2002.
8. Spencer LM, Spencer SM. Competenza nel lavoro, modelli per una performance superiore Sesta edizione. Milano: Franco Angeli, 1995.
9. Bologna Process Tuning Italian Version. Introduzione al Tuning Educational Structures in Europe. Il contributo delle università al processo di Bologna. 2004. Disponibile presso: http://www.unideusto.org/tuning-geu/images/stories/Publications/italian_brochure_for_website.pdf [consultato il 20 Gennaio 2012].
10. Bologna Process Higher Education in Europe Developments in the Bologna Process. 2009. Disponibile presso: http://ec.europa.eu/education/higher-education/doc/eurydice09_en.pdf Eurydice. [consultato il 20 Gennaio 2012].
11. Bologna with student eyes. 2007. Disponibile presso: http://www.esib.org/index.php/Publications/official-publications.html. [consultato il 20 Gennaio 2012].

12. Finocchietti C, Giacobazzi D, Palla PG. Dieci anni del Processo di Bologna, Lo spazio europeo per l'istruzione superiore. Quaderno Universitas CIMEA, 2010.
13. Contaldo A, Liakopoulos D. Università ed Unione Europea. Il sistema di accreditamento universitario nel diritto comunitario. Padova: Libreria Universitaria, 2011.
14. Ministry of Science, Technology and Innovation. Bologna working group on qualifications frameworks. A framework for qualifications of the European higher education area. Copenhagen, 2005.
15. Gonzales J, Wagenaar R. Tuning Educational Strctures in Europe II: Universities' contribution to the Bologna Process. Bilbao: Universidad de Deusto, 2005.
16. Loknoff J, Wegewijs B, Durkin K, Wagenaar R, Gonzales J, Isaacs AK. Tuning Educational Structures in Europe 2010. A Tuning guide to formulation of degree programme profiles, including programme competences and programme learning outcomes. Bilbao: Univerisidad de Bilbao, 2010.
17. Gobbi M. Summary of Tuning subject area findings final version. 2005. Disponibile presso: http://www.indire.it/lucabas/lookmyweb/templates/up_files/Bologna_promoters//Tuning/Template_Nursing.pdf [consultato il 14 dicembre 2012].
18. Tuning Project Nursing specific competences. Disponibile presso: http://www.unideusto.org/tuningeu/competences/specific/nursing.html [consultato il 14 dicembre 2012].
19. NHS-Manchester Mental Health Annual report 2009-2010. Manchester: NHS, 2011.
20. NMC Standards for pre-registration nursing education. London: Nursing Midwifery Council, 2010.
21. Gobbi M. A review of nurse educator career pathways: a European perspective. Journal of Research in Nursing 2009; 2(14):123-124.
22. AACN Hallmarks of quality and patient safety: Recommended baccalaureate competencies and curricular guidelines to ensure high-quality and safe patient care. Journal of Professional Nursing 2006; 4 (22): 329-330.
23. Ausili D, Baccin G, Sironi C, Talamona A. Una proposta per l'insegnamento delle scienze infermieristiche nel corso di laurea in infermieristica. Professioni Infermieristiche 2009; (1): 9-16.
24. Bobay K, Gentile DL, Hagle ME. The relationship of nurses'professional characteristic to levels of clinical nursing expertise. Applied Nursing Research 2009; 1(61): 48-53.
25. Cronenwett L, Sherwood G, Barnsteiner J, Disch J, Johnson J, Mitchell P. Quality and safety education for nurses (QSET). Nursing Outlook 2007; 3(55): 122-131.
26. Sironi C. Formazione infermieristica e sviluppo delle competenze: due aspetti strettamente connessi. In: ICN. La struttura e le competenze del continuum dell'assistenza infermieristica del Consiglio Internazionale degli Infermieri. Roma: Consociazione Nazionale delle Associzioni Infermiere/i, 2010.
27. MIUR. Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, approvato con Decreto del Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica 3 novembre 1999, n. 509. Disponibile presso:
http://www.miur.it/0006Menu_C/0012Docume/0098Normat/4640Modifi_cf2.htm. [consultato il 14 Dicembre 2012]
28. Bradshaw A, Merriman C. Nursing competence 10 years on: fit for practice and purpose yet? Journal of Clinical Nursing 2008; 10(17):1263-1269.
29. De Marinis MG, Mazzaroni M, Piredda M. Il tutor clinico tra competenze e formazione. International Nursing Perspectieves 2002; 3(2): 135-41.
30. Di Mauro S, Fiorillo V, Sala M. Valutazione dell'apprendimento del processo di assistenza infermieristica. Professioni Infermieristiche 2009, 2(62): 84-93.
31. Frega R. Il Costrutto di competenza. Ricostruire l'esperienza, competenze, bilancio e formazione. Milano: Franco Angeli, 2004.
32. Gamberoni L, Lotti A, Marmo G, Rocco G, Rotondi P, Sasso L. Il concetto di competenza. L'infermiere laureato specialista/magistrale: il progetto formativo. Milano: McGraw-Hill, 2009.
33. Massai D, Amerini A, Bargellini S, Bugnoli S. Un'analisi ragionata da discutere e condividere delle competenze cliniche, formative e gestionali degli infermieri nei processi di assistenza sanitaria. Uno strumento essenziale per definire i nostri ruoli professionali in una dimensione avanzata e autonoma. L'Infermiere, 2007.
34. Pillastrini P, Bertozzi L, Chiari P, Morsillo F, Semprini A, Valente D. Formazione universitaria dei professionisti della salute: I core values come efficaci strumenti per una valutazione dei valori della performance nella futura prassi. Professioni Infermieristiche 2008; 3(61):131-138.
35. Pogli E, Fumasoli T. Competenze e loro valutazione in ambito formativo. Lugano; Istituto Formazione e Comunicazione, 2009.

POLO PER L'ISTRUZIONE

TITOLO SINTETICO

STRUMENTI PSICO-RELAZIONALI PER L'INFERMIERISTICA

COORDINATORE PROGETTO
F. Musti

RESP. DEL POLO
A.M. Pulimeno

COD. 1.13.2

TITOLO PROGETTO

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

2. ABSTRACT

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

ABSTRACT

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

3. BACKGROUND

Dall'esperienza maturata con le prime tre edizioni del progetto, che si sono svolte da settembre a dicembre 2012, ed in base alla notevole risposta di partecipazione dei gruppi coinvolti, di cui è in corso di stesura una relazione per una pubblicazione scientifica riteniamo sia indispensabile, qualificare l'assistenza infermieristica in particolare nel suo aspetto di relazione con il sofferente e il "soffrire" quale elemento di stabilizzazione di un "benessere" legato ad una relazione trasparente con noi stessi ed il sofferente. L'ipotesi, confermata anche da recenti ricerche ha potuto evidenziare che l'eccessiva mole di lavoro, la burocratizzazione dei servizi, le remunerazioni inadeguate, l'imprecisa definizione dei ruoli, la sottoutilizzazione delle risorse esistenti, unita spesso a sensazioni di inutilità della propria attività lavorativa soprattutto nei reparti a maggior impatto emotivo quali le aree critiche, pediatria e oncologia, in aggiunta alle attuali riorganizzazioni determinate dalla crisi e dalla "spending review", possano essere fonte della manifestazione di marcato disagio esistenziale. Tale situazione di disagio emotivo si realizza con fenomeni di perdita di sensibilità verso gli assistiti e i colleghi, ostilità, distacco, cinismo e successivamente sentimenti di inefficienza, frustrazione ed impotenza. Questo sentimento negativo verso di sé, verso il proprio lavoro porta l'infermiere o qualsiasi operatore sanitario a lavorare sempre peggio fino a precipitare in una completa mancanza di competenza e di valore. Associati ai fenomeni di disaffezione si presentano frequentemente anche sintomi psicosomatici, frequenti mal di testa, disturbi gastroenterici, vulnerabilità del sistema immunitario. Queste alterazioni emotive e fisiche di vario genere si riflettono ovviamente sulla relazione di aiuto professionale e sul benessere organizzativo. L'utenza ne risulta danneggiata, non si instaura infatti un rapporto di fiducia tra operatore e paziente ma una relazione frustrante, inefficace e nella stragrande maggioranza dei casi dannosa. A livello organizzativo si riscontra spesso rivalità accentuata nei confronti della struttura gerarchica e nei confronti dei colleghi. In particolare si registra un aumento delle assenze e un incremento della conflittualità all'interno delle equipes.

A tale proposito proponiamo la continuià di questo progetto dalle modalità innovative e originali che vuole promuovere il benessere degli operatori sanitari, il benessere dell'utenza e il miglioramento del clima psicosociale del servizio sanitario.

La consapevolezza di sé cambia i vissuti, le relazioni e i contesti. L'accettazione della malattia e spesso della propria inevitabile inutilità diventa, dentro al contesto ospedaliero, una vera rivoluzione culturale che riguarda le professioni sanitarie che mette in discussione gli operatori in quanto addetti alla "salvezza" della vita, e li riproietta nel ruolo di Igea, ovvero portatori di una relazione "salutare" in quanto rapporto "sano" tra esseri umani. Tale progetto vuole essere un percorso formativo che abbia come obiettivo principale, la riscoperta della cultura del "bene-essere", partendo dall'accettazione della sofferenza e dalla necessaria collaborazione tra colleghi, verso la creazione di una rete di sostegno umanizzante, competente nell' affrontare la sofferenza, orientata alla prevenzione dei disturbi e al miglioramento di sé quali esseri umani.

4. OBIETTIVO DI PROGETTO

Obiettivi generali

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

Obiettivi specifici

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

Indicatori

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

METODOLOGIA

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

- **gruppo "esperienziale"**, di interazione e scambio sulla tematica del "burnout"e le dinamiche tipiche di una "relazione di aiuto".
- **brainstorming**, mediante il quale ogni partecipante condividerà la propria esperienza lavorativa riguardo determinate tematiche.
- **il role-playing**, cioè simulate dove ogni partecipante, interpretando il proprio ruolo nel contesto lavorativo, avrà l'opportunità di comprenderlo ed eventualmente modificarlo.
- l**a scultura relazionale**, vera e propria rappresentazione "teatrale" attraverso la quale osservare le dinamiche relazionali presenti nel proprio contesto lavorativo ed eventualmente trasformarle e arricchirle.
- **presentazione di stimoli audiovisivi**, con l'intento di soffermarsi su una tipologia di comunicazione efficace nel rispetto di sé e dell'altro all'interno del gruppo di lavoro.

Il format di apprendimento, ai fini dell'efficacia formativa, prevede la costituzione di un gruppo didattico da 15 fino ad un massimo di 20 partecipanti.

RISULTATI ATTESI

Rilevanza

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

PIANIFICAZIONE

Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
Progettazione Corso	Dott.ssa T. Fiore Dott.ssa S. Giona Dott. F. Musti	1 mese (gennaio 2013
Convenzione con il committente	Comitato esecutivo Centro di Eccellenza Docenti (Ass. tra Professionisti)	1 mese (gennaio 2013)
Pianificazione attività formativa	Centro di Eccellenza Polo 1 Segreteria ECM IPASVI Docenti	1 mese (30 gg per ECM - gennaio 2013)
Svolgimento Evento formativo	Segreteria IPASVI Docenti	3 gg (24 ore formative) x n. 4 Ediz. (96 ore formative) febbraio – luglio 2013
Revisione dei risultati	Docenti Comitato esecutivo Centro di Eccellenza	5 mesi (dal termine dell'ED.)

DIAGRAMMA GANTT

MESE	Gennaio 2013	Febbraio 2013	Marzo 2013	Aprile 2013	Maggio 2013	Giugno 2013	Luglio 2013	Dicembre 2013
Progettazione Corso								
Convenzione con il CECRI - IPASVI								
Pianificazione attività formativa								
Svolgimento Evento formativo								
Revisione dei risultati								

BIBLIOGRAFIA

Avallone F. La formazione psicosociale, Roma: La Nuova Italia Scientifica; 1989.

Avallone F, Paplomatas A., Salute organizzativa. Psicologia del benessere nei contesti lavorativi, Milano: Cortina; 2005.

Bateson G. Mente e natura, Milano: Adelphi; 1984.

Contessa G. Prigioni, monasteri, fabbriche. Milano: Clup; 1988.

Levinas E. Dio, la morte e il tempo, Milano: Jaca Book; 1996.

Jahoda M. Current concepts of positive mental health. NewYork: Basic Books;1958.

Maturana H, Varela F. Autopoiesis and cognition: the relatization of the living, Amsterdam: Dordrecht Publications, 1980.

Pellizzoni B. (a cura di). Amministrazioni alla ricerca del benessere organizzativo. Napoli: Edizioni Scientifiche Italiane; 2005.

Tagliacozzi B, Pallotta A. Scene da un manicomio, Roma: Magi; 2004.

Von Foester H. Sistemi che osservano, Roma: Astrolabio; 1987.

Watzlawick P, Bevin P, Jackson JH. La pragmatica della comunicazione umana, Roma: Astrolabio; 1971.

Whitaker C. Considerazioni notturne di un terapeuta familiare, Roma: Astrolabio; 1990.

POLO PER L'ISTRUZIONE

TITOLO SINTETICO

ASSISTENZA E COMUNITÀ CONFINATE

COORDINATORE PROGETTO
S. Bartolucci
A. Basile
A. Maccari
M.G. Proietti
C. Puleio
A. Stievano

RESP. DEL POLO
A.M. Pulimeno

COD. 1.13.3

TITOLO PROGETTO

L'assistenza infermieristica nelle comunità confinate: la persona detenuta

Nursing in confined communities: The imprisoned person

2. ABSTRACT

Il vissuto di malattia e l'assistenza infermieristica nel carcere sono destinate a rivestirsi di significati particolari, vista la complessità del contesto in cui si opera. Il lavoro infermieristico in carcere, infatti, è molto diversificato e richiede agli infermieri di attingere a una vasta gamma di competenze, a cominciare da quelle relazionali.
Altro aspetto che la professione infermieristica può introdurre in ambito penitenziario è il modello organizzativo della presa in carico della persona reclusa fin dall'ingresso, programmata in una continuità assistenziale per tutto il periodo di permanenza.
Tutto ciò con il supporto di un'adeguata documentazione infermieristica che evidenzi, come avviene già in molti contesti sanitari, l'attività svolta dagli infermieri. La formazione, in tale contesto, diventa elemento fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

ABSTRACT

The experience of disease and nursing care in prison are bound to assume particular meanings considering the complex context in which they take place. In fact, nursing practice in prison is very diversified and nurses are required to have a wide range of competences, and mainly relational competences.
Another aspect that nursing can introduce into prisons is a particular organisational model that involves taking care of the prisoner right from the moment of imprisonment and planning healthcare continuity throughout the period the prisoner is in prison.
All this requires the support of appropriate nursing documentation that shows all the activities carried out by the nurses, just like any other healthcare setting. In this context, education is fundamental to achieve the aims expected.

3. BACKGROUND

La sanità penitenziaria è da anni al centro dell'attenzione, anche se ultimamente l'interesse è aumentato a fronte delle condizioni sempre più critiche delle carceri. Inoltre, i bisogni di salute crescono e richiedono una vera e propria presa in carico dei detenuti, che, oltre alle malattie comuni a tutta la popolazione, spesso presentano stati di salute talvolta aggravati dalle condizioni di vita legate alla reclusione.
L'importanza dello stato di salute della popolazione detenuta è stata la base concettuale che ha portato al DPCM del 1° aprile 2008 con cui i rapporti di lavoro, le risorse finanziarie, le attrezzature e i beni strumentali in materia di sanità penitenziaria sono stati trasferiti al Servizio Sanitario Nazionale e, di conseguenza, il rapporto di lavoro degli operatori sanitari è passato alla gestione delle Aziende sanitarie locali.
L'area sanitaria di un carcere è chiamata a garantire la salute a tutti i soggetti, sia sul piano della prevenzione che sul piano degli accertamenti diagnostici e terapeutici. E' evidente l'importanza del ruolo dell'assistenza infermieristica che si impegna da sempre a rafforzare il rapporto di fiducia con l'assistito.
Per garantire la continuità delle cure e fornire risposte adeguate alle necessità emergenti nelle carceri è necessario valorizzare la componente infermieristica, non solo in risposta alle esigenze di questi operatori, ma come atto di tutela per il cittadino detenuto.
L'importanza dell'intervento infermieristico in carcere trova ampia e sostanziale motivazione, dimostrandosi di specifica competenza dell'infermiere, capace per cultura e per formazione di selezionare le informazioni pertinenti, riconoscere i bisogni assistenziali e individuarne le priorità, erogare l'assistenza necessaria, fornire informazioni corrette, rassicurare.

Gli obblighi etici e istituzionali impongono all'infermiere di pianificare l'assistenza non solo in funzione di un bisogno espresso, ma in relazione al bisogno globale di salute: curando il malato e favorendo la salute del sano.
L'attuale modello organizzativo infermieristico penitenziario, basato essenzialmente sull'aspetto tecnico, dovrebbe rinnovarsi per consentire la presa in carico personalizzata dell'assistito con la relativa pianificazione assistenziale, comprensiva degli aspetti educativo e relazionale.
Il riconoscimento e la valorizzazione della professione infermieristica, anche per l'attività all'interno degli istituti penitenziari, passa attraverso un percorso formativo specifico che sia in grado di sviluppare competenze e fortificare le responsabilità già acquisite, per una nuova definizione di governo clinico assistenziale quale strumento di orientamento e governo della sanità anche nelle carceri.

4. OBIETTIVO DI PROGETTO

Obiettivi generali
Il corso si prefigge come obiettivo primario quello di fornire delle competenze specifiche di assistenza infermieristica verso la popolazione penitenziaria che può comprendere diverse tipi di fragilità come ad esempio: il minore, la donna con figli, la puerpera, il tossicodipendente, il disabile fisico e/o mentale, l'anziano, il paziente di culture e religioni altre, diversità di genere.
In tale contesto e scenario l'infermiere che esercita all'interno delle carceri deve essere formato e aggiornato al fine di acquisire conoscenze e sviluppare competenze per rispondere efficacemente ai bisogni sanitari di detta popolazione.

Indicatori
- N° di eventi formativi espletati / N° di eventi formativi previsti (> 50%)
- N° di partecipanti agli eventi formativi / N° di partecipanti attesi agli eventi formativi (> 75%)

METODOLOGIA

Metodologia didattica
Lezioni magistrali, esercitazioni in aula, discussioni in plenaria, discussioni casi clinici, role playing. Il corso sarà fortemente interattivo e verranno utilizzati strumenti multimediali.

Materiale didattico
PC, videoproiettore, riproduttore musicale.

Ai partecipanti
Dispensa con testi di approfondimento sugli argomenti del corso, testi sull'argomento trattato, bibliografia, su supporto informatico.

RISULTATI ATTESI

Al termine delle giornate formative i partecipanti avranno acquisito strumenti in grado di migliorare le conoscenze e le competenze relative all'esercizio professionale in ambito penitenziario e specificatamente, acquisire conoscenze teoriche e aggiornamenti in tema di:
- legislazione sanitaria e penitenziaria,
- contesto delle carceri,
- modelli di organizzazione dell'assistenza,
- continuità assistenziale,
- paziente detenuto: tipologia e caratteristiche,
- organizzazione e gestione del personale,
- esercizio professionale,
- risvolti etici, multiculturali, religiosi e di genere,
- rapporti I*nfermiere-Agente di Polizia Penitenziaria*,
- prevenzione e la sicurezza sanitaria,
- comunicazione terapeutica nel team.

Acquisire abilità manuali, tecniche o pratiche in tema di:
- gestione dei pazienti fragili detenuti, pianificazione assistenziale del detenuto, protocolli procedure per la continuità assistenziale.

Migliorare le capacità relazionali e comunicative in tema di:
- caratteristiche del team in ambito penitenziario, metodologie e strumenti per la relazione con il paziente recluso, la comunicazione terapeutica.

Rilevanza
L'evento proposto è coerente con uno degli obiettivi formativi di interesse nazionale di cui all'articolo 16 ter comma 2 del D. L. 229/1992, cioè il n.22 F*ragilità: tutela degli aspetti assistenziali e socio-assistenziali.*

PIANIFICAZIONE

	Descrizione attività	**Risorse impegnate**	Durata
0	Costituzione del Team di Progetto di corso di formazione	Consiglio Direttivo	Settembre 2012
1	Elaborazione del progetto	Team di Progetto	Ottobre 2012
2	Approvazione del corso di formazione	Consiglio Direttivo	Novembre 2012
3	Programmazione degli eventi formativi e accreditamento ECM	Team di Progetto + Ipasvi	Dicembre 2012
4	Preparazione del materiale occorrente (locandine, programmi, attestati, materiale didattico) e organizzazione delle Giornate di Studio	Team di Progetto + Ipasvi	Gennaio 2013
5	Realizzazione 1° evento formativo	Team di Progetto + Ipasvi	Marzo 2013
6	Realizzazione 2° evento formativo	Team di Progetto + Ipasvi	Maggio 2013
7	Verifica e relazione finale	Team di Progetto	Settembre 2013

DIAGRAMMA GANTT

		Sett 2012	**Ott 2012**	**Nov 2012**	**Dic 2012**	**Gen 2013**	**Mar 2013**	**Mag 2013**	**Giu 2013**
Fase 0	Costituzione del Team di Progetto di corso di formazione								
Fase 1	Elaborazione del progetto								
Fase 2	Approvazione del corso di formazione								
Fase 3	Programmazione degli eventi formativi e accreditamento ECM								
Fase 4	Preparazione del materiale occorrente (locandine, programmi, attestati, materiale didattico) e organizzazione delle Giornate di Studio								
Fase 5	Realizzazione 1° evento formativo								
Fase 6	Realizzazione 2° evento formativo								
Fase 7	Verifica e relazione finale								

BIGLIOGRAFIA

Riferimenti legislativi

1. Lettera circolare n.613010/12 del 30.11.1984 Oggetto: aggiornamento elenchi cittadini assistibili dal SSN.
2. Circolare n.3132/5582 del 12.9.1985.
3. Circolare n.3154/5604 del 2.1.1986.Oggetto: assistenza sanitaria ai detenuti e agli internati
4. Circolare n.3182/5632 del 21.7.1986.Oggetto: tutela della vita e della salute delle persone detenute.
5. Circolare n.643295/12 del 24.11.1990.Oggetto: indirizzi e direttive per l'assistenza sanitaria penitenziaria.
6. Circolare n.3337/5787 del 7.2.1992.Oggetto: costituzione e funzionamento delle aree.
7. Circolare n.808139/4127 del 14.7.1995.Oggetto: ricovero dei detenuti e degli internati nei luoghi esterni di cura.
8. Lettera circolare n.576541/2 del 24.2.1999.Oggetto: organizzazione dei servizi sanitari.

9. Lettera circolare n.156511/3 del 30.6.1999.Oggetto: riordino della medicina penitenziaria.
10. Decreto legislativo recante "Disposizioni per il riordino della medicina penitenziaria a norma dell'art. 5 della legge 30 novembre 1998,n.419"
11. Art. 32 Costituzione italiana
12. L.833/78
13. L.230/99

Riferimenti bibliografici

1. Baranghini G, Capelli M. Il sistema qualità ISO 9000 in sanità. Milano: Franco Angeli; 1997.
2. Biagi S, Cavaliere B. Funzioni e attività del coordinatore infermieristico di dipartimento fra letterature e normativa: un'indagine nella realtà italiana. Management infermieristico. 2004; 2.
3. Bonoldi A, Grugnetti AM. Il miglioramento continuo della qualità assistenziale. Nursing Oggi. 2005; 1.
4. Borri B, Grifoni M, Patriarca D, Nante N. Studio di un progetto di miglioramento della qualità assistenziale in ambito penitenziario. Mondo Sanitario. 2010; (17): 23-29.
5. Bottari M. Principi costituzionali e assistenza sanitaria. Milano: Giuffrè; 1991.
6. Calamandrei C, Orlandi C, La dirigenza infermieristica, manuale per la programmazione dell'infermiere con funzioni manageriali. Milano: McGraw Hill; 2008.
7. Ceraudo F. Principi fondamentali di medicina penitenziaria. Pisa: Archimedia; 1988.
8. Ceraudo F. La carcerazione. Eventi psicologici, in Atti del I Congresso Nazionale Amapi di psichiatria penitenziaria. Parma, 1993.
9. Conso G. Manuale di diritto penitenziario. Milano: Giuffrè; 1999.
10. D'Ambra M. Le nuove tecniche di comunicazione. Settimo Milanese (MI): De Vecchi Editore; 1995; 9-22.
11. Di Gennaro G, Bonomo M, Breda R. Ordinamento penitenziario e misure alternative alla detenzione. IV ed. Milano: Giuffré; 1991.
12. Di Giulio P, Cavazzuti F, Gremonini G. L'assistenza infermieristica basata sulle evidenze. Assistenza infermieristica e ricerca. 1998.
13. Donabedian A. La qualità dell'assistenza sanitaria, principi e metodologie di valutazione. Roma: La Nuova Italia Scientifica; 1997.
14. Duxbury J. Il paziente difficile modalità di comunicazione. McGraw-Hill: Milano; 2001.
15. Focarile F. Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria. Torino: Centro Scientifico Editore; 1998.
16. Gagliardi G. Il servizio sanitario penitenziario. Neu, 2009; (28): 55-63.
17. Galgano A. I sette strumenti manageriali della qualità totale. L'approccio qualitativo ai problemi. Milano: Il Sole 24 Ore; 1999.
18. Grenier R., Drapeau J., Desantels J. Norme e criteri di qualità dell'assistenza infermieristica. Milano: Sorbona; 1999.
19. Grevi V. Diritti dei detenuti e trattamento penitenziario. Bologna: Il Mulino; 1981.
20. Martellotti E. L'Ipasvi apre il confronto sul lavoro nelle carceri. L'infermiere. 2009; (53): 10-12.
21. Marotta Gigli A. L'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari. Rassegna Italiana di Criminologia; 1984.
22. Maioli E. Profilo e competenze del coordinatore: indagine conoscitiva. Management infermieristico. 2006, (3).
23. Massei A, Marucci AR, Tiraterra MF. La professione infermieristica negli istituti penitenziari: un'indagine descrittiva. Professioni infermieristiche. 2007; (1): 13-18.
24. Motta PC. L'insegnamento universitario della metodologia dell'assistenza infermieristica. Nursing Oggi. 2000; (1) 30 – 40.
25. Motta PC. Linee guida, clinical pathway e procedure per la pratica infermieristica: un inquadramento concettuale e metodologico. Nursing Oggi; 2001; (4).
26. Motta PC. Protocolli infermieristici: un inquadramento concettuale e metodologico. Nursing Oggi. 1998 (4).
27. Palese A, Carbarcas GR, Dotti R, Riboli O. Dossier, Documentazione scritta (consegne e piani di assistenza). Assistenza Infermieristica e ricerca; 2006: 25 - 32.
28. Shekelle PG, Woolf SH, Eccles M. Clinical guidelines: Developing guidelines. BMJ, 1999 (318): 593 – 596.
29. Sniderman D. Clinical trials, consensus conference and clinical practice. Lancet; 1999 (354): 327-330.
30. Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria – Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato – sezione statistica. Dati al 30.06.2012
31. Almost J, Doran D. Prison nurses face sex taunts, death threats, CBC. (http://www.cbc.ca/news/health/story/2011/01/04/nurses-pri¬son-threats.html?ref=rss, 27 luglio 2012)

POLO PER L'ISTRUZIONE

TITOLO SINTETICO

LA LIBERA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

COORDINATORE PROGETTO
G. Rocco, S. Bartolucci
S. Ceccarelli, M. Curzi
G. De Andreis, M. Fiorda,
L. Macale, P. Masi, F. Stagno,
A. Stievano, A. Testa, M. Vargiu

RESP. DEL POLO
A.M. Pulimeno

COD. 1.13.4

TITOLO PROGETTO

Percezione e conoscenze dell'esercizio libero professionale dell'infermiere nel percorso formativo di base: un'indagine conoscitiva sugli studenti del terzo anno del corso di laurea in infermieristica della Regione Lazio
Perception and knowledge of nurses' independent professional practice during the undergraduate course: A survey involving third-year undergraduate students in the Lazio Region (Italy)

2. ABSTRACT

Nell'attuale contesto politico, economico e sociale Europeo e del nostro Paese il tasso di disoccupazione non accenna a diminuire. Inoltre, nel nostro Paese, dove è previsto il blocco del turnover e dei contratti nell'ambito della pubblica amministrazione, ulteriormente prorogati dal 2013 fino al 2014 e dove è presente un numero di precari operanti nelle aziende sanitarie in attesa di stabilizzazione ormai da anni, i giovani che decidono di intraprendere la professione infermieristica continuano a chiedersi in che modo poterla esercitare. In questo nuovo scenario, è opportuno che laureandi e neolaureati infermieri siano formati ed informati sulla possibilità e modalità di intraprendere la libera professione infermieristica, considerandola una opportunità di sbocco e realizzazione professionale.

ABSTRACT

In Europe's and Italy's current political, financial, and social context the level of unemployment may well continue to be high in the near future. Moreover, in our country, where turnover and public administration contracts have been prolonged from 2013 to 2014, and where there is a high number of temporary workers in healthcare centres now waiting for a permanent job for many years, the young who decide to embrace nursing continue to wonder how they will be able to practice this profession. In this new scenario, undergraduate and newly graduated nurses ought to be educated and informed about how to start up their own independent professional career, viewing it as an opportunity for professional satisfaction.

3. BACKGROUND

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

- la riorganizzazione del SSN con la L. 502/92 e successive modificazione e integrazioni.
- la definizione del profilo professionale dell'infermiere (DPR 739/94).

– la definizione del percorso formativo in ambito Universitario.
– la definitiva innovazione dello status giuridico-professionale dell'infermiere (L. 42/99).

Contestualmente i Collegi IPASVI cominciarono a occuparsi degli aspetti normativi, fiscali e contributivi che avrebbero consentito all'infermiere di poter esercitare la libera professione in un ambito dai confini ancora da definire. A metà degli anni novanta vede la luce la Cassa Nazionale di Previdenza (D.Lgs. 10 febbraio 1996, n. 103), oggi denominata Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica (ENPAPI).
Nonostante il nuovo assetto normativo e il riconoscimento dell'attività libero professionale dell'infermiere, si è assistito ad una grande difficoltà ad implementare questa forma di esercizio professionale.
A tutt'oggi e, soprattutto, in alcune realtà territoriali, l'attività di lavoratore dipendente è quella più auspicata dagli stessi professionisti.
Bisogna considerare che il nuovo assetto giuridico professionale dell'infermiere ha visto sempre più crescere il numero di giovani che intraprendono la professione infermieristica e le statistiche dimostrano che i laureati in infermieristica trovano tutti un'occupazione entro un anno dalla Laurea (Censis 2012) e molti di essi intraprendono la libera professione infermieristica, considerandola una ulteriore opportunità di sbocco professionale.
L'infermiere libero professionista, non vincolato a sistemi organizzativi rigidi, può offrire alla persona un'assistenza personalizzata sempre nel rispetto dei diritti della persona e della professione.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali
L'indagine, attraverso la somministrazione di un questionario strutturato agli studenti del 3°anno del Corso di Laurea in Infermieristica, si pone l'obiettivo di valutare ed eventualmente implementare, al termine del corso di studi universitario, le conoscenze degli studenti sull'attività libero professionale infermieristica (normativa di riferimento, contesti in cui si svolge, opportunità di lavoro, etc.).

Obiettivi specifici
Il neolaureato in infermieristica dovrà essere a conoscenza di:
- I fattori di sviluppo della libera professione.
- Lavoro autonomo, norme e codice deontologico.
- Gli ambiti di attività della professione infermieristica.
- Gli aspetti fiscali del lavoro autonomo.
- Pubblicità sanitaria e responsabilità professionale del libero professionista.
- Documentazione infermieristica e privacy nella libera professione.
- Gli sviluppi professionali del libero professionista.

METODOLOGIA

Disegno dello studio
- Descrittivo – Osservazionale

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

Strumenti
- Somministrazione del questionario strutturato e validato agli studenti frequentanti il 3° anno del Corso di Laurea in Infermieristica nelle sedi universitarie del Lazio.
- Strutturazione di seminari formativi - informativi sulle attività libero professionali ed i loro riferimenti normativi e deontologici

Procedura
- Coinvolgere le Sedi universitarie dei Corsi di laurea in infermieristica presenti nella Provincia in cui insiste il relativo Collegio Ipasvi:
    - Università degli Studi di Roma "Sapienza"
    - Università "Cattolica del Sacro Cuore"
    - Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
    - Università "Campus Bio-medico" - Roma
- Definire un incontro con i Direttori dei Corsi di Laurea per presentare il progetto ed ottenere la disponibilità a collaborare.

- Organizzare la somministrazione dei questionari agli studenti universitari.
- Analizzare i dati con individuazione di eventuali aree che necessitano di integrazione formativa.
- Predisporre/organizzare seminari di formazione sulle tematiche inerenti l'attività libero- professionale infermieristica, in accordo con i Direttori didattici dei Corsi di Laurea in Infermieristica a cui l'indagine è rivolta.
- Proporre agli stessi studenti coinvolti nell'indagine, l'evento formativo strutturato con un test di valutazione finale.

Indicatori

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

RISULTATI ATTESI

Il neolaureato in infermieristica può interfacciarsi più consapevolmente con la realtà dinamica del mondo del lavoro pubblico e privato-libero professionale.

Rilevanza

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

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

PIANIFICAZIONE

Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
Background	Coordinatori	Dal 1 al 31 gennaio 2013
Elaborazione strumenti di indagine e pre-test	Project manager, Coordinatori e project team	Dal 1 al 28 febbraio 2013
Somministrazione questionari	Coordinatori e project teami	Dal 1 al 31 Marzo 2013
Elaborazioni dei dati	Coordinatori e project team	Dal 1 Aprile al 30 Settembre 2013
Strutturazione seminari	Project manager, Coordinatori e project team	Dal 1Febbraio al 30 Giugno 2013
Seminari nelle Sedi formative	Project manager, Coordinatori e project team	Dal 1 Marzo al 30 giugno 2013
Pubblicazione finale	Project manager Coordinatori e project team	Dal 1 al 30 Settembre 2013
Chiusura progetto	Project manager Coordinatori e project team	Dal 1 ottobre al 30 Dicembre 2013

DIAGRAMMA GANTT

MESE	Gen 2013	Feb 2013	Mar 2013	Apr 2013	Mag 2013	Giu 2013	Lug 2013	Ago 2013	Set 13	Ott 13	Nov 13	Dic 13
Background	■											
Elaborazione strumenti di indagine e pre-test		■										
Somministrazione questionari			■									
Elaborazioni dei dati				■	■	■	■	■	■			
Strutturazione seminari		■	■	■	■	■						
Seminari nelle sedi formative universitarie			■	■	■	■						
Pubblicazione finale												
Chiusura progetto										■	■	■

BIBLIOGRAFIA

Riferimenti normativi

- Legge 42/99, Disposizioni in materia di professioni sanitarie.
- D.Lgs 502/92, Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'Art. 1 della legge 23 ottobre 1999, n. 421 e successive modifiche ed integrazioni.
- D.M 739/94, Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Infermiere.
- Codice deontologico dell'infermiere, 1 Marzo 2009.
- Accordo Conferenza Stato Regione 19.04.2012, Il nuovo sistema di formazione continua in medicina.
- D.P.R. n. 917,Testo Unico delle Imposte sui Redditi, 22 Dicembre 1986.
- Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi, Norme di comportamento per l'esercizio autonomo della professione infermieristica, in vigore dal 1 gennaio 1997.
- R.D 27/07/1934, n. 1265- Testo Unico delle Leggi sanitaria – (G.U del 9.8.1934-Suppl. ord. N. 186).

Riferimenti bibliografici

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

POLO DELLA FORMAZIONE

TITOLO SINTETICO

ETICA E RESPONSABILITÀ

COORDINATORE PROGETTO
G. Rocco
A. Basile

RESP. DEL POLO
A.M. Pulimeno

COD. 1.13.5

TITOLO PROGETTO

Etica – responsabilità – relazione – formazione (E.R.R.F.)
Ethics – accountability – relationship – education (E.A.R.E.)

2. ABSTRACT

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

ABSTRACT

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

3. BACKGROUND

In virtù della creazione recente, basata sulla "tradizione" del uovo codice deontologico infermieristico dell'anno 2009, si ritiene necessario declinare termini quali l'Etica, la Responsabilità, Relazione e Formazione, che tengano conto dei mutamenti normativi ed antropologici nel campo formativo, politico sociale, teoretico e della prassi, basati sull'evidenza scientifica.
Essi si traducono in un monitoraggio di natura educativa continua, per tutti i professionisti sanitari.
Ancor più, si terrà conto dell'importanza dei contesti relazionali, bisognosi di esperienze sul campo, di interattività, di simulazione d'immaginazione..

OBIETTIVI DI PROGETTO

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

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

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

METODOLOGIA

- Presentazione di case histories
- Ricerca bibliografica
- Somministrazione del pre-test
- Briefing di apertura
- Lezioni magistrali
- Simulazione di relazioni complesse (Role play)
- Valutazione apprendimento con test a risposta multipla
- Confronto dibattito tra pubblico e docenti

RISULTATI ATTESI

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

Rilevanza
Creazione di un linguaggio comune e condiviso dell'intero corpo professionale.

PIANIFICAZIONE

Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
Costituzione del Team di Progetto di corso di formazione	Coordinatori	Ottobre 2012
Elaborazione del progetto	Project manager, Coordinatori	Novembre 1012
Approvazione del corso di formazione e accreditamento ECM	Project manager e coordinatori e project team	Dicembre 2012
Programmazione degli eventi formativi	Coordinatori e project team	Gennaio 2013
Preparazione del materiale occorrente (locandine, programmi, attestati, materiale didattico) e organizzazione delle Giornate di Studio	Coordinatori e project team	Febbraio 2013
Realizzazione 1° evento formativo	Coordinatori e project team	Marzo 2013
Realizzazione 2° evento formativo	Project manager Coordinatori e project team	Aprile 2013
Realizzazione 3° evento formativo	Project manager Coordinatori e project team	Maggio 2013
Realizzazione 4° evento formativo	Project manager Coordinatori e project team	Giugno 2013
Realizzazione 5° evento formativo	Project manager Coordinatori e project team	Settembre 2013
Realizzazione 6° evento formativo	Project manager Coordinatori e project team	Ottobre 2013
Realizzazione 7° evento formativo	Project manager Coordinatori e project team	Novembre 2013
Realizzazione 8° evento formativo	Project manager Coordinatori e project team	Dicembre 2013
Verifica e relazione finale	Team di progetto	Dicembre 2013/ Gennaio 2014

DIAGRAMMA GANTT

MESE	Ott 2012	Nov 2012	Dic 2012	Gen 2013	Feb 2013	Mar 2013	Apr 2013	Mag 2013	Giu 2013	Sett 2013	Ott 2013	Nov 2013	Dic 2013	Gen 2014
Costituzione del Team di Progetto di corso di formazione	■													
Elaborazione del progetto		■												
Approvazione del progetto e accreditamento ECM			■											
Programmazione degli eventi				■										
Pianificazione e organizzazione delle Giornate di Studio					■									
Realizzazione 1° evento formativo						■								
Realizzazione 2° evento formativo							■							
Realizzazione 3° evento formativo								■						
Realizzazione 4° evento formativo									■					
Realizzazione 5° evento formativo										■				
Realizzazione 6° evento formativo											■			
Realizzazione 7° evento formativo												■		
Realizzazione 8° evento formativo													■	
Verifica e relazione finale													■	■

BIBLIOGRAFIA

Aristotele. Etica Nicomachea. Milano: Bompiani; 2010.

D.Lgs 502/92, Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'Art. 1 della Legge 23 ottobre 1999, n. 421 e successive modifiche ed integrazioni.

D.M 739/94, Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Infermiere.

Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi. Codice Deontologico dell'Infermiere, 1 Marzo 2009.

Guilbert JJ. La guida pedagogica per il personale sanitario. Trad. it. Palasciano G, Lotti A. (a cura di). Modugno: Edizioni dal Sud; 2002.

McIntyre A. Dopo la virtù. Saggio di teoria morale. Milano: Feltrinelli; 1972.

Ramon L.L. L'uomo, spirito incarnato, Roma: Edizioni Paoline; 2011.

Rhonheimer M. La prospettiva della morale. Roma: Armando Editore; 1994.

POLO DELLA FORMAZIONE

TITOLO SINTETICO

LA SICUREZZA DEI PAZIENTI E DEGLI OPERATORI

COORDINATORE PROGETTO
S. Bartolucci

RESP. DEL POLO
A.M. Pulimeno

COD. 1.13.6

TITOLO PROGETTO

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

2. ABSTRACT

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

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

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

ABSTRACT

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

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

3. BACKGROUND

I sistemi sanitari si confrontano da tempo con il problema della qualità dell'assistenza che comprende non solo la dimensione clinica, ma anche le dimensioni organizzative, economiche, gestionali, etiche e giuridiche. In questo quadro il governo clinico rappresenta una modalità con cui il problema della qualità viene affrontato ponendo attenzione ai contesti relazionali ed organizzativi delle aziende sanitarie, cercando di coglierne gli elementi funzionali per promuovere e mantenere in modo sistematico la qualità dei servizi. La conoscenza da parte degli operatori sanitari delle tecniche e degli strumenti del governo clinico è un elemento centrale per la partecipazione dei professionisti allo sviluppo strategico delle organizzazioni ed è fattore basilare per la valorizzazione del ruolo e della responsabilità di tutte le figure professionali che operano in sanità. Rafforzare le competenze dei professionisti è un valore essenziale e necessario per assicurare l'erogazione di cure efficaci e sicure; a tal fine la formazione si configura come strumento indispensabile e privilegiato.

La formazione può definirsi efficace quando riesce a modificare alcuni comportamenti ed a orientare l'agire quotidiano secondo criteri di efficacia clinica ed organizzativa, è quindi fondamentale avere come obiettivo prioritario l'assenza di errori nella pratica clinica; errori sempre in agguato data la elevata quantità di variabili che possono concorrere alla accadere dell'evento avverso. Questo obiettivo prioritario deve tradursi in una attenzione continua al monitoraggio dei comportamenti ed alla promozione di metodologie adatta alla analisi del rischio clinico.

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

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

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

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

- Offrire agli infermieri, indipendentemente dal loro setting assistenziale, un'opportunità di formazione nello specifico ambito del governo clinico.
- Favorire l'efficace integrazione dei diversi operatori nel contesto lavorativo.
- Promuovere nuovi modelli di relazione con i malati, con i loro familiari e tra gli stessi operatori sanitari per favorire il cambiamento culturale all'interno delle proprie realtà lavorative.
- Favorire l'acquisizione di elementi di conoscenza sui concetti base della complessità delle organizzazioni sanitarie e sulla metodologia della Root Cause Analysis quale strumento di analisi delle cause organizzative degli eventi avversi

Obiettivi specifici

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

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

- Riconoscere ed individuare le caratteristiche di complessità di un processo assistenziale all'interno di un'organizzazione sanitaria (ovvero il "dove organizzativo" si è verificato il problema);
- Riconoscere ed individuare le classi di fattori contribuenti al verificarsi di un evento avverso (ovvero il "come"e il "perché" il processo ha manifestato la criticità);

– Conoscere gli elementi costitutivi di un rapporto di RCA comprensivo del relativo Piano di miglioramento al fine di contribuire in forma attiva e consapevole ad un audit di risk management (ovvero il "chi" e il "cosa" deve fare reattivamente all'accaduto);

Indicatori

– Realizzazione di un evento formativo rivolto a 30 partecipanti della durata di otto ore, svolto in una giornata sviluppata con relazioni sugli argomenti indicati e con didattica attiva di partecipazione dei discenti a momenti di analisi e discussione di casi.
– Ripetizione dell'evento formativo nell'arco dell'anno 2013 per un totale di N° 14 edizioni e per un totale di N° 420 partecipanti.
– Evidenza di raggiungimento degli obiettivi specifici formativi mediante valutazioni nel corso dell'evento formativo.

METODOLOGIA

Metodologia didattica

Sviluppo di un programma formativo organizzato secondo la seguente scaletta e di cui si allega programma dettagliato (Allegato 1):

- Brifieng di apertura per la conoscenza dei partecipanti e la presentazione dei contenuti e della metodologia di lavoro.
- Lezione frontale con supporti audiovisivi e presentazione di case-study.
- Presentazioni di casi clinici e discussione in gruppi con produzione di rapporto finale.
- Role playing.
- Presentazione di problemi e case history.
- Confronto dibattito tra pubblico e docente.
- Verifiche di apprendimento intermedio secondo la seguente agenda dell'evento formativo:
  – Test di apertura evento formativo.
  – Discussioni su casi/temi.
  – Test di apprendimento finale e valutazione gradimento evento formativo.

RISULTATI ATTESI

Svolgimento di n° 14 edizioni nel corso del 2013
Formazione di n° 420 partecipanti
Raggiungimento del 80% risposte esatte nel test finale su almeno 70% dei partecipanti

Rilevanza

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

PIANIFICAZIONE

Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
Progettazione Corso	Team di progetto	Due mesi
Convenzione con il committente	Responsabile progetto	Un mese
Pianificazione attività formativa	Team progetto	Due mesi
Svolgimento Evento formativo	Team di progetto (Docenti)	Sette mesi
Revisione dei risultati	Team di progetto	Un mese

DIAGRAMMA GANTT

MESE	Ott 2012	Nov 2012	Dic 2012	Gen 2013	Feb 2013	Mar 2013	Apr 2013	Mag 2013	Giu 2013	Lu/Ag 2013	Set 2013	Ott 2013	Nov 2013	Dic 2013
Progettazione Corso	■	■												
Organizzazione del corso			■											
Pianificazione attività formativa				■	■									
Svolgimento Evento formativo						■	■	■	■	■	■	■	■	■
Revisione dei risultati														■

BIBLIOGRAFIA

Ascenzi A., Bergasio G.L., Il mobbing. Il marketing sociale come strumento per combatterlo. Torino: Giappichelli Editore; 2000.

Avallone F, Paplomatas A. Salute organizzativa. Psicologia del benessere nei contesti lavorativi. Milano: Cortina; 2005.

Basini V, Cinotti R, Damen V. La root cause analysis per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia Romagna. Sussidi per la gestione del rischio. Collana Dossier dell'Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia Romagna. Bologna; 2006.

Benci L. La prescrizione e la somministrazione dei farmaci. Milano: McGraw-Hill; 2007.

D'Amato A, Marcato A., Majer V. Dall'amministrazione alla gestione delle risorse umane. Risorse Umane in Azienda. XIV: 92; 2003.

Manghi S.. Indignazione,riparazione, perdono. Dalla difesa delle vittime alla cultura della vittima. In: Bosi A, Manghi S. (a cura di), Lo sguardo della vittima, Milano: Franco Angeli; 2009, 15-27.

Manuti M, Mininni G. (a cura di). Il senso dell'organizzazione. Carocci: Roma; 2008.

Musolino M, Olzai G, Sesti E. Gestione reattiva del rischio clinico: la logica fuzzy come innovativo strumento di supporto decisionale per l'attivazione dell'audit di Risk Management, L'ospedale - ANMDO – 4; 2011.

Piccardo C, Colombo L. Governare il cambiamento. Milano: Cortina; 2007.

Poletti P. Safety walkaround. Care 2009; 2.

Poletti P, Cultura della sicurezza. Care, 2011; 4:16-24.

Quaglino GP, Casagrande S, Castellano A. Gruppo di lavoro, lavoro di gruppo. Milano: Cortina; 1992.

Raccomandazione Ministero della Salute n° 7 per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivanti da errori in terapia farmacologica, Un uso non corretto dei farmaci può determinare eventi avversi con conseguenze gravi per i pazienti – Marzo; 2008.

Valdambrini A. La gestione dei conflitti in ambito sanitario. Roma: il Pensiero Scientifico; 2008.

POLO DELLA FORMAZIONE

TITOLO SINTETICO

FORMAZIONE E PREVENZIONE DEL SUICIDIO

COORDINATORE PROGETTO
C. Turci
G. Carbut
M. Pompili

RESP. DEL POLO
A.M. Pulimeno

COD. 1.13.7

TITOLO PROGETTO

Progetto per la formazione del personale infermieristico in materia di prevenzione del suicidio

A project to train nurses how to prevent suicide

2. ABSTRACT

In "Never the twain? Reconciling national suicide prevention strategies with the practice, educational, and policy needs of mental health nurses" (Cutcliffe, Stevenson 2008) si dimostra che la formazione nella valutazione del rischio è forse discutibile dato che questo è già di gran lunga l'area più sviluppata della suicidologia e che la nostra conoscenza è aumentata per ciò che inerisce la conoscenza dei fattori di rischio che, però, non hanno finora prodotto riduzioni significative dei tassi di suicidio stessi. Proprio per questo, una formazione basata sulla comunicazione empatica e la comprensione della fenomenologia con modelli avanzati di Primary Nursing è di notevole aiuto e diminuisce sensibilmente statisticamente il rischio suicidario nei pazienti.

ABSTRACT

In "Never the twain? Reconciling national suicide prevention strategies with the practice, educational, and policy needs of mental health nurses" (Cutcliffe, Stevenson 2008) it is shown that education in the field of risk assessment is probably questionable, since this is by far the most developed area of suicidology. In addition, our knowledge about the risk factors has increased, but this has not produced a significant reduction of the suicide rates. Precisely for this reason, education based on empathic communication and a better understanding of the phenomenon using advanced models of Primary Nursing can be very helpful and statistically reduce the risk of suicide in patients.

3.BACKGROUND

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) considera il suicidio come un problema complesso non ascrivibile ad una sola causa o ad un motivo preciso. Sembra, piuttosto, derivare da una complessa interazione di fattori biologici, genetici, psicologici, sociali, culturali ed ambientali; da qui si evince come il ruolo dell'equipè sia fondamentale e strategico nell'affrontare la fenomenologia di un evento cosi tragico e solo apparentemente ineluttabile; la figura dell'infermiere come interfaccia comunicativa e elemento di protezione e di autocontrollo appare come indispensabile nel pensare, progettuare, attuare percorsi di cura e di "speranza" all'interno di costrutti terapeutici, a partire dagli stessi ambienti diagnostici e di degenza, trasformando anch'essi in "Terapeutic Milieu", luoghi atti già, dal loro impiego e messa in essere, a garantire la salubrità e l'accoglienza di una fragilità così vasta e complessa.

OBIETTIVI DI PROGETTO

È stato evidenziato il ruolo dell'equipe assistenziale nell'influenzare e prevenire il rischio di suicidio. Una corretta informazione e la comprensione di dinamiche relazionali con i pazienti può facilitare una corretta prevenzione del suicidio. Questa non può trascurare i segni prodromici della sofferenza "psichica" all'interno dell'equipe stessa, con interventi supportivi e di carattere terapeutico.

METODOLOGIA

Disegno

Ricerca bibliografica internazionale, acquisizione evidenze basate su buona pratica; studio e comparazione dei modelli di Nursing Assesment sulla prevenzione e gestione del fenomeno suicidario.

- Progetto di formazione e sensibilizzazione ai Team Nurse in diversi contesti di cura e prevenzione del disturbo della salute mentale in area metropolitana di Roma.
- Eventi formativi indirizzati a sei macro-aree ospedaliere e territoriali dell'area metropolitana di Roma

- Pubblicazione dell'esperienza fatta con i risultati dell'attività formativa e stesura di norme di "buona pratica" per la prevenzione del suicidio nell'assistenza infermieristica.

RISULTATI ATTESI

Saper mettere in atto strutture comunicative terapeutiche di Self-Help e buone pratiche di contenimento relazionale da parte dell'infermiere.

PIANIFICAZIONE

Job description	Team	Period of time
Analisi di background	Ricercatori principali e project team	01/01/2013 -30/03/2013
Formulazione evento e preparazione interventi	Ricercatori principali, project team e docenti	01/04/2013 -01/05/2013
Primo Blocco dei tre corsi formativi	Ricercatori principali e docenti	15/05/2013 – 15/06/2013
Revisione e valutazione	Ricercatori principali e docenti	01/06/2013– 30/06/2013
Secondo Blocco di tre eventi formativi	Ricercatori principali e docenti	15/09/2013- 15/10/2013
Selezione del materiale per pubblicazione	Ricercatori principali, project team e docenti	1/11/2013 -02/01/2014

DIAGRAMMA GANTT

MESE	Gen 2013	Feb 2013	Mar 2012	Apr 2013	Mag 2013	Giu 2013	Lug 2013	Ag 2013	Sett 2013	Ott 2013	Nov 2013	Dic 2013	Gen 2014
Analisi di background	■	■	■										
Formulazione evento e preparazione interventi				■									
Primo blocco dei tre corsi formativi					■	■							
Revisione e valutazione						■							
Secondo blocco di tre eventi formativi									■	■			
Selezione del materiale per pubblicazione											■	■	■

BIBLIOGRAFIA

De Abreu K, Lima M, Kohlrausch E, Soares J. Suicidal behavior: risk factors and preventive interventions [Portuguese]. Revista Eletrônica De Enfermagem [serial on the Internet]. 2010. [accessed March 10, 2013]; 12(1): 195-200.

Cutcliffe JR, Stevenson C. Never the twain? Reconciling national suicide prevention strategies with the practice,educational, and policy needs of mental health nurses. International Journal of Mental Health Nursing 2008; 17: 341–350.

Jones R. The development of nurse-led suicide prevention training for multidisciplinary staff in a North Wales NHS Trust. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 2010; 17:178–183.

Paterson B, Dowding D et al. Managing the risk of suicide in acute psychiatric inpatients: A clinical judgement analysis of staff predictions ofimminent suicide risk. Journal of Mental Health 2008; 17(4): 410–423.

Garand L. Suicide in older adults: nursing assessment of suicide risk. Issues in Mental Health Nursing 2006; 27: 355–370.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

ANALISI DELL'IMPATTO DEL (CECRI) SUL CAMBIAMENTO CULTURALE DELL'INFERMIERISTICA IN ITALIA

COORDINATORE PROGETTO
D. Affonso
L. Mayberry
A. Stievano

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD. 2.13.1

TITOLO PROGETTO

Analizzare l'impatto del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI) sul cambiamento culturale dell'infermieristica in Italia attraverso una sua riconcettualizzazione teoretica

Analysing the impact of the Centre of Excellence for Nursing Scholarship on the cultural change of nursing in Italy through its theoretical reconceptualization

2. ABSTRACT

Tale progetto, attraverso un'indagine quali-quantitativa mira ad una riconcettualizzazione delle basi del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica secondo la cultura di riferimento e vule focalizzare l'attenzione sui risultati del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica in termini di outcome sulla formazione, sulla ricerca e sull'Evidence Based Practice. Si mirera' a delineare, inoltre, le dimensioni e le caratteristiche del cambiamento culturale della professione infermieristica in Italia, avvenuto negli ultimi venti anni. Tale cambiamento, ancora in corso, ha prodotto notevoli avanzamenti per la professione stessa ed ha riposizionato la disciplina nel contesto dell'arena sanitaria, provocando a volte effetti non noti e per alcuni destabilizzanti.

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

ABSTRACT

This aim of this project is to reconceptualise, through a quali-quantitative survey, the foundations of the Centre of Excellence for Nursing Scholarship according to the culture of nursing and focus on the outcomes of the Centre of Excellence for Nursing Scholarship in terms of education, research, and evidence-based practice. In adittion, it also has the purpose to outline the dimensions and the characteristics of the cultural change of nursing in Italy that has taken place in the last twenty years. This change, which is still under way, has produced considerable progress for the profession of nursing, and it has repositioned this dicscipline in the landscape of healthcare, sometimes causing unknown effects, and which for some people can be destabilizing.

Key Words: Centre of Excellence for Nursing Scholarship, Evidence Based Practice, cultural reformation, theoretical model, nursing science.

3.BACKGROUND

Le politiche di salute e assistenza basate sulla qualità, sulla sostenibilità devono diventare sempre più il volano del cambiamento nei sistemi sanitari post-radicali1, affinché il focus di tutte le attività sanitarie sia sempre più centrato sulla promozione della salute delle persone e delle loro comunità di riferimento. Tutto ciò implica una secondo l'Institute of Medicine2 deve essere attuato nel piu' breve tempo possibile. La sicurezza del paziente, l'e-Health e l'Evidence Based Practice (EBP) sono alcuni dei punti di forza da attuare per il cambiamento nei sistemi sanitari e sono esempi di concetti innovativi in tal senso. In questi anni l'infermieristica italiana ha raggiunto traguardi significativi come il riconoscimento di professione intellettuale, la docenza nelle università, la dirigenza ai diversi livelli.

È il momento, quindi, di misurarci anche sul campo della ricerca e della sperimentazione sostenendo e promuovendo iniziative e percorsi che supportino la riflessione euristica ma anche avendo attenzione alla loro spendibilità pratica. In tale cornice concettuale, gli obiettivi definiti per ciascun polo del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica sono specifici ma anche fortemente integrati tra loro. Spaziano dallo sviluppo della formazione di base ed avanzata, alla produzione di ricerche multicentriche e interdisciplinari; dalla formazione di nuovi infermieri-ricercatori, alla creazione di laboratori di ricerca infermieristica; dall'organizzazione degli studenti in gruppi di ricerca, alla costituzione di comitati di infermieri clinici esperti per l'analisi e la revisione di standard assistenziali.
In tal senso, questo progetto si propone di dare evidenza alla trasformazione avvenuta nel nursing italiano ed in quello europeo più in generale. Per questo tale ricerca mira ad una riconcettualizzazione in senso post-boyeriano3,4 delle basi del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica secondo la cultura contestualizzata di riferimento e mira a valutare i risultati del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica in termini di outcome sulla formazione, sulla ricerca e sull'Evidence Based Practice.

OBIETTIVI DI PROGETTO

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

Obiettivi specifici
- Delineare le dimensioni e le caratteristiche del cambiamento culturale della professione infermieristica in Italia.
- Analizzare l'impatto dei progetti di ricerca, didattica, formazione dei ricercatori ed Evidence Based Practice messi in atto finora. attraverso un approccio misto esplorativo sequenziale (Qual - Quan). L'approccio quantitativo è web-based.
- Riconcettualizzare il modello teorico Boyeriano3,4 attraverso l'analisi dell'impatto dei progetti di ricerca, educazione ed Evidence Based Practice messi in atto finora, attraverso i dati raccolti sul campione italiano.

METODOLOGIA

La metodologia di attuazione consistera' in un approccio misto Qualitativo - Quantitativo qual QUAN (web-based) (Disegno esplorativo/sequenziale)5. Per l'attuazione del progetto si utilizzeranno alcune tecniche di ricerca:

Focus group
Saranno condotti dei focus group fino a saturazione dei dati con un campione propositivo di convenienza di infermieri per delineare le dimensione del cambiamento culturale dell'infermieristica in Italia.
Il campione sarà composto di a) infermieri clinici con almeno un anno di esperienza b) dirigenti infermieristici c) educatori infermieristici d) studenti dei corsi di laurea triennale e magistrale e) studenti dottorali di infermieristica f) manager e amministratori delle organizzazioni sanitarie g) infermieri con ruoli di middle management in ambito comunitario.

Il *questioning route* sarà così composto:
- Cosa significa per voi il cambiamento culturale dell'infermieristica avvenuto negli ultimi anni in Italia per la pratica clinica?
- Cosa ha a che fare questo cambiamento con la Pratica Basata sulle prove di Efficacia (EBP)?
- Quali sono le barriere, le minaccie ed i rischi del cambiamento culturale dell'infermieristica in Italia ?
- Quali sono le percezioni degli infermieri e dei pazienti sul cambiamento culturale dell'infermieristica in Italia ?
- Cosa sta succedendo di nuovo nella pratica clinica per gli infermieri?
- Quale è stato il contributo dell'Ipasvi nel cambiamento culturale avvenuto, nella formazione e nella ricerca?
- Come i pazienti e gli altri professionisti della salute percepiscono la qualità dell'assistenza infermieristica?
- Quali sarebbero le conseguenze se tale cambiamento non fosse in corso o non avvenisse in futuro?

Sarà effettuata una survey web-based per confermare o meno le aree tematiche emerse dall'analisi delle interviste tramite focus group

Il questionario analizzerà rispetto ai temi emersi (1) l'importanza (2) il valore (3) la realizzazione (4) la soddisfazione (5) l'immagine e (6) l'impatto sui media delle aree tematiche emerse.
Il questionario sarà validato con uno studio pilota con infermieri iscritti al Collegio Ipasvi di Roma e somministrato via web ad un campione degli infermieri italiani attraverso il sito web della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi.

Analisi dei dati
L'analisi qualitativa dei dati sarà effettuata tramite un inductive content analysis (ICA)6. Dalle aree tematiche emerse abduttivamente7-9 si redigerà un questionario che si validerà tramite procedimenti di analisi fattoriale (EFA, CFA)10.
I dati del questionario saranno analizzati secondo tecniche monovariate attraverso la quali sarà possibile esaminare «la distribuzione dei dati di un vettore fra le modalità della corrispondente variabile (detto altrimenti: della distribuzione di una variabile), e delle caratteristiche di questa distribuzione»11, p.19. Saranno, inoltre, analizzate misure di tendenza centrale e dispersione e saranno effettuate nel secondo passaggio analisi bivariate, ovvero si considereranno le distribuzioni di due variabili congiuntamente (distribuzione doppia o congiunta)11. Lo scopo di questa analisi sara' quello di sondare l'associazione tra due variabili: detto altrimenti, si indaga sulla loro relazione attraverso la costruzione delle cosiddette tavole di contingenza . Si utilizzeranno, inoltre, tecniche di analisi fattoriale per evidenziare le dimensioni latenti nella concettualizzazione del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica.

RISULTATI ATTESO

Con le informazioni analizzate a livello italiano si ipotizza una riconcettualizzazione del modello Boyeriano. Un altro risultato finale sarà la migliore comprensione degli indicatori di impatto sulla pratica infermieristica attraverso l'analisi della riconcettualizzazione del modello di riferimento. Tali indicatori saranno comparati con quelli evidenziati dal National Institutes of Health degli USA.
Un risultato finale potrebbe essere la prova di efficacia, di nuovi domini e standard di pratica adattati al modello italiano, un aumento dei progetti di ricerca pluridisciplinari, mutlicentrici ed internazionali e uno sviluppo dei curricula formativi degli studenti infermieri in tutti i tipi di corsi infermieristici, offerti dalle università italiane.

PIANIFICAZIONE

Job description	Team	Period of time
Background analysis	Main researchers	01/01/2013 -30/04/2013
Searching and scanning on peer reviewed journals and databases for background	Main researchers	01/01/2013 -30/04/2013
Data collection (first part)	Main researchers	30/03/2013-30/06/2013
Analysis of data (first part)	Main researchers	30/06/2014-31/12/2013
Data collection (second part)	Main researchers	31/10/2013-30/03/2014
Analysis of data (second part)	Main researchers	30/03/2014-30/05/2014
Drafting of final research report	Main researchers	30/05/2014-30/07/2014
Editing of manuscript	Main researchers	30/07/2014-01/01/2015
End of the project	Main researchers	01/01/2015

Per misurare la forza della relazione, è possibile utilizzare i coefficienti bidirezionali, come per esempio il chi-quadro, il phi, il C di Pearson, il V di Cramer, etc. Per approfondimenti si rimanda a Marradi (1997).

DIAGRAMMA GANTT

MESE	Gen 2013	Feb 2013	Mar 2012	Apr 2013	Mag 2013	Giu 2013	Lug 2013	Sett 2013	Ott 2013	Nov 2013	Dic 2013
Analisi di sfondo											
Rilevazione statistiche su fonti secondarie											
Rilevazione dati prima parte											
Analisi dati prima parte											
Elaborazione strumento di indagine quantitativa											
Rilevazione dati seconda parte											

MESE	Gen 2014	Feb 2014	Mar 2014	Apr 2014	Mag 2014	Giu 2014	Lug 2014	Sett 2014	Ott 2014	Nov 2014	Dic 2014
Rilevazione dati seconda parte											
Analisi dati seonda parte											
Stesura report di ricerca											
Pubblicazione finale											
Chiusura progetto											

BIBLIOGRAFIA

1. Giddens A. Le conseguenze della modernità. Fiducia e rischio, sicurezza e pericolo, Bologna: Il Mulino; 1990.
2. Berwick D.M. A user's manual for the IOM's 'quality chasm' report. Health Affairs 2002; 21(3): 80-90.
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. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today 2004; 24: 105–112.
7. Lipscomb M. Abductive reasoning and qualitative research. Nursing Philosophy 2012; 13: 244–256.Marradi A. L'analisi monovariata. Milano: FrancoAngeli; 1993.
8. Råholm M. Abductive reasoning and the formation of scientific knowledge within nursing research. Nursing Philosophy 2010a; 11: 260–270.
9. Råholm M. Theory development and the logic of discovery. International Journal for Human Caring 2010b; 14(3): 36–42.
10. Nunnally JC, Bernstein I. Psychometric theory, 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1994.
11. Marradi A. Linee guida per l'analisi bivariata dei dati nelle scienze sociali. Milano: FrancoAngeli; 1997.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

CONONSCERE I SERVIZI DEL COLLEGIO IPASVI DI ROMA

COORDINATORE PROGETTO
A. Fabretti
D. Trinca

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD. 2.13.2

TITOLO PROGETTO

La conoscenza dei cittadini e degli iscritti all'albo professionale relativa alle attività del Collegio IPASVI di Roma

What citizens and registrants know about the activities of the IPASVI Nursing Board of Rome

2. ABSTRACT

Il Collegio IPASVI riveste, da un punto di vista istituzionale, una valenza esterna al gruppo professionale e una valenza interna rivolta agli Infermieri, Infermieri pediatrici, Assistenti Sanitari. La valenza esterna è considerata come tutela e garanzia delle cure erogate al cittadino. Il Collegio ha il compito di verificare l'esercizio della professione sanitaria di Infermiere, Infermiere pediatrico, Assistente sanitario. Ciò si esplica attraverso la verifica delle domande di iscrizione, dei titoli presentati e la conservazione dei titoli abilitanti l'esercizio professionale negli albi delle tre professioni sanitarie afferenti.
Lo studio è osservazionale per gli obiettivi riferiti al cittadino. È di tipo sperimentale per gli obiettivi riferiti agli iscritti.
Questo studio permetterà di avere il grado di conoscenza che gli iscritti (Obiettivo 1) e i cittadini (Obiettivo 2) hanno sulle attività del Collegio di Roma, anche in termini di accesso al portale e registrazione alla newsletter (Obiettivo 3) permettendo di individuarne anche la fruizione e il grado di facilitazione ai servizi da parte di questi due destinatari (Obiettivo 4).

ABSTRACT

From an institutional point of view, the IPASVI Nursing Board, plays a role that is external to the professional group and a role that is inside the professional group including nurses, paediatric nurses, and health visitors. The external role consists in ensuring that citizens are protected and that they receive the best possible care. The IPASVI Board has the duty to audit the professional practice of nurses, paediatric nurses, and health visitors. This is done by checking the registration applications, the professional qualifications, and keeping updated this documentation in the registries of the three healthcare professions.
This study is observational with regard to the aims involving the public, and experimental with regard to the aims involving the registrants.
This study will allow us to understand what level of knowledge the registrants (1st Objective) and the public (2nd Objective) have about the activities of the IPASVI Nursing Board of Rome, also in terms of number of people accessing the portal and number of newsletter subscriptions (3rd Objective). This also allows to identify how registrants and the public use and how easily they access the services provided by the IPASVI Nursing Board (4th Objective).

3.BACKGROUND

La Carta dei Servizi del Collegio IPASVI di Roma si rivolge ai due principali destinatari: il cittadino/utente e l'infermiere/iscritto (Carta dei Servizi, Collegio IPASVI di Roma, 2007).
"La legge, infatti, affida ai Collegi una duplice finalità: la prima è la tutela del cittadino che ha il diritto, sancito dalla Costituzione, di ricevere prestazioni sanitarie da personale qualificato, in possesso di uno specifico titolo abilitante ed iscritto all'albo professionale.
La seconda finalità è rivolta agli infermieri iscritti all'albo, che il Collegio è tenuto a tutelare nella loro professionalità, esercitando il potere di disciplina, contrastando l'abusivismo, vigilando sul rispetto del codice deontologico, favorendo la crescita culturale degli iscritti, garantendo l'informazione e offrendo servizi di supporto per un corretto esercizio professionale.

L'ordinamento italiano affida il compito di garantire il corretto esercizio delle professioni intellettuali agli Ordini e ai Collegi professionali. Essi sono in primo luogo organismi a carattere associativo, istituiti per legge e dotati di personalità giuridica pubblica, costituiti da coloro che, in possesso dei titoli di abilitazione richiesti, svolgono una stessa attività lavorativa di natura intellettuale. In seconda istanza rappresentano l'ente/istituzione di diritto pubblico, dotato di ampia autonomia, al quale lo Stato demanda il perseguimento di finalità di pubblico interesse.
L'ambito territoriale di competenza del Collegio è di norma la provincia; la Federazione dei Collegi coordina quindi i Collegi provinciali ed è l'organismo che ha la rappresentanza nazionale degli infermieri italiani".

OBIETTIVI DI PROGETTO

4. OBIETTIVI DI PROGETTO
Obiettivi generali
L'obiettivo della ricerca è misurare la conoscenza da parte dei principali destinatari del Collegio IPASVI di Roma riguardo le attività volte alla tutela della salute e della professione. Per principali destinatari si intendono i cittadini e gli iscritti all'albo professionale.
Obiettivi specifici

1) Misurare le conoscenze degli iscritti relative a:
a) Attività di formazione nell'ambito dell'Educazione continua in medicina.
b) Attività della biblioteca.
c) Attività della biblioteca digitale.
d) Banca dati ILISI.
e) Attività di ricerca infermieristica.
f) Consulenza legale.

2) Misurare le conoscenze dei cittadini relative a:
a) Attività di tutela della salute del Collegio IPASVI (verifica dell'iscrizione all'albo, consultazione dell'elenco degli iscritti per la libera professione).
b) Informazione sulle competenze infermieristiche.
c) Attività di tutela del cittadino (mediazione nel caso di controversie con l'iscritto, denuncia di comportamenti contrari alla deontologia professionale).
d) Informazione sulla formazione universitaria per l'accesso alle professioni.

3) Misurare le conoscenze degli iscritti relative a:
a) Consultazione portale web del Collegio.
b) Contatto della newsletter.
4) Facilitare l'accesso ai servizi offerti ai destinatari

METODOLOGIA

Indicatori
Obiettivo 1
1a) N° di iscritti informati sul piano formativo del Collegio/ Totale degli iscritti partecipanti alla ricerca.
1b) N° di partecipanti agli eventi formativi ECM/ Totale degli iscritti partecipanti alla ricerca.
2a) N° di iscritti informati sul servizio della biblioteca/ Totale degli iscritti partecipanti alla ricerca.
2b) N° di accessi al servizio della biblioteca/ Totale degli iscritti partecipanti alla ricerca.
3a) N° di iscritti informati sul servizio della biblioteca digitale/ Totale degli iscritti partecipanti alla ricerca.
3b) N° di accessi alle Banche Dati/ Totale degli iscritti partecipanti alla ricerca.
4a) N° di iscritti informati sulla Banca Dati ILISI/ Totale degli iscritti partecipanti alla ricerca.
4b) N° di accessi alla Banca Dati ILISI/ Totale degli iscritti partecipanti alla ricerca.
5a) N° di iscritti informati sull'attività di ricerca infermieristica/ Totale degli iscritti partecipanti alla ricerca.
5b) N° di proposte all'attività di ricerca infermieristica/ Totale degli iscritti partecipanti alla ricerca.

Obiettivo 2
1) N° di cittadini informati sulle attività di tutela della salute del Collegio IPASVI/ Totale dei cittadini partecipanti alla ricerca.
2) N° di cittadini informati sulle competenze infermieristiche/ Totale dei cittadini partecipanti alla ricerca.
3) N° di cittadini informati sull'attività del Collegio IPASVI di tutela del cittadino / Totale dei cittadini partecipanti alla ricerca.
4) N° di cittadini informati sulla formazione universitaria per l'accesso alle professioni/ Totale dei cittadini partecipanti alla ricerca.

Obiettivo 3

1a) N° di iscritti informati sul portale web del Collegio/ Totale degli iscritti partecipanti alla ricerca.
1b) N° di iscritti che consultano il portale web/ Totale degli iscritti partecipanti alla ricerca.
2a) N° di iscritti informati sull'attività di newsletter/ Totale degli iscritti partecipanti alla ricerca.
2b) N° di registrazioni alla mewletter/ Totale degli iscritti partecipanti alla ricerca.

Obiettivo 4

1a) N° di iscritti facilitati nell'accesso all'erogazione dei servizi)/ Totale degli iscritti partecipanti alla ricerca.
1b) N° di cittadini facilitati nell'accesso all'erogazione dei servizi/ Totale dei cittadini partecipanti alla ricerca.

METODOLOGIA

Disegno dello studio

Il disegno di studio è articolato in due fasi e complessivamente in due studi. Lo studio è osservazionale per gli obiettivi riferiti al cittadino. È di tipo sperimentale per gli obiettivi riferiti agli iscritti.
Nel 2013 il Collegio ha definito tra gli obiettivi l'implementazione della comunicazione tra Collegio stesso e i destinatari (Progetto Network) che costituisce la variabile indipendente del progetto di ricerca.

Fase 1

In questa fase verrà condotta una ricerca quantitativa volta a misurare la conoscenza degli iscritti e dei cittadini riguardo le attività volte alla tutela della salute e della professione. La fase di studio si riferisce allo stato attuale.

Fase 2

In questa fase verrà condotta una ricerca quantitativa volta a misurare la conoscenza dopo l'intervento della variabile indipendente.

Popolazione

Professionisti iscritti al Collegio IPASVI e Cittadini di Roma e Provincia.

Campione

Si pensa di raggiungere un campione di 2000 iscritti e 1000 cittadini.
Il campionamento viene effettuato secondo la metodologia di arruolamento per cluster.

Iscritti: il campione stratificato per ruolo e profilo professionale.
Cittadini: il campione è stratificato in relazione allo stato di salute, malattia, parente di malati.
Strumenti: Questionario rivolto ai cittadini agli iscritti.

RISULTATI ATTESI

Questo studio permetterà di avere il grado di conoscenza che gli iscritti (Obiettivo 1) e i cittadini (Obiettivo 2) hanno sulle attività del Collegio di Roma, anche in termini di accesso al portale e registrazione alla newsletter (Obiettivo 3) permettendo di individuarne anche la fruizione e il grado di facilitazione ai servizi da parte di questi due destinatari (Obiettivo 4). I risultati metteranno in evidenza l'effetto dell'attività di implementazione che il Direttivo del Collegio vorrà introdurre nel 2014 attraverso il Progetto Network. Sarà utile comprendere il livello di conoscenza nella popolazione per misurare anche la capacità del Collegio di arrivare ai destinatari in maniera fluida, chiara, capillare, precisa. I risultati potranno essere utilizzati per una riflessione interna al Direttivo sulla base della condivisione ottenuta con gli iscritti e i cittadini.

Rilevanza

La comunicazione con gli iscritti e con i cittadini rappresenta per il Collegio una delle principali attività. Comprendere il livello di fruizione di tale comunicazione rappresenta una possibilità di analisi da parte dei componenti del Direttivo e l'ipotesi di implementare forme innovative di informazione.

PIANIFICAZIONE

Job description	Team	Period of time
Proposta del progetto	Coordinatori di progetto	01/11/2012- 30/11/2012
Costituzione del Gruppo di Ricerca	Project manager, Coordinatori, Gruppo ricercatori	1/12/2012 – 10/12/2012
Elaborazione del protocollo di ricerca	Project manager, Coordinatori, Gruppo ricercatori	10/12/2013- 30/12/2013
Elaborazione strumenti di indagine e pre-test	Coordinatori e Gruppo ricercatori	01/01/2013- 30/01/2013
Fase 1- studio osservazionale	Coordinatori e Gruppo di ricercatori	01/02/2013- 30/07/2013
Fase 1 – studio sperimentale	Coordinatori e Gruppo ricercatori	01/02/2013- 30/07/2013
Inserimento dati	Personale per data entry	01/08/2013 – 31/08/2013
Elaborazione dei dati	Statistico	01/09/2013 – 30/09/2013
Analisi e report dei dati	Coordinatori e Gruppo ricercatori	01/10/2013 – 01/12/2013
Verifica dei risultati attesi dal progetto	Project manager, Coordinatori, Gruppo ricercatori	01/12/2013 – 30/12/2013
Giornate di incontro con cittadini, associazioni e iscritti	Project manager, Coordinatori, Consiglieri Collegio	01/01/2014 – 31/01/2014
Fase 2 – studio osservazionale	Coordinatori e Gruppo ricercatori	01/02/2014 – 30/07/2014
Fase 2 – studio sperimentale	Coordinatori e Gruppo ricercatori	01/02/2014 – 30/07/2014
Inserimento dati	Personale per data entry	01/08/2014 – 31/08/2014
Elaborazione dei dati	Statistico	01/08/2014 – 30/09/2014
Analisi e report dei dati	Coordinatori e Gruppo ricercatori	01/10/2014 – 01/12/2014
Verifica dei risultati attesi dal progetto	Coordinatori e Gruppo ricercatori	01/12/2014 – 30/12/2014
Pubblicazione finale	Project manager , Coordinatori, Gruppo ricercatori	01/12/2014 – 30/12/2014
Chiusura progetto	Project manager, Coordinatori, Gruppo ricercatori	30/12/2014

DIAGRAMMA GANTT

ATTIVITA'	Nov 2012	Dic 2012	Gen 2013	Feb 2013	Lug 2013	Ago 2013	Sett 2013	Ott 2013	Dic 2013	Gen 2014	Feb 2014	Lug 2014	Ago 2014	Sett 2014	Ott 2014	Dic 2014
Proposta del progetto	■															
Costituzione del Gruppo di Ricerca		■														
Elaborazione del protocollo di ricerca		■														
Elaborazione strumenti di indagine e pre-test			■													
Fase 1- studio osservazionale				■	■											
Fase 1 – studio sperimentale				■	■											
Inserimento dati						■										
Elaborazione dei dati							■									
Analisi e report dei dati								■	■							
Verifica dei risultati attesi dal progetto								■	■							
Giornate di incontro con cittadini, associazioni e iscritti										■						
Fase 2 – studio osservazionale											■	■				
Fase 2 – studio sperimentale											■	■				
Inserimento dati													■			
Elaborazione dei dati														■		
Analisi e report dei dati															■	■
Verifica dei risultati attesi dal progetto																■
Pubblicazione finale																■
Chiusura progetto																■

BIBLIOGRAFIA

1. Brigoni P., Bianco E., Sampaolo L., Carra L. Il coinvolgimento dei cittadini nelle scelte in sanità. Una rassegna di studi, esperienze, teorie. Data di pubblicazione 2005. Revisione 2008. Ministero della Sanità.
2. Giannantonio S. Infermieri e collegi in rete. Problematiche e prospettive. L'Infermiere; 2010:10–14.
3. Kendall-Raynor P. Experience needs recognition as profession moves to degree entry. Nursing Standard 2011; 25(4): 10-15.
4. Lukes CA. Social media. American Association of Occupational Health Nurses 2010; 58(10): 415-421.
5. IPASVI di Roma. Carta dei servizi del Collegio IPASVI di Roma. 2007.
6. Martellotti E. La comunicazione degli infermieri viaggia su internet. 2011; 4-7.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

STUDIO CONTROLLATO RANDOMIZZATO SULL'EFFICACIA DI UN OPUSCOLO INFORMATIVO PER PAZIENTI CON PORT

COORDINATORE PROGETTO
M.G. De Marinis
M. Piredda

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD. 2.13.3

TITOLO PROGETTO

Studio controllato randomizzato in cieco sull'efficacia di un opuscolo informativo per pazienti candidati ad impianto di port

Controlled randomized blind study of the effectiveness of a patient information booklet about implanted ports

2. ABSTRACT

Background I port sono dispositivi ad alta tecnologia che richiedono conoscenze specifiche e il cui impianto prevede una procedura chirurgica che può causare ansia.
Obiettivi Informare i pazienti che stanno per ricevere il port attraverso un opuscolo; valutarne l'efficacia da solo o con il supporto personale nel ridurre l'ansia del paziente durante l'impianto e nel migliorare le informazioni a breve e lungo termine.

Metodi Studio clinico randomizzato controllato. Nella I fase è stato progettato l'opuscolo da un team multidisciplinare e pilotato con 40 persone di età e istruzione varie. Nella II fase 90 pazienti oncologici candidati all'impianto di port saranno randomizzati in 3 gruppi. Il gruppo A (n=30) riceverà l'opuscolo e cure di routine, il gruppo B (n=30) riceverà l'opuscolo e una visita informativa personalizzata, il gruppo C di controllo (n=30) riceverà informazioni di routine. Ai pazienti verrà chiesto di compilare questionari: sulle informazioni, sulle preferenze informative, valutazione dell'opuscolo e PDI sull'ansia. Inoltre, prima e durante l'impianto, verranno registrati pressione arteriosa, frequenza cardiaca e respiratoria, sedazione farmacologica, sudorazione e asserzione di ansia/apprensione. I valutatori non conosceranno il gruppo di randomizzazione. Dopo 3 mesi tutti i pazienti compileranno il questionario sulle informazioni.

Risultati attesi Valutare l'efficacia dell'ausilio informativo, separandone l'effetto da quello della relazione interpersonale.

Parole chiave: accesso venoso centrale totalmente impiantabile (port); ansia; informazione del paziente; opuscoli; relazione interpersonale.

ABSTRACT

Background Ports are high-tech devices that require specific knowledge and whose implantation is a surgical procedure that can produce patient anxiety.
Objectives To inform adult oncology patients who are going to implant a port through a booklet; to evaluate the efficacy of booklet alone or with face to face information and support to reduce patient anxiety during implantation and in improving short and long term information.
Methods Randomized controlled clinical trial on the effectiveness of the information.
In I stage the booklet was designed by a multidisciplinary team and piloted with 40 people with different age and education level.
In phase II 90 cancer inpatients who are about to implant a port will be randomized into 3 groups. Group A (n=30) will receive the booklet and routine care, Group B (n=30) will receive the booklet and a face-to-face information visit, the control group C (n=30) will receive routine information. Patients will be asked to fill in questionnaires on information, informational preferences, evaluation of the brochure and the PDI on anxiety. In addition, before and during port implantation: blood pressure, heart rate and breathing, pharmacological sedation, sweating and assertion of anxiety/apprehension will be recorded. The evaluators will not know the randomization group. After 3 months, all patients will fill in the information questionnaire.

Expected results Evaluation of the efficacy of a pamphlet and face-to-face interpersonal encounter.

Key words: catheters indwelling (port); anxiety; patient information; pamphlets; interpersonal relations.

3.BACKGROUND

I recenti progressi nei trattamenti medici, l'aumento della prevalenza di malattie croniche e dei costi sanitari che riducono la durata della degenza ospedaliera(1), sono fattori che contribuiscono al bisogno di una efficace informazione a pazienti e famiglie in modo che possono gestire le cure a casa. Gli operatori sanitari hanno spesso molto meno tempo per informare i pazienti su come eseguire la cura di sé dopo la dimissione dall'ospedale(2).
L'erogazione di informazioni scritte è in grado di migliorare la fiducia del paziente nel gestire la cura di sé(3), diminuire lo stress, l'ansia e la depressione(4, 5), il tempo di recupero(6), il numero di ricoveri ospedalieri(7, 8) e di migliorare la soddisfazione del paziente(9). I programmi educativi strutturati sono risultati significativamente più efficaci rispetto all'informazione di routine e l'utilizzo di strategie multiple è risultato migliore rispetto a quello di un'unica strategia nella meta-analisi di Theis e Johnson(10).
La maggior parte dei pazienti di cancro in genere vuole il maggior numero di informazioni possibile(11). La fonte di informazione più utilizzata e preferita è la comunicazione personale con gli operatori sanitari, seguita da materiale stampato, che la maggior parte dei pazienti preferiscono ricevere in combinazione con informazioni verbali(12, 13, 14).
I vantaggi dell'informazione al malato di cancro includono un maggiore controllo e adattamento alla malattia e alle cure, riduzione dell'ansia, la creazione di aspettative realistiche, la promozione della cura di sé e la partecipazione e una sensazione di miglior sicurezza e protezione(15, 16).
I dispositivi centrali a lungo termine sono sempre più diffusi e utilizzati per i malati di cancro sia in ospedale che in assistenza domiciliare. Questi includono il Port, un dispositivo ad alta tecnologia che richiede conoscenze e tecniche specifiche(17, 18). L'impianto del port richiede una procedura chirurgica che può aumentare l'ansia del paziente. Diversi studi hanno riportato che l'ansia diminuisce nei pazienti chirurgici che ricevono programmi strutturati che comprendono informazioni verbali e scritte(19, 20).
I risultati di uno studio sulla necessità informative e le preferenze per le strategie informative nei pazienti oncologici con port riportano che il 97% desidera ricevere informazioni, e l'80% desidera ricevere quante più informazioni possibile prima dell'impianto e il 100% vorrebbero ricevere un opuscolo scritto sul port(17).
Per questi motivi, è sempre più necessario fornire ai pazienti con port, un'efficace informazione che dovrebbe includere informazioni orali e scritte sul suo impianto e la sua gestione. Tuttavia, i pazienti vengono spesso dimessi senza le informazioni di cui hanno bisogno per gestire la loro condizione e le conseguenze derivanti dai trattamenti.
Al fine di valutare l'efficacia di tale informazioni al paziente il miglior disegno di studio è lo studio clinico randomizzato e controllato.
Prima di progettare lo studio è necessario fare una considerazione: è possibile che, se le informazioni scritte sono fornite da un professionista sanitario che visita il paziente e offre tempo per parlare, mostrando gentilezza e atteggiamento di supporto, potrebbe essere difficile separare l'effetto sul livello di ansia dell'opuscolo scritte da quello della relazione interpersonale.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Pertanto, è stato pianificato uno studio clinico controllato randomizzato nel Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma con i seguenti obiettivi:

1. Informare i pazienti che stanno per ricevere il port su questo dispositivo, il suo impianto e la sua gestione, le potenziali complicanze e a chi rivolgersi e in quali casi. Questo sarà ottenuto attraverso un opuscolo informative scritto, chiaro, attraente e basato su prove di efficacia scientifiche
2. Valutare l'efficacia dell'opuscolo informativo da solo o dell'opuscolo con il supporto personale nel ridurre l'ansia paziente durante l'impianto
3. Valutare l'efficacia di un opuscolo informativo da solo o un libretto con supporto personale nel miglioramento a breve e lungo termine delle informazioni del paziente.

METODOLOGIA

Per il primo obiettivo dello studio è stata progettata la prima fase, per il secondo e il terzo la seconda fase.

Fase 1
Utilizzando i dati previamente ottenuti sulle preferenze informative è stato progettato un opuscolo informativo per pazienti oncologici adulti ricoverati per impiantare una port. Esso è stato realizzato da un team multi-professionale tra cui: infermieri, anestesisti che impiantano port, oncologi, un esperto di comunicazione, uno psicologo e un esperto di design grafico. L'opuscolo è stato progettato sulla base dei seguenti criteri: testo chiaro, facile leggibilità per il maggior numero di persone, uso di immagini semplici (senza foto

reali) per rafforzare il testo, selezione delle informazioni fondamentali, grafica attraente.
Prima della sua distribuzione l'opuscolo è stato pilotato con 40 persone non connesse con l'assistenza sanitaria, con caratteristiche molto eterogenee varie: età compresa tra 16-82 anni, istruzione variabile dalle elementari al livello universitario, e diverso livello sociale. È stato chiesto loro di leggerlo e valutarne la chiarezza, la leggibilità e l'accettabilità. I loro suggerimenti hanno contribuito a modificare e migliorare il testo. I loro suggerimenti hanno contribuito a modificare e migliorare il testo.

Fase 2
Disegno dello studio: studio prospettico randomizzato controllato in singolo cieco, finalizzato a valutare l'efficacia del libretto informativo nel ridurre il livello di ansia del paziente e migliorare l e informazioni.
Campione: 90 pazienti oncologici adulti ricoverati nel Policlinico Universitario Campus Bio-Medico di Roma con indicazione a impianto del port, che accettano di partecipare allo studio e rientrano nei seguenti criteri di inclusione:
- Età ≥ 18 anni
- In grado di capire e di scrivere l'italiano
- Condizioni psico-fisiche tali da consentire la compilazione dei questionari
- No previ impianti di port.

I pazienti inclusi che accettano di partecipare saranno randomizzati in tre gruppi di 30 pazienti ciascuno: due gruppi sperimentali (A e B) e il gruppo di controllo (C). La randomizzazione sarà ottenuta attraverso tabelle di randomizzazione generate al computer.
I pazienti nei gruppi sperimentali (A e B) riceveranno, oltre alle informazioni orali di routine, l'opuscolo scritto e saranno invitati a leggerlo prima dell'impianto; i pazienti nel gruppo B riceveranno l'opuscolo all'interno di una visita di uno dei ricercatore che offrirà il tempo di spiegare che cosa accadrà durante l'impianto del port e in seguito, nonchè la possibilità di fornire informazioni aggiuntive. I pazienti nel gruppo C riceveranno solo le informazioni orali di routine.
Dopo il reclutamento e prima di qualsiasi intervento, ai pazienti di tutti i gruppi verrà chiesto di compilare i seguenti questionari:
1. questionario sulle informazioni del paziente riguardo al port modificato da uno strumento validato in studi precedenti(17).
2. questionario sulle preferenze (allegato B) basato su un questionario validato(14).
3. dati demografici.
4. PDI (Psychological Distress Inventory) validato nella sua versione italiana con pazienti oncologici(21). I dati ricavati dal PDI aiuteranno a indicare se pre-esistono differenti livelli di ansia tra i vari gruppi di pazienti. Quindi, ai pazienti nei gruppi sperimentali sarà dato l'opuscolo informativo sul port, saranno invitati a leggerlo e poi a compilare:
5. il questionario sulle opinioni riguardo all'opuscolo
6. il questionario sulle informazioni sul port.

Si prevede che la seconda somministrazione del questionario sulle informazioni permetta di valutare eventuali differenze di conoscenza circa la porta e come gestirlo.
Dopo 3 mesi dall'intervento a tutti i partecipanti verrà chiesto di compilare nuovamente il questionario sulle informazioni sul port al fine di valutare la conservazione delle informazioni e se eventuali differenze di informazioni tra gruppi di pazienti sono mantenuti a lungo termine o si diluiscono nel tempo. Tutti i questionari usati sono molto brevi, semplici, a domande chiuse, quindi la loro compilazione richiede solo pochi minuti. Inoltre, prima e durante l'impianto del port i pazienti da tutti i gruppi saranno valutati per: pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, necessità di sedazione farmacologica, sudorazione e affermazione di ansia/apprensione. Questi parametri sono stati scelti come indicatori del livello di ansia dalla Nursing Outcomes Classification (NOC)(22). Tale valutazione verrà eseguita dagli infermieri in reparto prima dell'impianto e dagli anestesisti che impiantano i port in Day Surgery durante la procedura. I valutatori saranno ciechi riguardo al gruppo di randomizzazione cui ogni paziente appartiene.

Considerazioni etiche
Lo studio verrà eseguito in conformità con i principi della dichiarazione di Helsinki. I pazienti reclutati saranno informati verbalmente e per iscritto attraverso la consegna di lettera informativa che la loro partecipazione sarà strettamente volontaria e il mancato consenso non influirà in alcun modo sulle cure che riceveranno. Essi saranno, inoltre, informati che i questionari sono anonimi e che i dati raccolti verranno analizzati in forma aggregata (nessuno sarà in grado di risalire a chi ha dato le singole risposte) e utilizzati per scopi scientifici.

Analisi statistica
I dati verranno analizzati con l'aiuto di un esperto statistico utilizzando il test t per campioni dipendenti con il programma SPSS (versione 17.00, SPSS, Chicago) e il valore di p risultante sarà statisticamente significativo se < 0,05.

Modelli di diffusione dei risultati
Un abstract con i risultati preliminari sarà presentato entro aprile 2013 per il XV Congresso Nazionale AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica), Milano ottobre/novembre 2013 e per il "17° ECCO–38° ESMO–32° ESTRO European Cancer Congress, Amsterdam, 27 Settembre-1 Ottobre 2013 per diffondere i risultati su scala nazionale e internazionale tra i professionisti sanitari impegnati in oncologia
I risultati finali saranno preparati e inviati per la pubblicazione in riviste internazionali del settore quali "Patient education and counseling" or "European Journal of Oncology Nursing".
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.
I risultati finali potrebbero essere, inoltre, presentati nel report scientifico del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica e nella Conferenza Internazionale dello stesso.

RISULTATI ATTESI

In Italia ci sono circa 2.250.000 persone che vivono avendo avuto una diagnosi di tumore e si calcola che nel 2012 ci saranno circa 364.000 nuovi casi di tumore, molti dei quali avranno indicazione all'impianto di un port.
L'informazione e la relazione terapeutica giocano un ruolo importante nell'aiutare i pazienti oncologici ad essere autonomi e consapevoli. Con gli attuali vincoli economici all'attività sanitaria gli infermieri si trovano nella necessità di portare dati che provino l'efficacia delle proprie attività informative ed educative.
Il presente progetto grazie al disegno di studio, un RCT, che è il golden standard per gli studi di efficacia, ha la potenzialità di portare dati atti a supportare in modo forte l'attività infermieristica.
I risultati preliminari saranno presentati a congressi nazionali e internazionali e quelli finali saranno pubblicati su riviste internazionali del settore.

PIANIFICAZIONE

Descrizione attività progetti di ricerca	Soggetti coinvolti	Durata
Revisione della letteratura scientifica	Coordinatori	Ottobre–Novembre 2012
Elaborazione progetto	Coordinatori e Project team	Novembre 2012
Richiesta parere al Comitato Etico	Coordinatori	Dicembre 2012
Reclutamento campione, raccolta dati, follow-up primi pazienti	Coordinatori e Project team	Gennaio-Giugno 2013
Scrivere abstract con risultati preliminari per congressi	Coordinatori e Project team	Aprile e giugno 2013
Conclusione del follow-up a 3 mesi	Coordinatori e Project team	Settembre 2013
Analisi ed elaborazioni dati	Coordinatori, Statistico, Project team	Ottobre 2013
Stesura report ricerca	Coordinatori, Project team	Ottobre –novembre 2013
Pubblicazione finale	Project manager, Coordinatori e Project team	Ottobre-Dicembre 2013
Chiusura progetto	Project manager, Coordinatori e Project team	Dicembre 2013

DIAGRAMMA GANTT

ATTIVITA'	Ott 2012	Nov 2012	Dic 2012	Gen 2013	Feb 2013	Mar 2013	Apr 2013	Mag 2013	Giu 2013	Lug 2013	Ago 2013	Sett 2013	Ott 2013	Nov 2013	Dic 2013
Revisione della letteratura scientifica	■	■													
Elaborazione progetto		■													
Richiesta autorizzazione comitato etico			■												
Reclutamento campione, raccolta dati, follow-up				■	■	■	■	■	■						
Scrivere abstract con risultati preliminari per 2 congressi							■		■						
Conclusione del follow-up a 3 mesi										■	■	■			
Analisi ed elaborazioni dati													■		
Stesura report ricerca													■	■	
Pubblicazione finale													■	■	■
Chiusura progetto															■

BIBLIOGRAFIA

1. Organisation for Economic Cooperation and Development. Health Data. Health Data 2001 - Definitions, sources and methods. 2001.
2. Leino-Kilpi H, Lire L, Suominen T, Vuorenheimo J, Valimaki M. Client and information: a literature review. J Clin Nurs 1993; 2(6):331–40.
3. Johnson A, Sandford J, Tyndall J. Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 4. Art. No.: CD003716. DOI: 10.1002/14651858.CD003716.
4. National Health & Medical Research Council. How to present the evidence for consumers: preparation of consumer publications. Canberra: Commonwealth of Australia, 2000.
5. Smith J, Forster A, House A, Knapp P, Wright JJ, Young J. Information provision for stroke patients and their caregivers. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 2. Art. No.: CD001919. DOI: 10.1002/14651858.CD001919.pub2.
6. Devine E, Westlake S. Effects of psycho-educational care provided to adults with cancer: meta-analysis of 116 studies. Oncol Nurs Forum 1995; 22(9):1369–1381.
7. Fries J, Koop E, Sokolov J, Beadle C, Wright D. Beyond health pro- motion: reducing need and demand for medical care. Health Affairs 1998; 17(2):70–84.
8. Gibson PG, Powell H, Wilson A, Hensley MJ, Abramson MJ, Bauman A, Walters EH, Roberts JJL. Limited (information only) patient education programs for adults with asthma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2002, Issue 1. Art. No.: CD001005. DOI: 10.1002/14651858.CD001005.
9. Solveig Fagermoen M, Hamilton G. Patient information at discharge - A study of a combined approach. 2006; 63(1-2):169-176.
10. Theis SL, Johnson JH. Strategies for teaching patients: a meta-analysis. Clin Nurs Special 1995; 9:100-106.
11. Sainio C, Eriksson E. Keeping cancer patients informed: a challenge for nursing. Eur J Oncol Nurs 2003; 7: 39-49.

12. Piredda M, Marfoli E. The educational needs and preferred sources of education for adult patients with cancer: a review of the literature published between 1998 and 2004. Int Nurs Persp 2004; 4(2):73-86. ISSN: 1592-6478 CINAHL AN: 2005053343
13. Rutten LJ, Arora NK, Bakos AD, Aziz N, Rowland J. Information need and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1980-2003). Pat Educ Couns 2005; 57:250-261.
14. Piredda M, Rocci L, Gualandi R, Petitti T, Vincenzi B, De Marinis MG. Survey on learning needs and preferred sources of information to meet these needs in Italian oncology patients receiving chemotherapy. Eur J Oncol Nurs 2008; 12(2): 120-126. PMID: 18294913 [PubMed - indexed for MEDLINE]
15. Treacy JT, Mayer DK. Perspectives on cancer patient education. Sem Oncol Nurs 2000; 16: 47-56.
16. Chelf JH, Deshler AM, Thiemann KM, Dose AM, Quella SK, Hillman S. Learning and support preferences of adult patients with cancer at a Comprehensive Cancer Center. Oncol Nurs Forum 2002; 29: 863-867.
17. Piredda M, Conte F, Bartolozzi F. Totally implantable central venous device (port): an educational project for patients. Int Nurs Persp 2005; 5(3):93-104. ISSN: 1592-6478
18. Tsutsumi S, Fukasawa T, Fujii T, Tabe Y, Kigure W, Asao T, Kuwano H. Central venous port system-related complications in outpatient chemotherapy for colorectal cancer. Hepatogastroenter 2012; 59(116), 1079-1080.
19. Letterstål A, Sandström V, Olofsson P, Forsberg C. Postoperative mobilization of patients with abdominal aortic aneurysm. J Adv Nurs 2004; 48(6):560-568.
20. Sheard C, Garrud P. Evaluation of generic patient information: effects on health outcomes, knowledge and satisfaction. Patient Educ Couns. 2006;61(1):43-47.
21. Morasso G, Costantini M, Barracco G, Borreani C, Cappelli M. Assessing psychological distress in cancer patients: validation of a self-administered questionnaire. Oncol 1996; 53: 295-302.
22. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. (Eds.) (2008) Nursing Outcomes Classification (NOC) (4th ed.) St. Louis: Mosby/Elsevier.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

STUDIO CLINICO RANDOMIZZATO E CONTROLLATO DELLA PROPOLI NELLA PREVENZIONE DELLA STOMATITE DA CHEMIOTERAPIA

COORDINATORE PROGETTO
M. Piredda
M.G. De Marinis

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD. 2.13.4

TITOLO PROGETTO

Studio pilota clinico randomizzato e controllato della propoli nella prevenzione della stomatite in pazienti adulti che ricevono chemioterapia per il cancro al seno

Randomized controlled clinical pilot study of propolis for prevention of oral mucositis in adult patients receiving chemotherapy for breast cancer

2. ABSTRACT

Background La mucosite orale è un effetto avverso clinicamente importante, dose-limitante e costoso della chemioterapia. Non esistono trattamenti di provata efficacia per pazienti adulti con cancro al seno che ricevono regimi basati su adriamicina e taxani. La propoli è una sostanza naturale con molte proprietà biologiche (antinfiammatorie, antimicrobiche, antimicotiche, antivirali, antiossidanti, immunomodulatorie e anestetiche), in modo speciale per le malattie della mucosa orale, relativamente poco costosa e non tossica.

Obiettivi Valutare la sicurezza, tollerabilità ed efficacia clinica preliminare della propoli per la prevenzione della stomatite chemio-indotta in pazienti con diagnosi di cancro al seno sottoposti a chemioterapia.

Metodi I pazienti saranno randomizzati a ricevere: un estratto secco di propoli con minimo 8% galangina più sciacqui del cavo orale con bicarbonato di sodio (gruppo di intervento; n = 20) o sciacqui con bicarbonato (gruppo di controllo; n = 20). L'intervento durerà per 2 settimane a partire dal primo giorno di chemioterapia. L'incidenza e la gravità della stomatite saranno valutate utilizzando la scala NCI-CTCAE v.4.0 al primo giorno e dopo 5, 10, 15 e 21 giorni di trattamento. Negli stessi giorni sarà valutato il dolore orale, la compliance al trattamento ed eventuali effetti avversi. Il team di ricerca include infermieri e oncologi.

Risultati attesi Risultati preliminari sono stati presentati al Congresso AIOM 2012 e pubblicati (42). La rilevanza dello studio è notevole per il problema trattato, l'originalità dell'idea, il rigore metodologico del disegno. Esso permetterà di pianificare uno studio multicentrico con un campione rappresentativo della popolazione che possa ottenere risultati generalizzabili ed esportabili ad altri centri oncologici.

Parole chiave: stomatite, propoli, tumore al seno, studio clinico controllato randomizzato.

ABSTRACT

Background Oral mucositis is a clinically important, dose-limiting and costly adverse effect of chemotherapy. Standard chemotherapy for breast cancer can cause important oral mucositis. Available evidence cannot recommend any proven effective treatment for this cancer population. Propolis is a natural substance with many biological properties (anti-inflammatory, antimicrobial, antifungal, antiviral, anti-oxidant, immunomodulatory and anesthetic), relatively cheap and non-toxic.

Aims To evaluate safety, tolerability and preliminary clinical efficacy of propolis for the prevention of chemo-induced stomatitis in patients diagnosed of breast cancer receiving chemotherapy.

Methods Ethical approval has been obtained and written informed consent will be obtained from willing participants. Patients will be randomized to receive: either a dry extract of propolis plus mouth rinsing with sodium bicarbonate (intervention group; n=20) or mouth rinsing with sodium bicarbonate (control group; n=20). The intervention will last for 2 weeks starting on the first day of chemotherapy. The incidence and

severity of stomatitis will be evaluated using the NCI-CTCAE v.4.0 at baseline, after 5, 10, 15 and 21 days of treatment. In the same days, oral pain, use of opioids, compliance with treatment and adverse effects will also be recorded. The team is multiprofessional including nurses and oncologists.

Expected results Preliminary results were presented at the Congress AIOM 2012 and published (42). The study relevance is notable for the topic, its originality, the methodological rigour of the design. Final results will help planning a multicenter study with representative sample and generalizable results.

Key-words: stomatitis, propolis, breast cancer, randomized controlled trial.

3.BACKGROUND

La mucosite orale è un importante effetto collaterale dei trattamenti citotossici associato a un significativo fastidio o dolore del cavo orale, ulcerazioni, odinofagia, disgeusia e conseguente riduzione dell'alimentazione(1). La mucosite può causare ritardi nel trattamento del cancro, riduzione delle dosi, aumento dei tempi di degenza e dei costi(2). Inoltre, in pazienti che ricevono terapie immunosuppressive vi è un aumentato rischio di infezione o di sepsi da micro-organismi orali(3,4) e la mucosite orale è un sito di frequente di origine per le micosi(5). La patogenesi della mucosite è complessa e coinvolge diverse fasi: iniziazione, risposta danno primario, amplificazione del segnale, ulcerazione e guarigione. In caso di neutropenia, possono verificarsi infezioni che coinvolgono aerobi Gram-, Gram+ e microrganismi anaerobi(6). L'eritema è il primo segno di mucosite che appare circa 4-5 giorni dopo aver ricevuto la chemioterapia, spesso accompagnato da sensazione di bruciore e difficoltà a mangiare cibo speziato. Da sette a dieci giorni dopo l'infusione della chemioterapia possono seguire ulcerazione ed edema che causano disagio, dolore e alterazione nella dieta. La mucosite indotta da chemioterapia dura solitamente 7-10 giorni e guarisce spontaneamente al 21° giorno dopo l'infusione(6). I fattori di rischio riconosciuti comprendono sia le caratteristiche del paziente che del trattamento. Età, sesso femminile, fumo, scarsa igiene orale e chemioterapia precedente sembrano essere associati a più alti tassi di mucosite (7,8,9,10,11). Tuttavia, i più importanti fattori di rischio sono correlati ai tipi di trattamento e alle dosi (12). Un'elevata prevalenza di mucosite (più del 75%) è stata segnalata in gruppi specifici ad alto rischio quali i pazienti che ricevono radioterapia per cancro della regione testa/collo e pazienti trattati con regimi mielo-ablativi aggressivi(13,14). La combinazione di diversi farmaci chemioterapici aumenta il rischio di sviluppare mucosite. Pertanto, l'incidenza di mucosite può variare da 31% a 70% nei pazienti trattati con regimi chemioterapici standard(3,10,15). I pochi studi prospettici disponibili sull'incidenza della mucosite orale correlata alla chemioterapia standard per tumori solidi, riportano tassi di incidenza dal 25,1% al 76,5% (8,11,16,17). La più alta incidenza di stomatite è stato trovata in pazienti con cancro della mammella rispetto ad altri tumori solidi, tra cui il cancro del collo e della testa(11). Tuttavia, la mucosite orale è generalmente sottostimata nei pazienti con tumori solidi, in quanto la sua insorgenza e persistenza si verifica tra i cicli, quando i pazienti sono a casa e non possono essere osservati direttamente(6). Sono, perciò, necessarie efficaci misure preventive e/o terapeutiche di questa condizione(18,19). I regimi chemioterapici standard (basati su doxorubicina e taxani) per il cancro al seno possono causare importante mucosite orale(16). Inoltre, il genere femminile è riconosciuto come un fattore di rischio per questa complicanza(11). Tuttavia, le linee guida basate sulle prove di efficacia disponibili(19) e una recente revisione della Cochrane Collaboration sugli interventi per prevenire la mucosite orale per pazienti con cancro in trattamento(20) non possono raccomandare nessun trattamento efficace per questa specifica popolazione di pazienti oncologici.

La propoli è una sostanza resinosa raccolta dalle api e utilizzata per costruire e proteggere i loro alveari(21). Essa contiene resine e oli essenziali (50-55%), cera (25-35%), flavonoidi (10%), pollini (5%) e altre sostanze organiche e minerali (5%)(22,23). L'utilizzo della propoli ha una lunga storia nella medicina popolare, a causa delle sue molteplici proprietà biologiche, soprattutto grazie ai suoi composti fenolici quali i flavonoidi(24). Le proprietà biologiche della propoli possono essere dovute ad un effetto sinergico della miscela dei suoi componenti, in modo che l'estratto totale ha un'attività superiore a quella dei singoli componenti(25). La propoli ha attività immunomodulatorie(25,26), antimicrobiche(27), antivirali(28), antifungine(29), anestetiche(22,30), antiossidanti e antinfiammatorie(31) per le malattie della mucosa orale e infiammazioni faringee(32). In particolare, la propoli si è dimostrata efficace nel ridurre la gravità della mucosite orale indotta da radiazioni testa/collo in animali(33,34) e per la prevenzione dell'esofagite da radiazione toracica in pazienti affetti da cancro(35). Inoltre, Samet et al.(36) hanno trovato una significativa riduzione del numero e delle dimensioni delle ulcere orali ($p<0,04$) in pazienti con diagnosi di stomatiti aftose ricorrenti, che assumevano ogni giorno 500 mg di estratto secco di propoli (con 12% Galangina) rispetto al placebo. Santos et al.(37) hanno trovato una guarigione completa dalla stomatite da protesi in tutti i pazienti trattati con un gel di propoli.

La propoli è una sostanza relativamente non tossica(23,30). Tuttavia, sono stati segnalati alcuni casi di re-

azioni allergiche cutanee(38), alcune delle quali si sono sviluppate in persone con predisposizione allergica(39). Pertanto, l'uso della propoli dovrebbe essere evitato in soggetti con predisposizione allergica, allergia al polline e negli individui atopici. In Italia, qualsiasi reazione avversa all'uso di propoli deve essere segnalata al sistema nazionale di sorveglianza dei prodotti sanitari naturali(39). La "Società Italiana di Medicina Naturale"(39) descrive due formulazioni efficaci di propoli: soluzione idro-alcolica, con un minimo di 30 mg/ml di Galangina o estratto secco nebulizzato con un minimo di 8% di Galangina. Il dosaggio raccomandato di estratto secco è di 8-10 mg/kg/dì preso tra i pasti in 2-3 volte. Anche se la soluzione idro-alcolica ha efficacia clinica, la presenza di alcool ha un effetto irritante sulle mucose(37). Pertanto, l'estratto secco è stato preferito per questo studio.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

Valutazione in studio pilota controllato, randomizzato, prospettico dell'uso della propoli per la prevenzione della mucosite orale in pazienti con tumore al seno trattate con cicli di chemioterapia standard (basati su Adriamicina e Taxani).

Valutazione prospettica dell'incidenza della stomatite in pazienti con tumore al seno sottoposte a chemioterapia

Obiettivi specifici

In particolare lo studio pilota si propone di valutare nel campione di popolazione che rispetta i criteri di inclusione nello studio:

- Sicurezza della propoli
- tollerabilità/compliance della propoli e del bicarbonato e confronto tra i due
- gradimento della propoli, del bicarbonato e confronto tra i due
- efficacia preliminare della propoli
- incidenza della stomatite nei diversi cicli di chemioterapia

Indicatori

- numero e gravità di eventuali effetti avversi
- percentuale di completamento dell'assunzione della propoli e/o del bicarbonato e confronto tra le due espressioni di gradimento dei pazienti e confronto tra propoli e bicarbonato
- misurazione del dolore nel cavo orale e del grading della stomatite con la scala NCI- nei due gruppi (valore di significatività se $p< 0.05$).

METODOLOGIA

Disegno dello studio

Studio pilota clinico controllato, randomizzato, prospettico.

Metodi La randomizzazione sarà eseguita con sequenza di numeri generata dal computer e gestita in modo indipendente dai ricercatori. I pazienti saranno randomizzati in due gruppi. I pazienti del gruppo sperimentale (n=20) assumeranno un estratto secco di Propoli con un minimo del 8% di Galangina 8-10 mg/kg/giorno diviso in 2 - 3 volte al giorno tra i pasti, oltre a effettuare sciacqui della bocca con bicarbonato di sodio, tre volte al giorno. I pazienti del gruppo di controllo (n=20) effettueranno sciacqui della bocca con bicarbonato di sodio tre volte al giorno.

L'intervento durerà per 2 settimane a partire dal primo giorno di chemioterapia per entrambi i gruppi. Gli sciacqui con una soluzione di bicarbonato sono inclusi nelle cure previste di routine nel Policlinico Universitario Campus Bio-Medico dove verrà effettuato lo studio.

I partecipanti di entrambi i gruppi riceveranno formazione sulle buone pratiche di igiene orale prima di iniziare la terapia. La cura orale standard comprende spazzolare i denti con spazzolino morbido, sciacqui di bicarbonato di sodio e sostituzione delle spazzole dei denti in modo regolare (19, 40).

Strumenti

L'incidenza e la gravità della mucosite orale saranno valutate in entrambi i gruppi utilizzando la scala del National Cancer Institute (NCI-CTCAE) versione 4.0(41) al fine di permettere che i risultati di questa sperimentazione siano comparabili con quelli di altri studi.

Le classi dei criteri di classificazione comuni NCI per eventi avversi (CTCAE) versione 4.0 sono i seguenti:

- Grado 1 = asintomatico o sintomi lievi; intervento non indicato.
- Grado 2 = dolore moderato; non interferisce con l'assunzione per via orale; indicata dieta modificata
- Grado 3 = dolore severo; interferisce con l'assunzione per via orale
- Grado 4 = conseguenze letali; indicato intervento urgente
- Grado 5 = morte

La mucosite sarà valutata in condizioni basali e dopo 5, 10, 15 e 21 giorni dal trattamento. Il dolore correlato alla stomatite sarà valutato in tutti i pazienti agli stessi intervalli di tempo e sarà riportato l'uso di oppioidi. Saranno inoltre valutate la tollerabilità della propoli, la compliance al trattamento e la comparsa di eventuali effetti indesiderati.
I pazienti arruolati verranno, inoltre, contattati alla fine di ogni ciclo chemioterapico fino alla fine del trattamento, per valutare in modo prospettico l'insorgenza di stomatite orale o di effetti avversi.

Considerazioni etiche
Lo studio verrà condotto in accordo con i principi della dichiarazione di Helsinki e nel rispetto della normativa vigente sulle sperimentazioni cliniche. Prima di iniziare lo studio, l'approvazione etica è stata ottenuta dal Comitato Etico dell'Università coinvolta.
Qualsiasi reazione avversa alla propoli verrà segnalata al sistema nazionale sanitario di sorveglianza dei prodotti naturali, coordinato dall'Istituto nazionale salute.
I pazienti che rientrano nei criteri d'inclusione saranno contattati da un ricercatore e riceveranno informazioni orali e scritte dettagliate circa gli obiettivi e metodi dello studio e il loro potenziale coinvolgimento in esso. Avranno l'opportunità di discutere con i ricercatori e tempo per riflettere sullo studio e sulla loro eventuale partecipazione. I pazienti che danno il loro assenso allo studio firmeranno un consenso informato scritto.

Campione e setting
I pazienti partecipanti saranno reclutati dall'Unità di Oncologia del Policlinico Universitario "Campus Bio-Medico di Roma". La valutazione per il reclutamento prevede la presenza di fattori di rischio per la mucosite orale(40): età (rischio aumentato per meno di 20 anni e per gli anziani), uso di tabacco e di alcool, ossigenoterapia, respirazione con la bocca, tachipnea, numero di granulociti e di piastrine.
Criteri d'inclusione:
≥20 anni
recentemente diagnosticati di cancro della mammella stadio I, II o III
indicazione a regime di chemioterapia basato su adriamicina e taxani
Neutrofili ≥ 1.5 x 109/L e piastrine ≥ 100 x 109/L, Hgb > 9 g/dl
Classificazione Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) 0, 1 o 2
I pazienti devono essere accessibili per il trattamento e follow-up.
Criteri di esclusione:
- Gravidanza
- Storia di allergia alla propoli, polline, predisposizione allergica o atopia
- Salute orale: malattie parodontali preesistenti, protesi dentarie non adeguate, malattie orali acute o croniche, infiammatorie o degenerative concomitanti
- Altri tumori maligni coesistenti ad eccezione del carcinoma a cellule basali e squamose o cancro della cervice in situ o tumori maligni che hanno richiesto la somministrazione di chemioterapia e/o radioterapia del cavo orale negli ultimi 12 mesi
- Terapia recente con antibiotici
- Terapia cronica con steroidi o farmaci immunitario-soppressore
- Trattamento con qualsiasi farmaco in fase di sperimentazione entro 30 giorni prima del reclutamento.

Reclutamento. I partecipanti che daranno il loro consenso allo studio saranno randomizzati ad essere assegnati a due gruppi: gruppo di intervento e di controllo utilizzando una tabella di randomizzazione generata al computer.

Raccolta dati e analisi statistica
Saranno valutate l'incidenza e la gravità della mucosite orale, il dolore orale, l'uso di oppioidi, la compliance all'intervento, gli eventuali effetti avversi in entrambi i gruppi al tempo base, dopo 5, 10, 15 e 21 giorni di trattamento. Verrà eseguito il confronto tra i gruppi in termini di frequenza e gravità della mucosite orale. Saranno effettuate analisi descrittive usando il test chi quadrato e il corrispondente valore di P sarà considerato statisticamente significativo se < 0,05. Il software SPSS (versione 17.00, SPSS, Chicago) verrà utilizzato per l'analisi statistica.
I risultati intermedi saranno presentati alla Conferenza dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) e i risultati finali al Congresso Nazionale dell'AIOM 2013 o 2014 e all'EONS- ECCO-ESMO 2013 o 2014 per diffondere i risultati su scala nazionale e internazionale tra i professionisti sanitari impegnati in oncologia. Saranno inoltre presentati nel report scientifico del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica e nella conferenza dello stesso.

RISULTATI ATTESI

La rilevanza del presente studio è notevole per:

– il problema trattato (una complicanza della chemioterapia ad alto impatto sul paziente con tumore) l'originalità dell'idea (è la prima volta che si sperimenta la propoli in pazienti trattati con chemioterapia)

– il rigore metodologico del suo disegno la sua potenzialità di sviluppo futuro in ricerche che portino ad ampia diffusione dei suoi risultati.

Infatti, i risultati di questo studio pilota monocentrico, se confermeranno la sicurezza, la tollerabilità e l'iniziale efficacia della propoli per la prevenzione della stomatite nel campione studiato, permetteranno di pianificare uno studio multicentrico randomizzato, controllato e prospettico, con un campione più grande e rappresentativo della popolazione sotto studio. Tale studio avrà l'obiettivo di valutare l'efficacia della propoli e di ottenere risultati generalizzabili ed esportabili ad altri centri di cure oncologiche.

I risultati preliminari sono stati presentati al Congresso Nazionale dell'Associazione di Oncologia Medica (AIOM) 2012 e pubblicati(42). Ci aspettiamo che i risultati finali dello studio pilota saranno presentati al Congresso Nazionale dell'AIOM 2013 o 2014 e a quello internazionale dell'EONS-ECCO-Esmo 2013 o 2014.

L'articolo che descrive lo studio e riporta i risultati finali verrà inviato per pubblicazione alla rivista internazionale European Journal of Oncology Nursing o altra rivista internazionale del settore.

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

PIANIFICAZIONE

Descrizione attività progetti di ricerca	Soggetti coinvolti	Durata
Revisione della letteratura scientifica	Coordinatori	Marzo- Aprile 2012
Elaborazione progetto	Coordinatori e Project team	Marzo- Aprile 2012
Richiesta autorizzazione comitato etico	Coordinatori	Aprile-maggio 2012
Reclutamento e selezione campione iniziale	Coordinatori e Project team	Giugno-ottobre 2012
Scrivere report risultati preliminari	Coordinatori	Ottobre 2012
Pubblicazione risultati preliminari sulla rivista Tumori	Coordinatori e Project team	Ottobre 2012
Reclutamento campione, raccolta dati, ollow-up	Coordinatori e Project team	Novembre 2012-settembre 2013
Analisi ed elaborazioni dati	Coordinatori, Statistico, Project team	Ottobre –novembre 2013
Stesura report ricerca	Coordinatori, Project team	Novembre 2013
Pubblicazione finale	Project manager, Coordinatori e Project team	Ottobre-Dicembre 2013
Chiusura progetto	Project manager, Coordinatori e Project team	Dicembre 2013

DIAGRAMMA GANTT

ATTIVITA'	Mar 2012	Apr 2012	Mag 2012	Giu-Ott 2012			Nov 12- Set 2013									Ott 2013	Nov 2013	Dic 2013
Revisione della letteratura scientifica																		
Elaborazione progetto																		
Richiesta autorizzazione comitato etico																		
Reclutamento e selezione campione iniziale																		
Scrivere report risultati preliminari																		
Pubblicazione risultati preliminari sulla rivista Tumori																		
Reclutamento campione, raccolta dati, follow-up																		
Analisi ed elaborazioni dati																		
Stesura report di ricerca																		
Pubblicazione finale																		
Chiusura progetto																		

BIBLIOGRAFIA

1. Sonis ST, Fey EG. Oral complication of cancer therapy. Oncology 2002;16:680-686.
2. Wright J, Feld R, Knox J. Chemotherapy induced oral mucositis: new approaches to prevention and management. Expert Opin Drug Saf. 2005;4:193-200.
3. Elting LS, Cooksley C, Chambers M, Cantor SB, Manzullo E, Rubenstein EB. The burdens of cancer therapy. Clinical and economic outcomes of chemotherapy-induced mucositis. Cancer 2003; 98: 1531-1539.
4. Epstein JB. Mucositis in the cancer patient and immunosuppressed host. Infectious Disease Clinics of North America 2007;21(2):503-522.
5. Feld R. The role of surveillance cultures in patients likely to develop chemotherapy-induced mucositis. Support Care Cancer 1997;5(5):371-5.
6. Scully C, Sonis S, Diz PD. Oral mucositis. Oral Diseases. 2006;12:229-241.
7. Dodd MJ, Miaskowski C, Shiba GH, Dibble SL, Greenspan D, MacPhail L, et al. Risk factors for chemotherapy-induced oral mucositis: dental appliances, oral hygiene, previous oral lesions, and history of smoking. Cancer Invest. 1999;17(4):278-84.
8. Dodd MJ, Miaskowski C, Dibble SL, Paul SM, MacPhail L, Greenspan D, et al. Factors influencing oral mucositis in patients receiving chemotherapy. Cancer Pract. 2000;8(6):291-7.
9. Repetto L. Greater risks of chemotherapy toxicity in elderly patients with cancer. J Support Oncol. 2003;1(4 Suppl 2):18-24.
10. Goldberg SL, Chiang L, Selina N, Hamarman S. Patient perceptions about chemotherapy-induced

oral mucositis: implications for primary/secondary prophylaxis strategies. Support Care Cancer. 2004;12(7):526-30.

11. Jones JA, Avritscher EB, Cooksley CD, Michelet M, Bekele BN, Elting LS. Epidemiology of treatment-associated mucosal injury after treatment with newer regimens for lymphoma, breast, lung, or colorectal cancer. Support Care Cancer. 2006;14(6):505-15.
12. Raber-Durlacher JE, Elad S, Barasch A. Oral mucositis. Oral Oncol 2010;46(6):452-456.
13. Trotti A, Bellm LA, Epstein JB, Frame D, Fuchs HJ, Gwede CK, et al. Mucositis incidence, severity chemotherapy: a systematic literature review. Radiother Oncol 2003;66(3):253-62.
14. Filicko J, Lazarus HM, Flomenberg N. Mucosal injury in patients undergoing hematopoietic progenitor cell transplantation: new approaches to prophylaxis and treatment. Bone Marrow Transplant. 2003; 31:1-10.
15. Barasch A, Peterson DE. Risk factors for ulcerative oral mucositis in cancer patients: unanswered questions. Oral Oncol. 2003; 39(2):91-100.
16. Nishimura N, Nakano K, Ueda K, Kodaira M, Yamada S, Mishima Y, et al. Prospective evaluation of incidence and severity of oral mucositis induced by conventional chemotherapy in solid tumors and malignant lymphomas. Support Care Cancer. 2011 Nov 25.
17. Wuketich S, Hienz SA, Marosi C. Prevalence of clinically relevant oral mucositis in outpatients receiving myelosuppressive chemotherapy for solid tumors. Support Care Cancer. 2012;20:175–183.
18. Stokman MA, Spijkervet FKL, Boezen HM, Schouten JP, Roodenburg JLN, de Vries EGE. Preventive intervention possibilities in radiotherapy- and chemotherapy-induced oral mucositis: results of meta-analyses. J Dent Res. 2006;85(8): 690-700.
19. Keefe DM, Schubert MM, Elting LS, Sonis ST, Epstein JB, Raber-Durlacher JE, et al. Updated clinical practice guidelines for the prevention and treatment of mucositis. Cancer 2007;109(5):820–31.
20. Worthington HV, Clarkson JE, Bryan G, Furness S, Glenny AM, Littlewood A, et al. Interventions for preventing oral mucositis for patients with cancer receiving treatment. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 4. Art. No.: CD000978. DOI: 10.1002/14651858.CD000978.pub5.
21. Marcucci MC, Ferrerez F, Garcia-Vigueira C, Bankova VS, de Castro SL, Data's AP, et al. Phenolic compounds from Brazilian propolis with pharmacological activities. J Ethnopharmacol. 2001;74:105-112.
22. 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.
23. Società Italiana di Medicina Naturale 2009, Scheda PROPOLI. [cited 2 March 2012]
24. Available from: http://www.simn.org/schede_professionisti/professionisti_propoli.html
25. 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.
26. Sforcin JM. Propolis and the immune system: a review. J Ethnopharm. 2007;113:1-14.
27. Jasprica I, Mornar A, Debeljak Z, Smolcic-Bubalo A, Medic-Saric M, Mayer L, et al. In vivo study of propolis supplementation effects on antioxidative status and red blood cells. J Ethnopharm. 2007;110:548–554.
28. Scazzocchio F, D'Auria FD, Alessandrini D, Pantanella F. Multifactorial aspects of antimicrobial activity of propolis. Microbiol Res 2006;161:327-333.
29. 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). Phytomed. 2000;7: 1-6.
30. Sforcin JM, Fernandes Jr A, Lopes CAM, Funari SRC, Bankova V. Seasonal effect of Brazilian propolis on Candida albicans and Candida tropicalis. J Venom Anim Toxins 2001;7:139-144.
31. Burdock GA. Review of the biological properties and toxicity of bee propolis (propolis). Food Chem Toxicol. 1998;36(4):347-63.
32. Botushanov PI, Grigorov GI, Aleksandrov GA. A clinical study of a silicate toothpaste with extract from propolis. Folia Med. 2001;43(1-2): 28-30.
33. Bankova V, Christov R, Kujumgiev A, Marcucci MC, Popov S. Chemical composition and antibacterial activity of Brazilian propolis, Z Naturforsch. 1995;50(3-4):167-172.
34. 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):622-626.

35. Benderli Cihan Y, Deniz K. Effect of propolis against radiation-induced oral mucositis in rats. Kulak Burun Bogaz Ihtis Derg. 2011;21(1):32-41.
36. 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 ApiProd ApiMedic Sc. 2010;2(3):100-101.
37. Samet N. Samet N, Laurent C, Susarla SM, Samet-Rubinsteen N. The effect of bee propolis on recurrent aphthous stomatitis: a pilot study. Clin Oral Investig. 2007 Jun;11(2):143-147.
38. Santos VR, Gomes RT, de Mesquita RA, de Moura MDG, França EC, de Aguiar EG et al. Efficacy of Brazilian propolis gel for the management of denture stomatitis: a pilot study. Phytother Res. 2008;22(11):1544-1547.
39. Greenberger PA, Flais MJ Bee pollen-induced anaphylactic reaction in an unknowingly sensitized subject. Ann Allergy Asthma Immunol. 2001; 86(2):239-242.
40. Menniti-Ippolito F, Mazzanti G, Vitalone A, Firenzuoli F, Santuccio C. Surveillance of suspected adverse reactions to natural health products: the case of propolis. Drug Saf. 2008;31(5):419-423.
41. Van Gerpen R. Clinical focus. Stomatitis. Clin J Oncol Nurs. 2003; 7(4):471-474.
42. National Cancer Institute. Common Terminology Criteria for Adverse Events v4.0 (CTCAE) Published: v4.0: May 28, 2009. [Cited 02/09/2011]. Available from: http://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic_applications/ctc.htm#ctc_40
43. Piredda M, Vincenzi B, Facchinetti G, Stan I, Armento G, Tonini G, De Marinis MG. Randomized controlled clinical pilot trial of propolis for prevention of oral mucositis in adult patients receiving chemotherapy for breast cancer: preliminary results. Tumori (Suppl.) 2012;13:S182-S183.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

INTEGRARSI

COORDINATORE PROGETTO
A. Stievano
A.M. Pulimeno
F. Gagliardi
M. Accorinti

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD. 2.13.5

TITOLO PROGETTO

Integrazione sociale e lavorativa degli infermieri stranieri a Roma: approfondimenti transculturali

Social and labour integration of foreign nurses working in Rome: Transcultural investigations

2. ABSTRACT

Il presente progetto integra e completa una attività di ricerca promossa dall'IPASVI insieme alla Associazione Infermieristica Transculturale – AIT, che ha avuto come focus una indagine di tipo quantitativo sulle comunità degli infermieri sudamericani presenti a Roma in confronto con il collettivo degli infermieri italiani. Inoltre la presente ricerca si pone in maniera complementare con il lavoro di approfondimento sulla rappresentanza del lavoro degli infermieri, condotta dall'Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali (IRPPS) del Consiglio Nazionale della Ricerca (CNR) nell'ambito di un Progetto di Ricerca Nazionale (PRIN) finanziato dal Ministero della Istruzione, Università e Ricerca.
Nel presente progetto si intende compiere un approfondimento di tipo qualitativo su un collettivo di 40 soggetti infermieri professionali di nazionalità peruviana e indiana, residenti a Roma, e che operano o in un Ospedale pubblico, o in una struttura privata o in una realtà cooperativa. La proposta progettuale mira ad intervenire nelle situazioni di potenziale marginalità occupazionale in cui potrebbero venirsi a collocare gli infermieri stranieri a Roma a seguito delle politiche di contenimento che la Regione Lazio sta conducendo per contenere il forte disavanzo di bilancio e rientrare nei parametri di spesa imposti dal Governo centrale nell'ambito delle manovre di rientro e stabilità del debito pubblico. In questo senso, il presente lavoro è di forte attualità e tutta l'attività di diffusione prevista, ovvero la redazione del rapporto finale, la pubblicazione di articoli e un convegno finale di chiusura, tenderà a diffondere le risultanze e a dare indicazioni operative per i vertici dell'IPASVI.

ABSTRACT

Parole chiave: immigrazione, nursing transculturale, infermieri indiani, infermieri peruviani

This project integrates and completes a research activity promoted by the IPASVI Nursing Board jointly with the Italian Transcultural Nursing Association (AIT), which focused on a quantitative survery regarding the communities of South-American nurses living in Rome, making a comparison with a group of Italian nurses. In addition, this research is complementary to a study on the labour representatives of nurses, conducted by the Research Institute on Populations and Social Policies (Istituti di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali - IRPPS), of the National Research Council (Consglio Nazionale della Ricerca – CNR), within the framework of a National Research Project (Progetto di Ricerca Nazionale – PRIN) funded by the Italian Ministry of Education, University, and Research.
This project is a qualitative study on a sample of 40 professional nurses from Peru and India, living in Rome and working either in a public hospital, a private clinic or a cooperative society. The pupose of this study is to address situations of potential labour alienation affecting the foreign nurses working in Rome, following the containment policies that the Lazio Regional Government is implementing to limit the severe balance deficit and comply with the expenditure parameters imposed by the Central Government in its effort to cancel its deficit and ensure stability.

For this reason, this project is very topical, and the dissemination activities related to it, such as drafting a final report, the publication of articles, and a conclusive dissemination conference, will allow to draw the conclusions and offer practical guidelines for the IPASVI Nursing Board.

Key words: immigration, transcultural nursing, Indian nurses, Peruvian nurses

3.BACKGROUND

Il presente progetto si inserisce nell'ambito dell'ampia attività che l'IPASVI e -in particolare - la Associazione Infermieristica Transculturale – AIT, svolge in favore degli infermieri stranieri e della diffusione del nursing transculturale, e si colloca in termini di complementarietà con l'attività di ricerca che l'Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali (IRPPS) del Consiglio Nazionale della Ricerca (CNR) sta portando avanti in materia di rappresentanza dei lavoratori immigrati del settore sanitario, nell'ambito di un Progetto di Ricerca Nazionale (PRIN) finanziato dal Ministero della Istruzione, Università e Ricerca .
Come è noto, AIT è una società scientifica senza scopo di lucro, apartitica, che persegue finalità solidaristiche, attiva nei campi della tutela dei diritti civili, della ricerca scientifica, dell'integrazione degli infermieri di ogni nazionalità che operano nel nostro Paese. L'obiettivo della Associazione, la prima del genere in Italia, consiste nell'ideazione, nello sviluppo e nella realizzazione di progetti e programmi di ricerca infermieristica particolarmente orientati ad iniziative socio-educative e culturali, nel rispetto della dimensione umana e spirituale della persona, contro qualsiasi forma di emarginazione di carattere religioso, politico, economico, di genere, di età e di cittadinanza. Tra le attività principali dell'associazione figurano la realizzazione e la pubblicazione di studi e ricerche nelle discipline professionali infermieristiche, con particolare attenzione agli aspetti transculturali, servizi di consulenza per singoli professionisti, associazioni, aziende ed enti, organizzazione di convegni, congressi, tavole rotonde, seminari, iniziative didattiche ed audiovisive, corsi di formazione professionale, specializzazione, perfezionamento e aggiornamento.
L'IRPPS-CNR è un Istituto del Consiglio Nazionale delle Ricerche, a carattere di ricerca interdisciplinare che svolge studi su tematiche demografiche e migratorie, sui sistemi di welfare e sulle politiche sociali, sulla politica della scienza, della tecnologia e dell'alta formazione, sui rapporti tra scienza e società, su creazione, accesso e diffusione della conoscenza e delle tecnologie dell'informazione. Integra un insieme di analisi, di studi teorici ed empirici, favorendo la collaborazione tra diverse frontiere disciplinari. L'attività si orienta su tre principali linee di ricerca: Studio delle relazioni tra tendenze della popolazione e dello sviluppo sociale ed economico, Studio delle dinamiche sociali e delle politiche nei sistemi di welfare, Studio del mutamento della società collegato alla diffusione delle conoscenze e delle tecnologie dell'informazione. Nell'ambito di queste attività alcuni ricercatori IRPPS stanno conducendo, insieme alle Università di Milano Bicocca, Statale di Milano, La Sapienza di Roma e Federico II di Napoli, una ricerca finanziata dal Ministero dell'Istruzione Università e Ricerca attraverso il fondo PRIN, sui nuovi soggetti del lavoro e forme di rappresentanza. Nell'ambito di questo progetto di ricerca, l'impegno di studio dell'IRPPS si focalizza in particolare sulla rappresentanza sindacale dei lavoratori stranieri nel Lazio. In particolare l'obiettivo della ricerca che l'IRPPS sta conducendo consiste nell'indagare sul tipo di relazione e sulle eventuali criticità del rapporto sviluppatasi tra sindacato e immigrati nel settore della sanità e dell'assistenza domiciliare di cura inclusa quella presso le famiglie. Una scelta motivata dal fatto che nel Lazio sono proprio le lavoratrici/tori stranieri di questo settore ad essere cresciuti di più nel corso di questi ultimi anni, e che si trovano ad affrontare in prospettiva condizioni di difficoltà nuove anche sul fronte della tenuta delle loro posizioni occupazionali lavorativa quale effetto della crisi attuale e dei provvedimenti di severa ristrutturazione che appaiono interessare il sistema sanitario nel suo complesso.
La proposta progettuale mira ad intervenire nelle situazioni di potenziale marginalità occupazionale in cui potrebbero venirsi a collocare gli infermieri stranieri a Roma a seguito delle politiche di contenimento che la Regione Lazio sta conducendo per contenere il forte disavanzo di bilancio e rientrare nei parametri di spesa imposti dal Governo centrale nell'ambito delle manovre di rientro e stabilità del debito pubblico. L'interesse ad orientare l'indagine su questo spaccato del lavoro immigratorio è stato motivato da un lato dal fatto che in una realtà come quella del Lazio, e di Roma in particolare il comparto di cura rappresenta un bacino importante ed in crescita di lavoro, nel cui ambito la presenza di lavoratori immigrati (largamente lavoratrici) è decisamente rilevante e come numeri susseguente solo al settore delle costruzioni.
Se si considera il dato nazionale al 2010, la presenza straniera nel solo settore sanitario è stimata dall'Associazione dei medici stranieri in Italia (AMSI) in 15.000 medici, di cui il 60% extra comunitari e in 38.000 infermieri (di cui circa la metà comunitari) pari al 10% del numero complessivo di infermieri totali. La nazionalità più rappresentative sono nell'ordine i rumeni (43,9%), gli indiani (10,2%), gli albanesi (6,8%) e gli infermieri peruviani (6,7%). Nel complesso il flusso migratorio ha subito un incremento rilevante tra

il 2007 ed il 2010 (25% in più, pari a 8.000 unità), mentre a partire da quell'anno in base agli ultimi dati disponibili (IPASVI, 2012) il tasso dei nuovi iscritti ai collegi IPSAVI sta subendo una riduzione. In base sempre ai dati disponibili, emerge che di questi infermieri oltre 4.000 si concentrano nel Lazio (largamente a Roma), venendo a rappresentare più del 15% degli infermieri attivi, mentre (sebbene i numeri siano meno certi) anche per il numero dei medici le stime indicano un valore percentuale compreso tra il 10 ed il 15 %, cioè tra i 1.000 ed i 1.500 medici stranieri presenti in Città.
Ma al di là della concentrazione di personale immigrato, un'ulteriore motivo di interesse per questa ricerca nasce dalla constatazione di trovarci nel caso specifico delle professioni sanitarie di fronte ad una situazione in cui il lavoro immigrato si viene a porre in una condizione di potenziale concorrenza con i lavoratori autoctoni e non invece di complementarietà, così come si registra tradizionalmente in molti ambiti lavorativi a minore contenuto professionale del mercato del lavoro. Va a questo proposito evidenziato come, in particolare nel caso delle professioni infermieristiche e fino a prima della crisi (2008), questa potenziale concorrenzialità non era avvertita in quanto il settore presentava una domanda di lavoro decisamente superiore all'offerta autoctona opportunamente formata. Questa domanda inevasa è all'origine di un consistente flusso migratorio di queste professionalità , soprattutto da paesi non comunitari. Si tratta di un andamento che è stato decisamente favorito dalla politica migratoria che con regolarità sino a quell'anno, ha autorizzato l'insediamento di questi lavoratori in deroga alle quote stabilite annualmente per i nuovi ingressi. Diverso è invece il discorso dei medici che al contrario si collocano su un ambito professionale dove almeno sino ad oggi si è registrata una eccedenza rispetto alle necessità, tanto che nel corso di questo primo decennio si è assistito ad un fenomeno di emigrazione di medici formati in Italia verso l'estero. A partire dal 2009 la situazione appare invertire il suo andamento tradizionale. Sebbene le spinte all'ampliamento dei servizi nel campo sanitario non siano diminuite - ed anzi in prospettiva siano destinate ad ampliarsi - la forte contrazione della spesa pubblica nel settore sanitario associata al mancato finanziamento della legge sulla non autosufficienza, sta comportando una forte caduta della domanda di lavoro anche per le professioni infermieristiche, anche nelle strutture sanitarie private tradizionalmente convenzionate con il Servizio sanitario pubblico dove si registra un alto numero di lavoratori in condizione di esubero. Stando, infatti, a quanto emerge dall'esperienza del Collegio degli Infermieri (IPASVI) di Roma, la domanda degli infermieri è passata da una situazione in cui l'offerta degli autoctoni (neo laureati e altri lavoratori in cerca di lavoro) a fatica riusciva a soddisfare metà delle richieste di lavoro ad una in cui per ogni posto di lavoro disponibile ci sono due domande di lavoro solo da parte di neo-laureati infermieri.
L'iniziativa muove infine, dalla necessità di favorire e promuovere l'integrazione fra tutti gli infermieri, italiani e non, che operano sul territorio nazionale, in un momento storico in cui l'apporto professionale degli infermieri stranieri negli ospedali e nei servizi sanitari territoriali è considerevole. In una situazione di crisi del lavoro in sanità come quella che appare delinearsi, è dunque lecito domandarsi se nel settore sanitario stiano emergendo delle frizioni/divisioni tra lavoratori stranieri e lavoratori autoctoni. E qualora ciò si manifestasse come si pongono le rappresentanze sindacali più consolidate e tradizionali. E ancora se, come reazione nei confronti di queste difficoltà e differenziazioni tra autoctoni e immigrati, possano risultarne favoriti modelli di rappresentanza di tipo etnico nel caso degli stranieri e corporativo in quello del personale sanitario italiano. Quest'ultima è ad esempio un rischio adombrato nel lavoro italiano più recente in materia, condotto nel 2005 per l'IRES da Maria Adriana Bernardotti, (IRES, 2006), e ciò con riferimento ad un periodo in cui gli aspetti di potenziale concorrenzialità tra lavoro immigrato e lavoro autoctono emergevano con minore rilievo in quanto la preoccupazione poteva eventualmente manifestarsi rispetto al rischio di diminuzione di valore dei diritti acquisiti piuttosto che, come potrebbe oggi essere percepita, nei termini di minaccia di perdita del posto di lavoro.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

Il presente studio, costruito anche secondo la logica di approfondimento dei risultati emersi nell'indagine del 2012 (Nursing Transculturale: un confronto tra infermieri italiani e sudamericani) nell'affrontare alcune questione cruciali della professionalità degli infermieri, in particolare degli infermieri stranieri, intende analizzare caratteristiche attuali e di tendenza dell'integrazione lavorativa e occupazionale degli infermieri stranieri in sanità, definendo anche possibili orientamenti di policies di potenziale interesse per i soggetti che a diverso titolo e responsabilità agiscono nel settore sanitario .

Obiettivi specifici

– Acquisire informazioni sui percorsi di inserimento lavorativo e sociali degli infermieri stranieri residenti a Roma, con una specifica attenzione a quelli indiani e sud americani: si tratta di far emergere i diversi percorsi di inserimento socio-economico che gli infermieri di queste comunità hanno

sperimentato e ciò grazie ad una lettura dei loro bisogni/aspettative e alla ricostruzione delle loro esperienze di vita, implementando un approccio metodologico in grado di valorizzare opportunità di replicabilità per altre comunità;
- Approfondire i risultati della ricerca condotta dall'IPASVI sulla comunità degli infermieri sudamericani e di recente pubblicata con Franco Angeli;
- Sensibilizzare gli infermieri stranieri ed orientarli ai servizi/opportunità proposte dall'IPASVI e dall'AIT;
- Produrre analisi e proposte utili alla formulazione di Linee guida per l'inserimento lavorativo di questa particolare categoria di migranti.

Indicatori
L'audit dei risultati ottenuti in itinere, anche denominato monitoraggio, è essenziale per un'efficace implementazione del progetto. Le singole fasi ed azioni saranno valutate, una dopo l'altra, per rendere evidenti gli effettivi risultati del progetto. La metodologia adottata si basa sull'assunto che la verifica dei risultati conseguiti in itinere è fase indispensabile per un'efficace implementazione dell'azione di analisi. Il monitoraggio sarà continuo e la valutazione - concepita come un processo dinamico - permetterà di misurare il livello di attuazione e i risultati ottenuti così da alimentare e stimolare un'analisi retrospettiva e sarà realizzata durante tutta l'implementazione del progetto di ricerca-intervento. Il monitoraggio degli indicatori avverrà attraverso apposite griglie/schede di rilevazione (ex ante, in itinere e conclusivo) predisposti dai ricercatori, che gli intervistatori coinvolti nel progetto dovranno compilare e che consentiranno di rilevare e monitorare per tutta la durata del progetto il numero, la tipologia degli infermieri intervistati, le attività/aree di cui usufruiscono nell'ambito del progetto, le eventuali criticità. Si chiederà al personale coinvolto di compilare mensilmente un time report o una relazione sulle attività svolte nell'ambito del progetto. Verrà redatto un report conclusivo dell'azione, in cui verranno presi in considerazione i risultati degli indicatori riportati sotto e consentiranno anche di monitorare e valutare l'impatto degli interventi realizzati nei percorsi personali degli infermieri intervistati in termini di:
- comunicazione inter-professionale,
- tutela del lavoro,
- adesione ad organismi di rappresentanza del lavoro,
- espressione delle competenze specifiche e delle capacità personali.

Le attività di valutazione saranno affidate a valutatori esperti del IRPPS – CNR.

METODOLOGIA

Il progetto di ricerca-intervento "INTEGRARSI" si configura come uno studio di approfondimento qualitativo, volto a coinvolgere infermieri stranieri che operano in strutture pubbliche, private e in cooperative di servizi a Roma.
La ricerca prevede due fasi tra loro interrelate: l'approfondimento di campo e la revisione dei risultati nel confronto con altre indagini e nell'analisi che l'IRPPS-CNR sta conducendo sulla rappresentanza dei infermieri stranieri a Roma.

Campione
Ai fini di un adeguato livello di approfondimento, si presuppone di procedere attraverso interviste non strutturate (o semi-strutturate) su un universo di riferimento di almeno 40 soggetti, suddivisi in due comunità di infermieri stranieri presenti a Roma.
Il principale rischio connaturato alle attività di ricerca nel campo dell'immigrazione, è legato ai tempi di individuazione dei soggetti da intervistare e quindi nella inevitabile conseguente dispersione dei destinatari o tardiva individuazione degli stessi rispetto alla tempistica di realizzazione delle attività progettuali previste. Nel presente progetto elevati standard di qualità e di competenza nelle procedure di ascolto e accoglienza dei infermieri di altre nazionalità (sperimentati nella esperienza dall'AIT) - insieme alla presenza dei ricercatori che seguiranno i destinatari per tutta la durata del progetto - garantiranno una consistente percentuale di interviste adeguatamente approfondite.
Si procederà quindi ad un campionamento casuale, definito in letteratura di tipo "a valanga", partendo dai contatti stabiliti attraverso la precedente ricerca IPASVI e nell'ambito degli associati AIT.

Strumenti
Il progetto INTEGRARSI mira a rilevare bisogni/aspettative degli infermieri stranieri presenti a Roma, inoltre tende ad informare gli intervistati sulle opportunità di inserimento all'interno del collegio IPASVI e dell'Associazione AIT e orientarli ai servizi del territorio, anche tramite la mediazione con le istituzioni.

Per rispondere a questa doppia finalità, verranno costruiti ad hoc degli strumenti di indagine che consisteranno in una traccia di intervista (anche in lingua) e nella predisposizione di materiale informativo.
Tra le altre, le aree di approfondimento riguarderanno: primo livello ovvero informazioni di base, riconoscimento del titolo, eventuale utilizzo di servizi pubblici e/o privati per l'inserimento professionale, relativi esiti, etc.; secondo livello di analisi, ovvero approfondimento delle informazioni di primo livello, cambiamenti intercorsi, interventi, relativi esiti; terzo livello ovvero l'approfondimento delle condizioni di inserimento professionale e i fabbisogni in tema di tutela sociale e sindacale.
L'indagine di campo verrà preceduta da una fase di pre-test.
Inoltre una linea importante di azione sarà quella di redigere e diffondere un rapporto finale con proposte e linee guida per l'inserimento socio-lavorativo degli infermieri stranieri a Roma.
Le attività di ricerca di campo sono propedeutiche/interrelate a quelle della redazione del rapporto finale.

RISULTATI ATTESI

La ricerca intende approfondire i processi di trasformazione in atto che coinvolgono la professione infermieristica straniera nell'attuale stato di crisi del Sistema Sanitario.
L'efficienza e l'efficacia del lavoro di rete costituiscono strumenti-chiave nel raggiungimento dei risultati del progetto. Si richiama spesso questa metodologia di lavoro, ma quasi sempre in modo generico, poco strutturato e non sistemico. Le attività previste nella sezione "metodologia" e, in particolare, la realizzazione di interviste approfondite, consentiranno ai partner di potenziare e sistematizzare il loro ruolo di centri di raccolta e diffusione mirata di informazioni a beneficio, non solo dei destinatari diretti, ma anche degli enti pubblici/privati coinvolti nell'assistenza e nella tutela sociale e lavorativa dei lavoratori stranieri. Gli enti proponenti dispongono di strutture ampiamente consolidate e capillarmente diffuse nel territorio. La loro rete è organizzata su due livelli: uno interno e uno esterno. Al loro interno l'IPASVI e l'AIT presentano strutture complesse, articolate in diverse Aree di bisogno/intervento, costituenti altrettanti centri gestionali. Le attività del progetto saranno coordinate a livello centrale tramite il Centro di eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica.
I risultati attesi sono in sintesi:

- elaborazione di efficaci metodologie di mediazione fra infermieri stranieri presenti nell'area metropolitana di Roma e gli attori istituzionali competenti, sperimentando modalità di dialogo, sensibilizzazione, interazione e intervento, nonché effettuando la mappatura dei luoghi stessi di lavoro, attraverso la realizzazione di una ricerca-azione con caratteristiche di trasferibilità;
- lettura dei bisogni/aspettative degli infermieri stranieri in situazione di marginalità lavorativa o occupazionale - grazie alla rilevazione, all'elaborazione e all'analisi di informazioni di primo, secondo e terzo livello effettuata attraverso incontri, interviste e colloqui individuali - volta anche a rilevare eventuali esperienze di utilizzo dei servizi pubblici e privati e relativi esiti, nonché le motivazioni di un mancato utilizzo degli stessi o dell'IPASVI;
- creazione di un livello intermedio di accesso ai servizi pubblici e privati del territorio, attraverso l'erogazione di servizi di informazione e orientamento sulle procedure e sulle opportunità presenti nei diversi ambiti dell'integrazione (alloggiativa, linguistica, culturale, sociale, lavorativa, etc.), anche tramite il consolidamento e la sistematizzazione del lavoro di rete;
- orientamento per l'inserimento in percorsi individuali di integrazione socio-economica degli infermieri stranieri, che favoriscano l'emersione da situazioni di precarietà/marginalità ed il raggiungimento dell'indipendenza dei destinatari, attraverso la conoscenza e la valorizzazione delle risorse personali e l'attivazione di interventi mirati, anche grazie al lavoro di rete e a progettualità specifiche attuate dagli enti proponenti e da altri soggetti pubblici e privati;
- produzione di analisi, materiali e proposte e, in particolare, di un rapporto finale con raccomandazioni/proposte, che possano essere di utilità alla successiva formulazione da parte delle istituzioni di Linee guida;
- promozione di una cultura di inclusione sociale, incrementando la sensibilità sulle tematiche del lavoro dell'infermiere transculturale e della parità nella società e agevolando un clima di fiducia e collaborazione reciproca fra gli infermieri stranieri, i medici italiani, i pazienti e i loro familiari, le istituzioni, gli enti erogatori di servizi pubblici e privati e in generale la popolazione locale.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Analisi di sfondo	Coordinatori	01/01/2013 -01/03/2013
Rilevazione statistiche su fonti secondarie	Project manager, Coordinatori	01/02/2013 -30/03/2013
Elaborazione strumenti di indagine e pre-test	Project manager e coordinatori e project team	01/04/2013 -30/04/2013
Somministrazione interviste	Coordinatori e project team	01/05/2013-31/08/2013
Elaborazioni delle informazioni	Coordinatori e project team	01/08/2013-30/09/2013
Stesura report di ricerca	Coordinatori e project team	01/10/2013-30/11/2013
Pubblicazione finale e Convegno	Project manager Coordinatori e project team	01/12/2013-01/01/2014
Chiusura progetto	Project manager Coordinatori e project team	31/12/2013-01/04/2014

DIAGRAMMA GANTT

MESI	Gen 2013	Feb 2013	Mar 2013	Apr 2013	Mag 2013	Giu 2013	Lug 2013	Ago 2013	Sett 2013	Ott 2013	Nov 2013	Dic 2013	Gen 2014	Feb 2014	Mar 2014	Apr 2014
Analisi di sfondo	■	■														
Rilevazione statistiche su fonti secondarie		■	■													
Elaborazione strumenti di indagine e pre-test				■												
Somministrazione interviste					■	■	■	■								
Elaborazioni delle informazioni								■	■							
Stesura report di ricerca										■	■					
Pubblicazione finale e Convegno												■				
Chiusura progetto													■	■	■	■

BIBLIOGRAFIA

ES (2006). Sindacati e discriminazione razziale nella Sanità italiana: il caso degli infermieri. Studi e ricerche IRES. Roma: Ediesse.

Stievano A., Bertolazzi A. (a cura di) (2012). Nursing transculturale. Un confronto tra infermieri italiani e sudamericani. Milano: FrancoAngeli.

Gagliardi F., Accorinti M. (2012). Prime indicazioni dell'indagine condotta dall'IRPPS-CNR sulla rappresentanza dei lavoratori immigrati nella sanità: il caso di Roma. Roma: Mimeo.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

INFERMIERE DI FAMIGLIA/COMUNITÀ

COORDINATORE PROGETTO
C. Cipolla
M.G.Proietti
A. Pulimeno
A. Stievano

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD. 2.13.6

TITOLO PROGETTO

Infermiere di famiglia e infermiere di "comunità": nuovi protagonisti della sanità territoriale

Family nurses and community nurses: The new protagonists of community care

2. ABSTRACT

Background: In Italia sono stati fatti vari tentativi di inserimento della figura professionale dell'infermiere di famiglia e di comunità nel Sistema Sanitario, senza però giungere ad una "ratifica ufficiale". Purtuttavia, a livello locale, nel campo delle cure primarie sono attualmente attive alcune sperimentazioni che delineano nuove competenze per l'infermiere nel sistema delle cure territoriali.

Obiettivi: Il principale obiettivo è di individuare profili di competenza e di pratica per l'infermiere di famiglia e di comunità. A tal fine, sarà condotta una ricerca che permetterà di ricostruire i modelli organizzativi presenti in alcuni casi regionali e l'offerta formativa, per giungere alla definizione di competenze, funzioni e ambiti di lavoro. Inoltre sarà realizzata una sperimentazione di "Infermiere di Famiglia" presso alcune famiglie e case-famiglia residenti nel territorio del II Municipio di Roma, per misurare il miglioramento dell'assistenza ai cittadini, in termini di salute aggiunta.

Metodi: Studio quantitativo attraverso survey online su un campione di infermieri che hanno svolto una formazione post-laurea di infermieristica di famiglia e di comunità (o titolo equipollente). Studio qualitativo su 9 casi regionali (Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Lazio, Puglia, Basilicata, Sicilia). In ogni Regione, sarà scelta un'Azienda sanitaria che presenta uno sviluppo avanzato o innovativo dei servizi infermieristici territoriali. Per ogni ASL, saranno svolte circa 10-15 interviste semi-strutturate a tre tipologie di testimoni: responsabili del servizio infermieristico e delle cure primarie afferenti all'azienda sanitaria e ai distretti; infermieri che prestano la loro opera nei servizi socio-sanitari distrettuali; pazienti e caregiver che usufruiscono dei servizi infermieristici territoriali. Per quanto riguarda la sperimentazione di "Infermiere di Famiglia", un'Infermiera esperuta prenderà in carico alcune famiglie e 2 case-famiglia del II Municipio di Roma, utilizzando la metodologia e gli strumenti del modello Family Health Nurse (2000), il cui quadro di riferimento è il documento "Salute per tutti nel XXI secolo" dell'OMS, con la collaborazione dell'AIFeC (Associazione Infermieri di Famiglia e di Comunità), del Servizio Infermieristico e alcuni MMG dell'Azienda USL Roma A, delle Società Cooperative Sociali ONLUS "Perla" e "Il Raggio", che gestiscono le case-famiglia "Casa Sirio".

Risultati attesi: Proposta di definizione di competenze, funzioni e aree di intervento per l'infermiere di famiglia e quello di comunità, come figure unificate per competenze generali, ma potenzialmente distinte per funzioni. Ciò permetterà di individuare profili professionali per la pratica infermieristica di famiglia e quella di comunità, ma anche di misurare il miglioramento dell'assistenza ai cittadini, in termini di salute aggiunta, determinato dall'intervento dell'Infermiere di Famiglia.

Parole chiave: infermiere di famiglia, infermiere di comunità, cure primarie, profili professionali

ABSTRACT

Background: In Italy, several attempts have been made to introduce family and community nurses into our Health System, but without ever achieving an 'official approval'. Nevertheless, locally, in the field of primary healthcare, some pilot expereinces are being carried out and they are outlining new nursing competences within the system of community care.

Objectives: The main objective is to identify the profiles for the competences and practice of family and community nurses. To this end, a research will be conducted to map out the organisational models already present in some regions and the education offered, to ultimately define the competences, roles, and scope of practice. In addition, we shall trial 'Family Nurses' in some families and residential homes in the 2nd Municipality of Rome, to measure the improvement of care provided to citizens, in terms of added health.

Methods: A quantitative study using an online survey on a sample of nurses who have attended a postgraduate course for family and community nursing (or equivalent qualification).
A qualitative study in 9 Regions (Piedmont, Lombardy, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Lazio, Puglia, Basilicata, Sicily). In each Region, we shall choose a local health trust with advanced or innovative community nursing services. In each trust, we shall conduct about 10-15 semi-structured interviews to three types of interviewees: the directors of nursing and primary care linked to the health trust and districts; nurses who provide social-healthcare services in a district; and patients and informal carers who use the community nursing services. With regard to the piloting of the 'Family Nurse' an experienced nurse will take charge of some families and 2 Children's Homes of the 2nd Municipality of Rome, using the methodology and the tools of the Family Health Nurse (2000), inspired to the WHO document 'Health for All in the 21st Century', with the collaboration of the Association of Family and Community Nurses (Associazione Infermieri di Famiglia e di Comunità – AIFeC), the Nursing Service and some General Practitioners of the 'Roma A' health trust, the Non Profit Social Cooperative Societies called 'Perla' and 'Il Raggio' that run the 'Casa Sirio' Children's Home.

Expected results: Define the competences, the duties, and the scope of practice for family nurses and community nurses, with common general competences, but with potentially separate duties. This will allow to define the professional profiles for family and community nursing practice, and to measure the improvement of care provided to the public in terms of added health, thanks to the care provided by family nurses.

Key-words: family nurse, community nurse, primary health care, professional profiles

3.BACKGROUND

È trascorso oltre un decennio da quando l'Organizzazione mondiale della sanità ha definito il ruolo di una nuova figura professionale centrale per l'assistenza di base, l'infermiere di famiglia:

WHO – Health 21 (La salute per tutti nel 21° secolo) Obiettivo 15 – "In molti Stati Membri è necessaria una maggiore integrazione del settore sanitario, con un'attenzione particolare all'assistenza sanitaria di primo livello. Al centro dovrebbe collocarsi un infermiere di famiglia adeguatamente formato, in grado di offrire consigli sugli stili di vita, sostegno alla famiglia e servizi di assistenza domiciliare per un numero limitato di famiglie. Servizi più specializzati dovrebbero essere offerti da un medico di famiglia che, insieme all'infermiere, dovrebbe interagire con le strutture della comunità locale sui problemi di salute. Dovrebbe essere prerogativa di ciascun cittadino la libertà di scelta di queste due figure, che dovrebbero occuparsi anche del sostegno attivo all'autocura.
Politiche e programmi sanitari di comunità dovrebbero assicurare il coinvolgimento sistematico delle istituzioni locali e delle Organizzazioni Non Governative nel promuovere stili di vita sani, un ambiente più sano nonché un sistema sanitario e sociale efficiente a livello locale. Tale approccio svilupperebbe significativamente la prevenzione delle malattie e delle lesioni e assicurerebbe il trattamento precoce ed efficace di tutti quei pazienti che non necessitano di assistenza ospedaliera. Le strutture per anziani e le altre strutture di lungodegenza dovrebbero avere una maggiore "atmosfera casalinga" ed essere affidate alla responsabilità della comunità locale".

Da allora, in Italia sono stati fatti vari tentativi di inserimento di questa figura professionale nel Sistema Sanitario, senza però mai giungere ad una "ratifica ufficiale". Purtuttavia, a livello locale, nel campo delle cure primarie sono attualmente attive alcune sperimentazioni che delineano nuove competenze per l'infermiere del territorio; sperimentazioni più o meno assimilabili al profilo dell'*infermiere di famiglia e di comunità.*
Nel processo di riorganizzazione del sistema sanitario nazionale, che a fronte di una riduzione di servizi ospedalieri dovrà necessariamente prevedere un potenziamento dei servizi sanitari territoriali e delle cure primarie, l'introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità potrebbe costituire una soluzione efficace per garantire la continuità assistenziale e l'integrazione socio-sanitaria.
Osservando le esperienze internazionali, l'infermieristica di famiglia e di comunità risulta già integrata nel sistema di cure primarie (es. Canada, Australia, Stati Uniti…). In Italia, le realtà locali in cui tale figura è stata introdotta in via sperimentale evidenziano un impatto positivo in termini di riduzione degli accessi inappropriati al Pronto Soccorso e di soddisfazione degli assistiti.

Le aree di intervento per l'infermieristica di famiglia e di comunità che emergono dalla ricognizione delle esperienze nazionali e internazionali sono riconducibili a tre: l'assistenza infermieristica domiciliare rivolta al paziente post- acuto o cronico con elevati bisogni assistenziali e al nucleo famigliare; le attività di ricerca, promosse attraverso indagini epidemiologiche di comunità; la promozione di azioni educative e preventive, nonché assistenziali e ambulatoriali ("presa in carico leggera"), rivolte al paziente cronico in buona salute e potenzialmente estensibile a tutta la popolazione.
Sulla base della specializzazione di queste aree di intervento, si potrebbero delineare due profili professionali peculiari per l'infermiere di famiglia e quello di comunità.
L'infermiere di famiglia potrebbe rivolgere la sua azione a livello individuale, aiutando gli individui ad affrontare la malattia e la disabilità cronica, nei periodi difficili, lavorando sia presso gli ambulatori, sia a domicilio dei pazienti ed instaurando una stretta relazione con il paziente e con i familiari. L'infermiere di comunità potrebbe agire sulla collettività, svolgendo attività di prevenzione, informando sui fattori di rischio legati agli stili di vita e ai comportamenti e promuovendo interventi educativi e di sanità d'iniziativa rivolti a tutta la popolazione.
Pertanto, a seguito di una preparazione specifica, l'infermiere di famiglia e di comunità sarà in grado di agire sul territorio, come facilitatore di connessione sistemica, poiché conoscendo la mappa dei servizi sociali potrà instaurare un rapporto diretto, non solo con il malato, ma anche con la persona sana, occupandosi delle sue necessità, e aiutandolo insieme con la sua famiglia ad evitare rischi sanitari. L'infermieristica di famiglia e di comunità contribuisce a facilitare le dimissioni precoci dagli ospedali, fornendo assistenza infermieristica a domicilio ed agendo da tramite tra la famiglia e il medico di medicina generale.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

1. Ricostruzione dei modelli internazionali e nazionali di infermieristica di famiglia e quella di comunità.
2. Individuazione dell'attuale presenza dell'infermieristica di famiglia e di comunità nei sistemi sanitari regionali, attraverso la ricostruzione dei modelli organizzativi, gli ambiti di attività, i servizi erogati, la soddisfazione dei pazienti e delle famiglie.
3. Mappatura dell'offerta formativa post-laurea a livello nazionale e ricognizione dell'inserimento e delle condizioni lavorative degli infermieri specializzati.
4. Valutazione dell'impatto dell'Infermiere di Famiglia su un numero limitato di famiglie, in termini di appropriatezza dell'intervento e di salute aggiunta per quei cittadini.

Obiettivi specifici

1.1. Analisi della letteratura internazionale e nazionale e della normativa sulle figure dell'infermiere di famiglia e di comunità.
1.2. Identificazione di due profili distinti per l'infermieristica di famiglia e di comunità, rispetto a formazione, competenze, bisogni di assistenza, attività e impiego nei servizi territoriali.
2.1. Ricostruzione dei modelli organizzativi dei servizi infermieristici territoriali nei casi regionali selezionati.
2.2. Approfondimento qualitativo nei casi regionali, attraverso interviste semi-strutturate a tre tipologie di testimoni: responsabili del servizio infermieristico e delle cure primarie afferenti all'azienda sanitaria e ai distretti; infermieri che prestano la loro opera nei servizi socio-sanitari distrettuali; pazienti e care giver che usufruiscono dei servizi infermieristici territoriali.
3.1. Individuazione e confronto fra le diverse proposte formative post-laurea attivate in Italia negli ultimi 10 anni: durata, CFU, aree disciplinari, ecc.
3.2. Campionamento di infermieri con formazione specifica in infermieristica di famiglia e di comunità e svolgimento di una survey online volta ad approfondire: condizioni lavorative, tipo di attività svolte, rapporto con colleghi infermieri e con MMG, rapporto con pazienti e care giver, soddisfazione lavorativa, bisogni formativi.
4.1. Sperimentazione della metodologia e degli strumenti del modello Family Health Nurse su alcune famiglie, in collaborazione con i rispettivi MMG, con il supporto e la consulenza dell'AIFeC e del Servizio Infermieristico dell'Azienda USL Roma A.
4.2. Valutazione di efficacia dell'intervento dell'Infermiere di Famiglia attraverso l'impiego di strumenti di misurazione concernenti l'autonomia, la salute e la qualità di vita dei membri delle famiglie.
4.3. Valutazione del contenimento della spesa sanitaria, in termini di riduzione delle complicanze e dei ricoveri ospedalieri.

METODOLOGIA

1. Co-istituzione delle informazioni elementari

1.1. Elaborazione del progetto di sperimentazione del modello Family Health Nurse a partire dalla ricostruzione dei modelli internazionali e nazionali di infermieristica di famiglia e di comunità, attraverso l'analisi della letteratura e della normativa, finalizzata all'individuazione di profili professionali, percorso formativo, tipo di competenze, attività svolte, metodologia e strumenti utilizzati.

1.2. Ricostruzione dei modelli organizzativi dei servizi infermieristici territoriali nei 9 casi regionali selezionati, considerando un'Azienda sanitaria che presenta uno sviluppo avanzato o innovativo dei servizi infermieristici territoriali e per ogni ASL le realtà distrettuali più originali (presenza di dipartimenti, UO semplici o complesse; organizzazione distrettuale della sanità territoriale; progetti specifici di sanità d'iniziativa, ecc.).

1.3. Approfondimento qualitativo nei casi regionali, attraverso interviste semi-strutturate (da 10 a 15 interviste per Regione) a tre tipologie di testimoni significativi:

- responsabili del servizio infermieristico e delle cure primarie afferenti all'azienda sanitaria e ai distretti; responsabili del Dipartimento o UO Cure primarie; responsabili dei distretti socio-sanitari;
- infermieri che prestano la loro opera nei servizi socio-sanitari distrettuali (es. ambulatori infermieristici; SID) e in modelli strutturali più innovativi (ospedali di comunità, nuclei cure primarie, case della salute, UTAP, o altre tipologie di unità complesse di cure primarie);
- pazienti e care giver che usufruiscono dei servizi infermieristici di famiglia e di comunità.

1.4. Individuazione e confronto fra le diverse proposte formative post-laurea attivate in Italia negli ultimi 10 anni: durata, CFU, aree disciplinari, ecc.

1.5. Attraverso il coinvolgimento dei Collegi Ipasvi, costruzione di un campione di infermieri che abbiano ottenuto una formazione specialistica post-laurea in infermieristica di famiglia e di comunità o titoli assimilabili.

1.6. Elaborazione di un'intervista strutturata che tenga conto delle indicazioni emerse dall'indagine qualitativa (rispetto a questioni tematiche e denominazioni/linguaggio riferibili ai diversi contesti regionali) e svolgimento di una web survey volta ad approfondire:

- condizioni lavorative: rapporto contrattuale, datore di lavoro, servizi di impiego, carico lavorativo, coerenza con formazione ricevuta, bisogni formativi e strumentali;
- tipo di attività svolte: funzioni di care manager; attività in UVM; attività di sanità di iniziativa (es. per patologie croniche), attività di educazione/prevenzione; attività di cura, riabilitazione post-chirurgica; attività di ricerca, studi epidemiologici;
- rapporto con colleghi infermieri;
- rapporto con MMG;
- rapporto con pazienti e care giver;
- soddisfazione lavorativa (stress, burn-out…).

2. Trattamento ed elaborazione

2.1. Analisi del contenuto delle interviste.

2.2. Trattamento statistico dei dati ottenuti dalla survey online attraverso il programma SPSS.

2.3. Analisi dei dati sull'esperienza di Infermiere di Famiglia, al termine di 10 mesi di sperimentazione, riguardanti:

- l'attività dell'infermiere di famiglia, con le famiglie, il MMG, il Servizio Sociale e la rete distrettuale;
- la salute e il benessere delle famiglie;
- i costi dell'intervento e i costi evitati.

3. Interpretazione:

3.1. Analisi della letteratura, normativa e dell'offerta formativa volte all'identificazione di due profili distinti per l'infermieristica di famiglia e di comunità, rispetto a formazione, competenze, bisogni di assistenza, attività e impiego nei servizi territoriali.

3.2. Analisi del contenuto delle interviste finalizzata all'individuazione di punti forza/criticità dei seguenti aspetti: modelli organizzativi dell'infermieristica territoriale; inserimento professionale degli infermieri di famiglia e di comunità, coerenza con la formazione; rapporto tra infermieri e MMG; soddisfazione degli infermieri; soddisfazione dei pazienti e delle famiglie.

3.3. Interpretazione dei dati statistici volta alla costruzione di indici sintetici riferibili ai seguenti concetti: coerenza tra formazione e occupazione; autonomia professionale; rapporto con colleghi e MMG; rapporto con pazienti e care giver; soddisfazione lavorativa; stress professionale.

3.4. Sulla base della sperimentazione effettuata e dei dati raccolti ed elaborati, individuazione di indicatori utili a valutare l'impatto dell'inserimento di servizi di infermieristica di famiglia e di comunità nella sanità territoriale (es. facilitazione dimissioni precoci dall'ospedale; diminuzione accessi impropri al PS; diminuzione delle ri-ammissioni in ospedale; presa in carico patologie croniche, ecc.).

4. Diffusione dei risultati

4.1. Disseminazione dei risultati finali in un convegno nazionale, in collaborazione con AIFeC e i MMG.

4.2. Disseminazione locale nelle regioni esaminate, attraverso incontri pubblici (convegni, seminari, eventi formativi, ecc.).

4.3. Pubblicazione di un volume collettaneo con una casa editrice nazionale.

4.4. Pubblicazione di uno o più articoli su riviste scientifiche indicizzate nazionali e internazionali.

RISULTATI ATTESI

a. Proposta di definizione di due profili professionali (competenze, funzioni e aree di intervento) per l'infermiere di famiglia e quello di comunità, come figure unificate per competenze generali, ma potenzialmente distinte per funzioni. Ciò permetterà di giungere all'individuazione di profili professionali per la pratica infermieristica di famiglia e quella di comunità.
b. Individuazione di indicatori utili a valutare l'impatto dell'inserimento di servizi di infermieristica di famiglia e di comunità nella sanità territoriale (es. facilitazione dimissioni precoci dall'ospedale; diminuzione accessi impropri al PS; diminuzione delle riammissioni in ospedale; presa in carico patologie croniche; miglioramento delle condizioni di salute e della soddisfazione degli assistiti, ecc.)

Indicatori di esito della ricerca:

- Numero di famiglie prese in carico dall'Infermiere di Famiglia nella sperimentazione:
  numero minimo previsto: 6 famiglie + 2 case-famiglia
- Numero di infermieri di famiglia e di comunità intervistati:
  numero minimo previsto per survey online: 300 casi
  numero minimo previsto per indagine qualitativa: 36 casi
- Numero di responsabili del servizio infermieristico e delle cure primarie intervistati
  numero minimo previsto: 18 casi
- Numero di pazienti e care giver intervistati
  numero minimo previsto: 36 casi
- Numero di convegni, seminari, eventi formativi
  numero minimo previsto: 1 convegno nazionale; 5 eventi locali (seminari, eventi formativi, ecc.)
- Numero di pubblicazioni (articoli e volumi)
  numero minimo previsto: 1 volume collettaneo; 3 articoli su riviste scientifiche indicizzate nazionali e internazionali.

PIANIFICAZIONE

Descrizione attività progetti di ricerca	Soggetti coivolti	Durata
Revisione sistematica della letteratura scientifica	Project team	Gennaio-Febbraio 2013
Elaborazione del progetto di sperimentazione del modello Family Health Nursing	Coordinatori e project team	Gennaio-Febbraio 2013
Elaborazione strumenti di indagine per studio qualitativo	Coordinatori e project team	Marzo-Aprile 2013
Sperimentazione del modello Family Health Nursing	Project team	Marzo-Dicembre 2013
Raccolta dei dati e delle informazioni dello studio qualitativo	Coordinatori e project team	Maggio-Agosto 2013
Analisi del contenuto e interpretazione dei dati	Coordinatori e project team	Settembre-Ottobre 2013
Stesura report intermedio	Project manager, Coordinatori e project team	Ottobre-Dicembre 2013
Raccolta dati sulle attività e le famiglie della sperimentazione	Project team	Gennaio-Febbraio 2014
Ricostruzione dell'offerta formativa e coinvolgimento Atenei	Project team	Gennaio-Febbraio 2014
Costruzione del campione per survey online	Project team	Febbraio-Marzo 2014
Elaborazione strumenti di indagine e pre-test per survey online	Coordinatori e project team	Marzo-Aprile 2014
Stesura report sulla sperimentazione	Project manager, Coordinatori e project team	Marzo-Aprile 2014
Presentazione dell'esito della sperimentazione in un convegno locale	Project manager, Coordinatori e project team	Maggio 2014
Raccolta dei dati e delle informazioni	Coordinatori e project team	Maggio-Luglio 2014
Elaborazione statistica dei dati	Project team	Agosto-Settembre 2014
Stesura report finale di ricerca	Project manager, Coordinatori e project team	Settembre-Ottobre 2014
Pubblicazione finale	Project manager, Coordinatori e project team	Novembre-Dicembre 2014
Organizzazione convegno finale e chiusura progetto	Project manager, Coordinatori e project team	Dicembre 2014

DIAGRAMMA GANTT

MESE/ANNO	Gen 2013	Feb 2013	Mar 2012	Apr 2013	Mag 2013	Giu 2013	Lug 2013	Sett 2013	Ott 2013	Nov 2013	Dic 2013
1. Revisione sistematica della letteratura scientifica	■	■									
2. Elaborazione del progetto di sperimentazione del modello Family Health Nursing	■	■									
3. Elaborazione strumenti di indagine per studio qualitativo			■	■							
4. Sperimentazione del modello Family Health Nursing			■	■	■	■	■	■	■	■	■
5. Raccolta dei dati e delle informazioni dello studio qualitativo					■	■	■	■			
6. Analisi del contenuto e interpretazione dei dati									■	■	
7. Stesura report intermedio									■	■	■

MESE/ANNO	Gen 2014	Feb 2014	Mar 2014	Apr 2014	Mag 2014	Giu 2014	Lug 2014	Sett 2014	Ott 2014	Nov 2014	Dic 2014
1. Raccolta dati sulle attività e le famiglie della sperimentazione	■	■									
2. Ricostruzione dell'offerta formativa e coinvolgimento Atenei	■	■									
3. Costruzione del campione per survey online		■	■								
4. Elaborazione strumenti di indagine e pre-test per survey online			■	■							
5. Stesura report sulla sperimentazione			■	■							
6. Presentazione dell'esito della sperimentazione in un convegno locale					■						
7. Raccolta dei dati e delle informazioni					■	■	■				
8. Elaborazione statistica dei dati								■	■		
9. Stesura report finale di ricerca								■	■	■	
10. Pubblicazione finale										■	■
11. Organizzazione convegno finale e chiusura progetto											■

BIBLIOGRAFIA

1. Cipolla C., Artioli G. (a cura di) (2003). La professionalità del care infermieristico. Risultati della prima indagine nazionale, Milano, FrancoAngeli.
2. Giorgino E., Tousijn W. (2003), Attraversando terre incognite: una sfida per la professione infermieristica, in «Salute e Società», a. II, n. 1.
3. Lombi L., Stievano A. (a cura di) (2011), Introduzione alla sociologia della salute. Manuale per la professione infermieristica, FrancoAngeli, Milano.
4. Marcadelli S. (2003). L'infermiere di Famiglia. Salute e Società, II, 1: 11-129.
5. Marcadelli S. (2003), L'infermiere tra crescita culturale e di ruolo, in Cipolla C., Artioli G. (a cura di), La professionalità del care infermieristico. Risultati della prima indagine nazionale, FrancoAngeli, Milano: 41-65.
6. Mislej M., Paoletti F. (2008). L'infermiere di famiglia e di comunità. Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore.
7. Ministero della Salute (2010). Piano sanitario Nazionale 2011-2013.
8. Pellizzari M. (2008). L'Infermiere di comunità dalla teoria alla prassi, McGraw Hill, Milano.
9. Sasso L., Gamberoni L., Ferraresi A., Tibaldi L. (2005). L'infermiere di famiglia. Scenari assistenziali e orientamenti futuri. Milano: McGraw-Hill.
10. Stievano A., Bertolazzi A. (2013). Nursing transculturale. Un confronto tra infermieri italiani e sudamericani, FrancoAngeli, Milano.
11. Tartaglini D. (2006). L'infermiere e la comunità teorie e modelli organizzativi per il lavoro sul territorio, Carocci Faber, Roma.
12. World Health Organization (WHO) documenti:
13. OMS Europe The Family Health Nurse, Context, Conceptual Framework and Curriculum, EUR/00/5019309/13 – 27 Gennaio 2000.
14. OMS Europe L'Infermiere di Famiglia, Contesto, Quadro Concettuale e Curriculum, EUR/00/5019309/13 – 27 Gennaio 2000, versione italiana a cura di L. Delpiano,CESPI Centro studi per le professioni infermieristiche, Torino, Luglio 2002.
15. OMS Europe Les Dispositions FinancièresetStructurelles pour l'Infiermière de Famille, Barcellona, 28/29 Apr 2000, EUR/00/5019315 2001.
16. OMS Europe Second WHO Ministerial Conference on Nursing and Midwifery in Europe, 15/17 Jun 2000, EUR/01/5019309 – 2001.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

RISPETTO PROFESSIONALE DEGLI INFERMIERI

COORDINATORE PROGETTO
A. Stievano
M. Kangasniemi
A. M. Pietila

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD. 2.13.7

TITOLO PROGETTO

Rispetto professionale degli infermieri: uno sguardo Europeo
Nurses' professional respect: a European view

2. ABSTRACT

Scopo e obiettivi: Questo progetto analizza gli aspetti qualitativi e teorici sulla dignità professionale ed il rispetto professionale degli infermieri nei setting ospedalieri e di territorio in alcuni Paesi europei tra cui la Gran Bretagna e la Finlandia. Scopo precipuo è quello di delineare un concetto teorico di rispetto professionale e di dignità professionale infermieristica a livello internazionale. Tale concetto complesso è composto da fattori sociali e da fattori intrinseci dell'eticità umana. I differenti fattori sociali devono essere evidenziati con maggior chiarezza per arrivare ad una definizione univoca a livello mondiale.

Background: Per dignità nelle professioni sanitarie ci si riferisce a due concetti valoriali fondamentali. Da un lato un valore che deve essere esperito verso gli altri, i pazienti, elemento fondamentale nell'assistenza infermieristica e, dall'altro, un valore che deve riferito a noi stessi come professionals; concetto molto meno esplorato nella letteratura infermieristica.

Disegno: Ricerca qualitativa con raccolta dei dati tramite focus group e interviste semi-strutturate.

Metodo: Analisi tematica delle occorrenze significative tramite un processo di content analysis induttivo-deduttivo.

Risultati: Tale ricerca, mira a garantire l'implementazione di setting assistenziali etici che migliorino la qualità dell'assistenza per il paziente e producano meno turn-over infermieristico, distress morale e burn-out e minor possibilità di abbandonare la professione stessa.

Parole chiave: relazioni inter e intra-professionali, infermieristica, dignità professionale, rispetto

ABSTRACT

Aim and objectives: This project analyses the qualitative and theoretical aspects of professional dignity and the professional respect of nurses in the hospital and community settings in some European countries, such as the United Kingdom and Finland. The main purpose is to outline a theoretic concept for professional respect and nursing professional dignity at an international level. This complex concept includes social factors and intrinsic factors of human ethicity. The various social factors should be clearly highlighted to achieve a globally shared definition.

Background: The word 'dignity' related to health professionals, involves two fundamental concepts based on values. On one hand, a value that has to be actioned with others, the patients, as a fundamental element of nursing care; and, on the other, a value referred to ourselves as 'professionals': a concept that is not extensively investigated in nursing literature.

Design: A qualitative research, where data are gathered through focus groups and semi-structured interviews.

Method: Thematic analysis of the significant circumstances through a process of inductive-deductive content analysis.

Results: This research has the purpose to implement ethical healthcare settings that improve the quality of care for patients and reduce nursing turnover rates, moral distress, burnout, and chances of abandoning the profession of nursing.

Key words: inter/intra-professional relationships, nursing, professional dignity, respect

3.BACKGROUND

Per dignità nelle professioni sanitarie ci si riferisce a due concetti valoriali fondamentali. Da un lato un valore che deve essere esperito verso gli altri, i pazienti, elemento fondamentale nell'assistenza infermieristica e, dall'altro, un valore che deve riferito a noi stessi come professionals; concetto molto meno esplorato nella letteratura infermieristica1,2. La prima parte del concetto "dignità", cioè, il rispetto per la dignità del paziente è un concetto ontologico per l'assistenza infermieristica, dovrebbe essere analizzato soggettivamente su ogni individuo, prendendo in conto differenze specifiche tra ogni persona assistita. La seconda parte dello stesso concetto dovrebbe, altresì, essere analizzata soggettivamente ma anche con degli elementi oggettivi come valore base dei rapporti interprofessionali.
Un ambiente di lavoro etico per il professionista infermiere è caratterizzato in maniera crescente dal rispetto della dignità umana di base ed identitaria3 nei rapporti sociali intercollaborativi interprofessionali4,5 con tutte le figure sanitarie e non impegnate nei setting assistenziali. Purtroppo, l'ambiente in cui si svolgono tali relazioni diventa spesso non abitabile6, le tensioni si rilevano in alcuni ambiti specifici che coinvolgono le identità professionali individuali e collettive, nello iato esistente tra bisogni e risorse, tra efficacia ed efficienza delle cure e dell'assistenza, nella sfera dell'autonomia e dell'autorità professionale, nella retorica tra realtà teorica e realtà fattuale.
Esaminare il rapporto che intercorre tra rispetto della dignità umana e professionale infermieristica nei rapporti interprofessionali e intraprofessionali nelle organizzazioni sanitarie diventa, quindi, ineludibile per cercare di comprendere gli indicatori di sofferenza morale dell'infermiere ed il possibile desiderio di abbandonare ruoli clinici particolarmente gravosi, setting lavorativi non etici7,8 o addirittura la professione. Tale studio è, altresì, significativo per evidenziare i fattori di rispetto della dignità professionale e per cercare di promuoverli9,10. Tale analisi, già portata a termine nel 2010-2011 in alcune realtà sanitarie italiane, costituirebbe una continuazione significativa per rappresentatività dei dati, a carattere multicentrico ed internazionale, dello studio italiano.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali
Il presente studio avrà lo scopo di esplorare la dignità professionale degli infermieri come un concetto complesso, polivalente, composto da elementi sociali11-12 e dalle caratteristiche intrinseche etiche della persona13 e di aggiungere conoscenze teoriche a questo concetto. Questi elementi sono indissolubilmente interconnessi. I fattori principali di questi due concetti si sovrappongono e sono costituiti da: le caratteristiche personali di ogni persona14 relazioni intra- e inter-professional15, le caratteristiche del posto di lavoro10, il lavoro di squadra16, la competenza professionale e l'esperienza degli infermieri17, il riconoscimento sociale da parte della popolazione e l'autonomia professionale.18,19 Tutti questi fattori possono essere più o meno confermati dall'indagine che si propone.

Obiettivi specifici
Alcuni indicatori della dignità professionale degli infermieri come: la soddisfazione/non-soddisfazione, il rispetto/non rispetto, sono ampiamente trattati in letteratura e riguardano le condizioni organizzative e umane intercorrelate20, la giustizia organizzativa nella sua dimensione interazionale21,22 ha un forte impatto sulla soddisfazione nell'ambiente di lavoro. Altri fattori per una comprensione più profonda di questo concetto possono essere rivelati dall'interpretazione di diverse ricerche e studi teorici su questo argomento ma soprattutto dal'esplorazione del concetto di dignità professionale in contesti infermieristici differenti.

METODOLOGIA

Raccolta dei dati
Tale progetto può essere sviluppato come uno studio qualitativo multicentrico che coinvolge infermieri operanti in realtà sanitarie pubbliche o private della Finlandia che possono essere reclutati tramite i corsi di specializzazione che si tengono nelle università di Kuopio (Eastern Finland) e di Oulu. Il Focus Group è un metodo di ricerca qualitativo tipicamente usato per esplorare esperienze, significati, credenze e valori relativi ad un determinato tema21,22 ed orienta verso un'attenta conoscenza dei processi che sono alla base di particolari eventi.

Campione
La numerosità del campione di ogni focus group sarà di 8-10 partecipanti (infermieri con minimo 1 anno di esperienza clinica, ancora operanti nella clinica infermieristica) per un totale di 5-7 focus group da effettuarsi in Finlandia, negli anni 2013/2014 fino alla saturazione dei dati. Saranno altresì inclusi nello studio coordinatori infermieristici con un'esperienza almeno decennale di lavoro come infermieri in area clinica.

Strumenti
L'analisi dei Focus Groups sarà effettuata attraverso una sequenza di fasi che consentiranno di: evidenziare

dati rilevanti; minimizzare la tendenza verso l'interpretazione arbitraria; eliminare i "biases" che generalmente derivano dalla tendenza a far sembrare i dati più regolari o più conformi ad un certo tipo di norma di quanto non lo siano realmente; trarre conclusioni che rappresentino i dati nella loro completezza.

Procedure

1. Trascrizione

Il primo livello di analisi prevede la trascrizione integrale e dettagliata dell'audioregistrazione. I file verranno trascritti entro 2-3 settimane dal completamento dei Focus Group. Una seconda persona (estranea allo studio) revisionerà i nastri e leggerà la trascrizione allo scopo di controllare qualsiasi discrepanza da correggere.

2. Codificazione

L'analisi di secondo livello consiste nella codificazione delle trascrizioni e verrà svolta da due ricercatori separati e indipendenti che identificheranno i dati più comuni/frequenti che captano l'argomento di discussione dei membri del Focus Group. lavoreranno per codificare indipendentemente i dati su appositi fogli di lavoro. Al termine, il team di codificatori dovrà incontrarsi per confrontare i codici ottenuti e fonderli in una nuovo foglio di lavoro che dovrà ottenere il 90% di accordo sul numero complessivo dei codici elaborati.

3. Categorizzazione

L'analisi di terzo livello serve a delineare le categorie. Lo scopo è identificare il contesto di ciò che i codici (parole) significano, compresi i bisogni, le preoccupazioni, i problemi, le barriere, gli attributi, le dimensioni ed altre caratteristiche dei codici. Verrà elaborato un foglio di lavoro di categorie finale simile a quello usato nella fase di codificazione. Successivamente per ogni categoria si creerà una griglia: ad ogni categoria (tabella) corrisponderanno alcuni codici (colonne); le righe della tabella corrisponderanno agli interventi dei singoli partecipanti al gruppo e all'interno di ogni casella verrà riportato il segmento della discussione appartenente al singolo individuo e codificato all'interno del relativo codice.

4. Consistenza Interna

Nel quarto livello si definirà la consistenza del processo analitico. Un revisore indipendente confronterà i fogli di lavoro di codici e categorie con le trascrizioni originali per determinare la consistenza interna. Questo revisore valuterà la correttezza dei fogli di lavoro finali, apportando, là dove necessario, le opportune variazioni.

5. Analisi tematica

L'analisi di V livello genererà i temi finali. Questi temi potranno essere usati per generare ipotesi da valutare in future ricerche.

6. Validità

I temi scaturiti dall'analisi di V livello saranno condivisi gli stakeholders attraverso forum comunitari che avranno la specifica finalità di ottenere la convalida dei risultati finali dei Focus Group. I temi scaturiti dall'analisi di V livello saranno condivisi con gli stakeholders attraverso una "consensus conference" con la specifica finalità di ottenere la convalida dei risultati finali.

RISULTATI ATTESI

Tale iniziativa strategica, mira a garantire l'implementazione di setting assistenziali etici che migliorano la qualità dell'assistenza per il paziente e producono meno turn-over infermieristico, distress morale e burnout e minor possibilità di abbandonare la professione. Tutto ciò contribuirà ad una minore sofferenza morale infermieristica con un minore moral burden e residue, legato al mancato rispetto della dignità professionale. Si potranno, altresì, evidenziare aspetti importanti da promuovere per il potenziamento della dignità inter ed intraprofessionale negli ambienti di lavoro. Inoltre, l'impatto positivo di tale iniziativa unita alla precedente del 2009-2010 portata a termine in alcune realtà sanitarie italiane di Roma e Provincia, permetterà di evidenziare in Italia in Finlandia i fattori che diminuiscono o aumentano la dignità professionale anche su base comparativa tenendo bene in mente l'impatto socio-storico situato delle due esperienze.
Tale progetto potrebbe avere un impatto positivo sugli infermieri iscritti, che vedono il Collegio Ipasvi di Roma ed il Centro di Eccellenza interessarsi al loro benessere morale e alla loro possibilità di essere pienamente rispettati come professionisti nella loro dignità sociale.
Si prevede la pubblicazione di minimo un articolo di ricerca su importante rivista internazionale di nursing con IF e la possibilità di presentare i risultati in momenti pubblici di incontro (conferenze, congressi, meetings).

Indicatori
Fattori che aumentano e deprimono la dignità professionale infermieristica. Aree tematiche di intervento per promuovere la dignità infermieristica nei setting assistenziali.
Nelle situazioni assistenziali, agli infermieri non piace essere considerati funzionalmente irrilevanti, di scarso peso, ma vogliono essere coinvolti nelle decisioni e vogliono che la loro opinione sia ascoltata e sentita, questo è un indicatore di dignità importante nei rapporti interprofessionali.
La collaborazione interprofessionale e la collaborazione tra tutti i membri del team aumentano il rispetto degli uni verso gli altri e contribuiscono alla qualità dell'assistenza(23). Studi precedenti(24) dimostrano che gli infermieri non si sentono rispettati: interazioni difficili, scarso rispetto dell'autonomia, il sentirsi ignorati, non considerati, sono indicatori collegati a uno scarso rispetto della propria dignità personale.

Rilevanza
Ogni ricerca porta con se spunti, riflessioni, e possibilità di continuare ad esplorare i vari spin-off scaturiti dalle interazioni dialogiche con gli stakeholder della ricerca stessa. Per questo abbiamo deciso di continuare un'esplorazione più approfondita e rilevante professionalmente, con delle ricadute fattuali sulla realtà italiana, sulla tematica della dignità professionale per avere più dati di confronto rispetto alla realtà italiana stessa. Gli infermieri nella ricerca precedente hanno espresso caratteristiche personali e fattori di interazione che permettono il mantenimento della dignità personale e professionale nei rapporti inter e intra-professionali per influenzare e cercare di cambiare ambienti organizzativi non ottimali, in ambienti supportivi che enfatizzino il clima etico. Tali considerazioni potrebbero essere estese o disconfermate a livello comparativo multicentrico.

PIANIFICAZIONE

JOB DESCRIPTION	TEAM	PERIOD OF TIME
Analisi di background	Ricercatori principali and project team	01/01/2013 -30/04/2013
Revisioni sistematiche delle banche dati	Ricercatori principali and project team	01/04/2013 -01/06/2013
Raccolta dei dati	Ricercatori principali and project team	01/06/2013– 30/06/2014
Analisi dei dati	Ricercatori principali and project team	01/06/2013– 30/06/2014
Pubblicazione dei risultati	Ricercatori principali and project team	30/06/2014- 31-12-2014
Fine del progetto	Ricercatori principali and project team	31-12-2014

DIAGRAMMA GANTT

MONTH	Jan 2013	Feb 2013	Mar 2012	Apr 2013	May 2013	Jun 2013	Jul 2013	Sep 2013	Oct 2013	Nov 2013	Dec 2013
Analisi di background											
Revisioni sistematiche delle banche dati											
Raccolta dei dati											
Analisi dei dati											
Report finale											
Pubblicazione dei risultati											
Fine del progetto											

MONTH	Jan 2014	Feb 2014	Mar 2014	Apr 2014	May 2014	Jun 2014	Jul 2014	Sep 2014	Oct 2014	Nov 2014	Dec 2014
Analisi di background											
Revisioni sistematiche delle banche dati											
Raccolta dei dati											
Analisi dei dati											
Report finale											
Pubblicazione dei risultati											
Fine del progetto											

BIBLIOGRAFIA

1. Jacobs BB. Respect for human dignity: a central phenomenon to philosophically unite nursing theory and practice through consilience of knowledge. Adv Nurs Sci 2001; 24:17-35.
2. Chochinov HM. Dignity-conserving care. A new model for palliative care. JAMA 2002; 287: 2253–60.
3. Chochinov HM. Defending dignity. Palliat Support Care 2003; 1: 307–308.
4. Chochinov HM. Dignity and the eye of the beholder. J Clin Oncol 2004; 22: 1336–40.
5. Chochinov HM., Hack T, Hassard T, Kristjanson L, McClement S and Harlos M. Dignity in the terminally ill: A cross-sectional, cohort study. Lancet 2002; 360: 2026–30.
6. Chochinov HM., Hack T, McClement S, Kristjanson L and Harlos M. Dignity in the terminally ill: A developing empirical model. Soc Sci Med 2002; 54: 433–43.
7. Lothian K, Philp I. Maintaining the dignity and autonomy of older people in healthcare setting. Brit Med J 2001; 322: 668-70.
8. Jacelon CS. The dignity of elders in an acute care hospital. Qual Health Res 2003; 13: 543-56.
9. Corrao S., Il focus group, Franco Angeli, Milano, 2004.
10. Corrao S., Il focus group: una tecnica di rilevazione da ri-scoprire, Sociologia e Ricerca Sociale, XX, n. 60, 1999.
11. Gallagher A. Dignity and respect for dignity; two key health professional values: implications for nursing practice. Nurs Ethics 2004, 11: 587-599.
12. Jacobson N. Dignity and health: a review, Soc Sci Med 2007; 64: 292–302.
13. Armstrong A. Towards a strong virtue ethics for nursing practice. Nurs Philos 2006; 7: 110-124.
14. Begley AM. Practising virtue: a challenge to the view that a virtue centred approach to ethics lacks practical content. Nurs Ethics 2005; 12: 622-37.
15. Duddle M, Boughton M. Intraprofessional relations in nursing. J Adv Nurs 2007; 59: 29-37.
16. Molyneux J. Inter-professional teamworking: what makes teams work well? J Interprof Care 2005; 15: 29-35.
17. Pullon S. Competence, respect and trust: key features of successful inter-professional nurse-doctor relationships. J Interprof Care 2008; 22: 133-147.
18. Varjus SL, Leino-Kilpi H, Suominen T. Professional autonomy of nurses in hospital settings; a review of the literature. Scand J Caring Sci 2011; 25: 201-207.
19. Iliopoulou KK, While AE. Professional autonomy and job satisfaction: survey of critical care nurses in mainland Greece. J Adv Nurs 2010; 66: 2520-2531.
20. Seedhouse D, Gallagher A. Undignifying institution. J Med Ethics 2002; 28: 368– 372.
21. Van Yperen N, Hagedoorn M, Zweers M, Postma S. Injustice and employees' destructive responses: the mediating role of state negative affect. Soc Justice Res 2000; 13: 291-312.
22. Colquitt JA, Conlon DE, Wesson MJ, Porter COLH, Ng KY. Justice at the millennium: a meta-analytic review of 25 years of organizational justice research. J Appl Psychol 2001; 86: 425-445.
23. Kramer M, Hafner LP. Shared values: impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity. Nurs Res 1989; 38: 172-177.
24. Flynn L, Carryer J, Budge C. Organizational attributes valued by hospital, home care, and district nurses in the United States and New Zealand. J Nurs Scholarship 2005; 37: 67-72.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

DA STUDENTE A INFERMIERE

COORDINATORE PROGETTO
R. Alvaro
A. Sili

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD. 2.13.8

TITOLO PROGETTO

Da studente infermiere a professionista della salute: uno studio longitudinale sul processo dello stress e del burnout a partire dall'università

From student nurses to health professionals: A longitudinal study on the process of stress and burnout starting from the university

2. ABSTRACT

Introduzione: Uno dei problemi principali delle aziende sanitarie di molti Paesi è la mancanza e la diminuzione dei professionisti della salute. Questo quadro è dovuto principalmente ad un invecchiamento della forza lavoro degli infermieri, alla diminuzione delle ore di lavoro, ai precoci pensionamenti, e ad una tendenza degli infermieri a lasciare la professione. Altre questioni problematiche riguardano il drop-out di molti studenti durante il corso di laurea e alla scarsa capacità del sistema lavorativo di assorbire i neo-laureati. In linea con il cambiamento del sistema sanitario assistenziale, la formazione infermieristica si è spostata dalla formazione professionale ad un percorso universitario alla pari delle altre professioni. Studi recenti dimostrano, però, che nonostante i molti anni di questa nuova formazione accademica, le prime fasi di socializzazione professionale possono ancora essere vissute come stressanti dai laureati che possono sentirsi non adeguatamente preparati per il loro ruolo professionale. Negli ultimi anni sono quindi aumentati gli studi volti ad indagare gli outcome di salute degli studenti, nonché le condizioni di lavoro e di salute appena dopo l'ingresso nel mondo del lavoro. Da questi studi è emerso che gli infermieri neolaureati così come altri professionisti hanno maggiori livelli di stress e problemi di salute rispetto al passato.

Scopo dello studio: Lo scopo di questo studio è di esaminare quanto i fattori individuali, educativi ed organizzativi interagiscono tra loro influenzando il benessere e la salute dei futuri infermieri; in definitiva di esaminare l'impatto del lavoro (tirocinio) sulla persona.

Risultati attesi: La ricerca in oggetto si propone di comprendere quali sono i fattori più rilevanti che entrano in gioco nel processo dello stress e burnout degli infermieri a partire dall'università, e di identificare precocemente le dimensioni che possono agire negativamente sul processo di assistenza e salute dei pazienti.

ABSTRACT

Introduction
One of the main problems for hospitals in many countries is the lack and the reduction of health professionals. This scenario is mainly the result of the aging of nurses, the reduction of working hours, early retirement, and to the tendency of nurses to abandon the profession. Other problems are the high rates of drop-out of undergraduate nursing students and the poor ability of the labour system to employ newly-graduted nurses. In line with the changes of the healthcare system, nursing education has shifted from vocational education to university education at par with other professions. However, recent studies have shown that notwithstanding university education has been provided for many years, the first phases of professional socialization can still be a stessing experience for newly-graduated nurses, making them feel inadequately prepared for their professional role. Therefore, in the last few years, there have been an increasing number of studies that investigate the students' health outcomes, the working conditions, and health conditions immediately after they start working. From these studies, we found that newly-graduated nurses, just like other professionals, have higher levels of stress and more health problems than in the past.

Aim
The aim of this study is to examine the interaction between individual, educational, and organizational factors, influencing the wellbeing and health of future nurses, and therefore analyse the impact of work (probation) on the person.

Expected results
Through this research we hope to understand which factors contribute mostly to stress and burnout in nurses starting from university, and to identify in advance which aspects may have a negative impact on the process of care and patients' health outcomes.

3.BACKGROUND

L'assistenza sanitaria in molti Paesi si trova ad affrontare richieste sempre maggiori associate ad un parallelo invecchiamento della popolazione e a risorse sempre più decrescenti. Questa situazione già critica va inoltre in parallelo con una diminuzione dei professionisti sanitari di cui gli infermieri costituiscono la maggior parte. Uno dei problemi principali delle aziende sanitarie di molti Paesi è la mancanza e la diminuzione dei professionisti della salute(1). Questo quadro è dovuto principalmente ad un invecchiamento della forza lavoro degli infermieri, alla diminuzione delle ore di lavoro, ai precoci pensionamenti, e ad una tendenza degli infermieri a lasciare la professione(2-7). Altre questioni problematiche riguardano il drop-out di molti studenti durante il corso di laurea e alla scarsa capacità del sistema lavorativo di assorbire i neo-laureati(8). La letteratura degli ultimi decenni ha evidenziato il ruolo chiave degli infermieri nella qualità dell'assistenza sanitaria generale e quindi nella qualità delle cure erogate e la salute dei pazienti. Infatti la salute e il benessere degli infermieri, le loro condizioni di lavoro, la soddisfazione sul lavoro e l'impegno professionale influenzano il modo e il tipo di comportamento degli infermieri, che a sua volta influenza la qualità delle cure e i risultati per il paziente(9-13). Come risultato gli aspetti sia lavorativi che individuali che possono avere un effetto negativo sulla salute e benessere degli infermieri (ad esempio burnout) e sul loro turnover sono stati sempre più oggetto di interesse sia della letteratura scientifica che dei professionisti. Le ricerche nell'ambito dello stress nel contesto sanitario hanno messo in evidenza che la qualità delle cure viene compromessa dal processo del burnout e che nel tempo le equipe sono sempre meno efficienti e diventano più esauriti e disimpegnati. La connessione tra il burnout degli infermieri e le preoccupazioni rispetto alla qualità delle cure sono state supportare anche dal lavoro della Aiken e colleghi(10-19). È infatti emerso che i pazienti che sono stati assistiti in reparti con gli infermieri che riportano minori livelli di burnout hanno più probabilità di riportare maggiore soddisfazione delle cure.
In linea con il cambiamento del sistema sanitario assistenziale, la formazione infermieristica si è spostata dalla formazione professionale a un programma di diploma di laurea di tre anni. Studi recenti dimostrano, però, che nonostante i molti anni di questa nuova formazione accademica, le prime fasi di socializzazione professionale possono ancora essere vissute come stressanti dai laureati e questi possono sentirsi non adeguatamente preparati per il loro ruolo professionale. Negli ultimi anni sono quindi aumentati gli studi volti ad indagare gli outcome di salute degli studenti(14,15), nonché le condizioni di lavoro e di salute appena dopo l'ingresso nel mondo del lavoro(16,17). Da questi studi è emerso che gli infermieri neolaureati così come altri professionisti hanno maggiori livelli di stress e problemi di salute rispetto al passato.
Una forza lavoro solida, efficiente e sana e la traduzione di conoscenze nuove e adeguate nella pratica sono comunemente descritte come strategie di miglioramento promettenti. A livello globale, l'aumento di una pratica basata ad esempio sulle evidenze empiriche (EBP) potrebbe avere implicazioni immense per la sopravvivenza e la salute, e il contributo degli infermieri in questa "impresa" è fondamentale. Tuttavia, molti rapporti di ricerca sottolineano che questo non è un processo semplice. Viene proposto che il 30-40% di tutti i pazienti non ricevono assistenza sanitaria sulla base delle recenti rilevanti conoscenze e il 20-25% di tutti i pazienti ricevano cure dannose o inutili. Diversi studi indicano inoltre che l'uso da parte degli infermieri della ricerca nella loro pratica clinica è, nel migliore dei casi, moderata. Non è ancora stato possibile identificare quali strategie siano più efficaci per l'attuazione della EBP. Un elemento chiave per far progredire la ricerca sulla traduzione della conoscenza è quello di trovare il modo di integrare i fattori contestuali nel disegno della ricerca. Ciò è particolarmente vero per gli infermieri dove gli studi delle varie strategie di implementazione sono rare. Poco è ancora conosciuto inoltre sul passaggio dalla formazione accademica alla pratica e su come la salute sul lavoro degli infermieri e la capacità di fare uso dei risultati della ricerca si sviluppano nel tempo. La conoscenza è anche limitata su quali caratteristiche individuali predicano la salute dell'infermiere, lo sviluppo professionale e l'applicazione efficace di EBP.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Ritenendo opportuno estendere al contesto italiano parte dello studio longitudinale che Gustavsson e colleghi hanno eseguito in Svezia dal nome LANE (Studio longitudinale della Pubblica Istruzione degli Infermieri e l'ingresso nella vita lavorativa) per monitorare lo stato di salute, lo sviluppo professionale e il drop-out degli infermieri in formazione e nei loro primi anni di vita lavorativa, gli obiettivi dello studio sono:

1. monitorare in una prospettiva longitudinale il benessere psicologico e fisico nonché le condizioni occupazionali degli infermieri;
2. individuare quali variabili (personali, organizzative, socio-demografiche) possono rappresentare i predittori (in termini di fattori di rischio e di protezione) rispetto alla salute individuale (psicologica e

fisica) e organizzativa, alla realizzazione professionale degli infermieri, alla soddisfazione dei pazienti e ai criteri di efficienze ed efficacia del servizio;

3. esaminare longitudinalmente quanto gli antecedenti a livello organizzativo e individuale del burnout degli infermieri e dei CWB messi in atto contro l'organizzazione di cui fanno parte, i loro colleghi e pazienti, influenzano la qualità delle cure fornite.
4. esplorare i fattori individuali e organizzativi nella formazione accademica e nella pratica clinica importanti per l'utilizzo della conoscenza basata sulle evidenze e per la promozione della salute sul lavoro.

4.1 Obiettivi specifici

A. esaminare quanto le aspettative rispetto alla professione all'inizio del corso di laurea hanno un effetto sui successivi livelli di motivazione rispetto alla professione e burnout;
B. esaminare quanto le diverse motivazioni alla professione infermieristica all'inizio del corso di laurea hanno un effetto sui successivi livelli di motivazione rispetto alla professione e burnout;
C. esaminare quanto i comportamenti non etici messi in atto durante il corso di laurea predicano i successivi livelli di comportamenti controproduttivi;
D. esaminare l'impatto del tirocinio clinico sui livelli successivi di stress e burnout;
E. valutare il ruolo delle variabili individuali come moderatore nel processo di stress sia durante il corso di laurea che nei primi anni di lavoro;
F. valutare l'impatto dell'ambiente educativo sui successivi livelli di stress e burnout

Indicatori

Obiettivo 1. Indicatore Si. H0) un minor gap tra le aspettative all'inizio del corso di laurea e la realtà della pratica clinica diminuisce la probabilità di stress e burnout futuro

Obiettivo 2. Indicatore Sì: H1) gli studenti che hanno maggiori livelli di motivazione alla professione legati all'utilità sociale hanno una minore probabilità di stress e burnout futuro

Obiettivo 3. Indicatore Sì: H2) maggiori livelli di comportamenti non etici durante il corso di laurea aumentano la probabilità di mettere in atto maggiori livelli di comportamenti controproduttivi;

Obiettivo 4. Indicatore Sì: H3) un contesto di tirocinio meno supportivo aumenta i livelli successivi di stress e burnout;

Obiettivo 5. Indicatore Sì: H4) studenti con più alti livelli di autoefficacia regolatoria hanno una minore probabilità di stress e burnout; H5) studenti con più alti livelli di autostima hanno una minore probabilità di stress e burnout; H6) studenti con più alti livelli di disimpegno morale hanno una maggiore probabilità di mettere in atto comportamenti controproduttivi;

Obiettivo 6. Indicatore Sì: H7) gli studenti che svolgono il tirocinio con tutor più supportivi avranno livelli minori di burnout e stress

METODOLOGIA

Disegno del progetto

Il disegno è articolato in diverse fasi, in cui si articolano in un programma di ricerca di sei anni che prevede due fasi.

Fase 1

Si prevede la messa a punto degli strumenti.

Fase 2

Nel secondo studio si prevede l'esame degli obiettivi 1, 2, 3, 4, 5, e 6 attraverso la somministrazione longitudinale del questionario ad un campione di studenti di scienze infermieristiche iscritti al primo anno (700). A distanza di un anno dalla prima somministrazione e per i successivi 5 anni si prevede di ricontattare gli studenti arruolati e di somministrare un successivo questionario.

Strumenti

Il questionario include diverse scale validate e già esistenti in letteratura:

1. Autostima (Rosenberg, 1965)
2. Alessitimia (Toronto Alexithymia Scale Taylor, Bagby e Parker, 1992)
3. Tratti di Personalità (Big Five Questionnaire Caprara e Barbaranelli - 2000)
4. Empatia e Distress (Interpersonal Reactivity Index Davis, 1980 e 1983)
5. Moral Disengagement (Caprara, Fida, Vecchione, Tramontano e Barbaranelli, 2009)
6. Work Ideals (Hagström, T., & Kjellberg, A. (1999).

7. Personalità (HP5 inventory Gustavsson et al. (2003) and Gustavsson et al. (2008)
8. Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) (Schmidt, A., Barry, K., & Fleming, M. (1995). Psychiatric screening First (M., Spitzer, R., Gibbon, M., & Williams, J. - 1995)
9. Depressione (Major Depressione Inventory Beck, Rasmussen, Raabaek Olsen, Noerholm & Abildgaard - 2001)
10. QPS Nordic (General Questionnaire for Psychological and Social Factors at Work) Lindström, Dallner, Elo, Gamberale, Knardahl, et al., 1997
11. Qualità del sonno (Karolinska Sleep Questionnaire (KSQ; Kecklund & Åkerstedt, 1992),
12. Soddisfazione di vita (Diener, 1985)

Analisi dei dati

Verranno utilizzati il pacchetto statistico SPSS e Mplus per l'analisi dei dati quantitativi. Sui dati del primo anno verranno esaminate le proprietà psicometriche di tutti gli strumenti. Nel caso di strumenti già esistenti verrà effettuata l'analisi fattoriale confermativa mentre su quelli costruiti ad hoc verrà utilizzato un approccio di cross-validation che prevede la suddivisione del campione in due sottocampioni. In uno verrà effettuata su ciascuna scala l'analisi fattoriale esplorativa, nell'altro l'analisi fattoriale confermativa sulla base dei risultati generati sul primo sottocampione. Successivamente sui dati raccolti nel primo anno verranno esaminati i diversi modelli di relazioni ipotizzati, tramite i modelli di equazioni strutturali. Con i dati del secondo anno sarà possibile esplorare tutte le ipotesi della ricerca con i modelli di equazioni strutturali e i modelli di regressione gerarchica. Per esaminare preliminarmente le ipotesi connesse alla moderazione verrà utilizzata la strategia delle analisi della varianza

RISULTATI ATTESI

La ricerca in oggetto si propone di comprendere quali sono i fattori più rilevanti che entrano in gioco nel processo dello stress e burnout degli infermieri a partire dall'università, e di identificare precocemente le dimensioni che possono agire negativamente sul processo di assistenza e salute dei pazienti. L'integrazione dei diversi modelli teorici dovrebbe consentire una maggiore comprensione di questi fenomeni per individuare e progettare interventi volti a contenere lo stress e il burnout nonché l'insorgenza di atti che non rispettano norme sociali, organizzative o procedurali per migliorare poi il servizio offerto ai pazienti e quindi la loro soddisfazione della qualità delle cure e del care assistenziale.

PIANIFICAZIONE

Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
Revisione bibliografica	Ricercatori Tor Vergata	Maggio 2013
Per obiettivo n. 1		
Predisposizione degli strumenti per la raccolta dati	Ricercatori Tor Vergata	Giugno 2013
Formazione per la raccolta dati	Ricercatori Tor Vergata e rilevatori ad hoc	Luglio 2013
Raccolta dati	Ricercatori Tor Vergata e rilevatori ad hoc	Agosto 2013 – Ottobre 2013
Analisi dei dati	Ricercatori Tor Vergata, Statistico	Novembre 2013
Elaborazione report intermedio	Ricercatori Tor Vergata	Dicembre 2013
Per obiettivo n. 2-3-4		
Raccolta dati di follow-up ogni 3 mesi per un anno sui soggetti reclutati nell'attività n. 4	Ricercatori Tor Vergata e rilevatori ad hoc	Ottobre 2013 - Ottobre 2014
Analisi dei dati	Ricercatori Tor Vergata e Statistico	Novembre 2014 - Dicembre 20114
Per obiettivo n. 5-6		
Interpretazione dei dati	Ricercatori Tor Vergata e Statistico	Gennaio 2015
Elaborazione linee guida e protocolli assistenziali per migliorare l'assistenza dei pazienti e dei caregiver dopo ictus cerebrale	Ricercatori Tor Vergata e consulenti	Febbraio 2015 - Marzo 2015
Report finale di ricerca	Ricercatori Tor Vergata	Aprile 2015

DIAGRAMMA GANTT

MESI 2013	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisione bibliografica												
Predisposizione degli strumenti per la raccolta dati												
Formazione per la raccolta dati												
Raccolta dati												

MESI 2014	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Raccolta dati												
Analisi dei dati												
Elaborazione report intermedio												
Raccolta dati di follow-up ogni 3 mesi per un anno sui soggetti reclutati nell'attività n. 4												

MESI 2015	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
Raccolta dati di follow-up ogni 3 mesi per un anno sui soggetti reclutati nell'attività n. 4												
Analisi dei dati												
Interpretazione dei dati												
Elaborazione linee guida e protocolli assistenziali per migliorare l'assistenza dei pazienti e dei caregiver dopo ictus cerebrale												
Report finale di ricerca												
Report finale di ricerca												

BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. World Health Report Geneva; 2003:110.
2. Buchan J, Calman L. The Global shortage of registered nurses: An overview of issues and actions Geneva: ICN; 2004.
3. Simoens S, Villeneuve M, Hurst J. OECD Health working papers 19. Tackling nurse shortages in OECD countries. DELSA/ELSA/WD/HEA(2005)1 Paris: OECD; 2005.
4. Buchan J, Jobanputra R, Gough P, Hutt R. Internationally recruited nurses in London: a survey of career paths and plans. Hum Resour Health 2006, 4:14.

5. Hayes LJ, O'Brien-Pallas L, Duffield C, Shamian J, Buchan J, Hughes F, Spence Laschinger HK, North N, Stone P.W. Nurse turnover: a literature review. Int J Nurs Stud 2006, 43:237-263.
6. Tai TW, Bame SI, Robinson CD. Review of nursing turnover research, 1977-1996. Soc Sci Med 1998, 47:1905-1924.
7. Crow SM, Smith SA, Hartman SJ. Attrition in nursing: perspectives from the national survey of college graduates. Health Care Manag 2005, 24:336-346.
8. 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. Aust J Adv Nurs 2006, 24:26-32.
9. Leiter MP, Harvie P, Frizzell C. The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. Soc Sci Med 1998, 47:1611-1617.
10. Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D. Nurse burnout and patient satisfaction. Medical Care 2004, 42:II57-66.
11. Bauman A. Positive practice environments: Quality workplaces = Quality patient care. Geneva: ICN-International Council of Nurses; 2007.
12. Newman K, Maylor U, Chansarkar B. The nurse satisfaction, service quality and nurse retention chain: implications for management of recruitment and retention. J Manag Med 2002, 16:271-291.
13. Lu H, While AE, Barriball KL. Job satisfaction among nurses: a literature review. Int J Nurs Stud 2005, 42:211-227.
14. Pascarella ET, Terenzini PT. How college affects students San Fransisco: Jossey-Bass; 2005.
15. Omne-Pontén RM, Wallin L, Gustavsson PJ. Research monitoring the newly qualified nurses in Sweden: the Longitudinal Analysis of Nursing Education (LANE) study. Human Resources for Health 2010, 8:10.
16. Schmalenberg C., Kramer M. Essentials of a productive nurse work environment. Nurs Res 2008, 57:2-13.
17. Murrells T, Robinson S, Griffiths P. Job satisfaction trends during nurses' early career. BMC Nurs 2008, 7:7.
18. Schaufeli WB, Buunk BP. Burnout: An overview of 25 years of research and theorizing. In: Handbook of work and health psychology. Edited by: Schabracq MJ, Winnubst JAM, Cooper CL Chichester: Wiley; 2003:383-425.
19. Aiken LH, Clarke SP, Sloane D.M. Hospital staffing, organization, and quality of care: Cross-national findings. Nurs Outlook 2002, 50:187-194.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

FABBISOGNO DI ASSISTENZA TERRITORIALE DEGLI ULTRASESSANTACINQUENNI NEL LAZIO

COORDINATORE PROGETTO
M.G. Proietti
L. Palombi

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD. 2.13.9

TITOLO PROGETTO

Valutazione quali-quantitativa del fabbisogno di assistenza territoriale degli ultrasessantacinquenni nel Lazio

A quali-quantitative assessment of the community care needs of the over-65 population in the Lazio Region

2. ABSTRACT

L'invecchiamento della popolazione, conseguente alla transizione demografica, richiede radicali ripensamenti delle strategie sanitarie rivolte agli anziani: il loro aumentato numero determina un bisogno di assistenza e di servizi, di cui bisogna tener conto nell'allocazione delle risorse.
Di fronte ad una popolazione ultrasessantacinquenne che ormai in Italia rappresenta circa il 20% dei residenti, è evidente la necessità di distinguere fra chi ha bisogno urgente di un intervento assistenziale e chi ha meno urgenza o non ne ha affatto. Nonostante sia evidente l'urgenza di una tale valutazione del fabbisogno assistenziale, a livello di popolazione regionale nel Lazio non ci risulta sia mai stata condotta.
La definizione di questa urgenza è espressa bene dal concetto di "fragilità" che tuttavia talvolta assume caratteristiche prevalentemente sociali (scarse risorse economiche, solitudine), altre volte sanitarie (malattie invalidanti, decadimento cognitivo), altre volte ancora entrambe. Per questo occorre fare una valutazione sistematica, che lasci emergere le situazioni di maggior "fragilità" e quindi di maggior urgenza per l'intervento.
La valutazione viene condotta con il Questionario di Valutazione Funzionale Geriatrica validato per l'Italia dal Laboratorio di Epidemiologia dell'Università Tor Vergata.
Il questionario si compone di 7 sezioni che valutano: condizioni fisiche, mentali, capacità funzionali, sostegno della collettività, vivibilità dell'abitazione, parenti e amici, situazione economica e che alla fine danno un punteggio sintetico che permette di dividere i soggetti in tre categorie, a seconda del bisogno assistenziale:

1. punteggio ≤ 10: comprende soggetti gravemente non autosufficienti, incapaci di vivere presso il proprio domicilio se non con un'assistenza continuata in assenza della quale si ipotizza la necessità dell'istituzionalizzazione;
2. punteggio 10-50: comprende soggetti parzialmente autosufficienti, che necessitino di un aiuto da parte dei servizi territoriali per rimanere presso il proprio domicilio;
3. punteggio superiore a 50: comprende soggetti indipendenti e che non necessitano di alcun aiuto esterno.

Ad integrazione del questionario VFG viene effettuata la valutazione dell'autosufficienza nelle Attività della Vita Quotidiana (Activities of Daily Living and Instrumental Activities of Daily Living scale) e viene indagata la presenza di patologie attraverso una lista pre-definita da compilare con la collaborazione del Medico di Medicina Generale.
Il campione è costituito da 1300 soggetti anziani residenti nella Regione Lazio, distribuiti sulla base della residenza in città, piccolo centro o ambiente rurale.

ABSTRACT

The ageing of the population, due to the demographic transition, requires a radical change in the healthcare strategies for the growing older population, requiring more healthcare services and the allocation of more resources.
With regard to the over-65 population, which in Italy accounts for 20% of its inhabitants, a clear distinction

has to be made between those who urgently require healthcare support, those who less urgently require support, and those who do not require healthcare support at all. Despite the urgent need to make this distinction on the level of healthcare demand, this type of assessment of the population living in the Lazio Region never apears to have been made.
This urgency is well-defined by the concept of "frailness", which at times has prevalently social characteristics (poor financial resources, loneliness), and sometimes healthcare characteristics (disabling diseases, cognitive decline), and sometimes both. For this reason, it is necessary to conduct a systematic evaluation to identify the cases of major 'frailness', which therefore require an urgent intervention.
This survey is conducted with the Geriatric Functional Evaluation (GFE) Questionnaire validated in Italy by the Laboratory of Epidemiology of the University of Rome "Tor Vergata".
The questionnaire consists of 7 sections that rates: physical and mental conditions, functional ability, community support, suitability of their homes, relatives and friends, financial situation. The final score allows to divide the older population into three categories, according to their healthcare needs:

1. A score ≤ 10: includes individuals who fully depend on others, are unable to live at home on their own, unless they have someone taking care of them on a 24/7 basis, and if this is not possible, they need to be institutionalised.
2. A score between 10-50: includes individuals who are partially autonomous, requiring community support services so that they may continue to live in their own homes.
3. A score >50: includes independent individuals who require no support at all.

In addition to the GFE Questionnaire, we rated the level of autonomy in relation to the activities of daily living (Activities of Daily Living and Instrumental Activities of Daily Living Scale), and with the collaboration of a General Practitioner, we used a checklist to see by which diseases older people were affected.
Our sample includes 1300 older people living in the Lazio Region, distributed according to their area of residence: city, small town, and rural area.

3.BACKGROUND

L'invecchiamento della popolazione, conseguente alla transizione demografica, verificatasi prima in Europa ed ora in atto anche nei paesi in via di sviluppo, ha determinato negli ultimi anni radicali ripensamenti delle strategie sanitarie rivolte agli anziani. Di fronte alle implicazioni di tipo sociale ed economico che tale mutato quadro demografico comporta, non sempre sono state trovate risposte adeguate. L'aumentato numero di anziani infatti determina un bisogno di assistenza e di servizi di cui bisogna tener conto nell'allocazione delle risorse e impone un ripensamento nella metodologia di approccio alla salute dell'anziano. Durante gli anni '80 si è andata affermando in ambito geriatrico una nuova metodologia di lavoro a partire dal complesso dei problemi e delle risorse dell'anziano, analizzati attraverso la Valutazione Multidimensionale. Tale strumento rappresenta ormai un caposaldo nella programmazione assistenziale in campo geriatrico; ma è, almeno in Italia, relativamente giovane come approccio valutativo su larga scala e probabilmente deve ancora esprimere tutte le sue potenzialità. Di fronte ad una popolazione ultrasessantacinquenne che ormai in Italia rappresenta circa il 20% dei residenti, è evidente la necessità di distinguere fra chi ha bisogno urgente di un intervento assistenziale e chi ha meno urgenza o non ne ha affatto. Nonostante sia evidente l'urgenza di una tale valutazione del fabbisogno assistenziale, a livello di popolazione regionale nel Lazio non ci risulta sia mai stata condotta. L'espressione di questa urgenza è ben rappresentata dal concetto di "fragilità" che tuttavia talvolta assume caratteristiche prevalentemente sociali (scarse risorse economiche, solitudine), altre volte sanitarie (malattie invalidanti, decadimento cognitivo), altre volte ancora entrambe. Proprio per questo c'è bisogno di poter fare una valutazione sistematica che faccia emergere le situazioni di maggior "fragilità" e quindi di maggior urgenza per l'intervento. La valutazione della disabilità non è in questo senso un parametro sufficiente perché la domanda di assistenza viene espressa da una matrice costituita dall'intreccio della disabilità con le condizioni di vita del soggetto anziano. Un intreccio rispetto al quale la valutazione multidimensionale rappresenta lo strumento più adatto di comprensione.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivo generale
Stimare il fabbisogno di assistenza territoriale degli anziani nel Lazio.

Obiettivi specifici
Stimare il numero di soggetti anziani che necessita di assistenza domiciliare e/o residenziale.
Stimare il numero di soggetti anziani che necessita di monitoraggio.
Mettere a punto un algoritmo di valutazione della domanda assistenziale nei soggetti anziani.

METODOLOGIA

Campione
Il campione è costituito da 1300 soggetti anziani residenti nella Regione Lazio, distribuiti sulla base della residenza in città, piccolo centro o ambiente rurale. I soggetti sono selezionati dalle liste di assistiti dei medici di base del Lazio che avranno dato la loro disponibilità a partecipare all'indagine. Anche i nominativi dei medici di base ai quali richiedere la disponibilità sono randomizzati dalle liste della ASL.

Strumenti
La rilevazione viene condotta sulla base del Questionario di Valutazione Funzionale Geriatrica (VFG) validato per l'Italia dal Laboratorio di Epidemiologia dell'Università Tor Vergata.
Il questionario si compone di 7 sezioni: condizioni fisiche, mentali, capacità funzionali, sostegno della collettività, vivibilità dell'abitazione, parenti e amici, situazione economica, che danno un punteggio sintetico che permette di dividere i soggetti in tre classi a seconda del bisogno assistenziale:

- categoria 1: punteggio ≤ 10: comprende soggetti gravemente non autosufficienti, incapaci di vivere presso il proprio domicilio senza un'assistenza continuata, in assenza della quale si ipotizza la necessità dell'istituzionalizzazione;
- categoria 2: punteggio 10-50: comprende soggetti parzialmente autosufficienti, che necessitano di un aiuto da parte dei servizi territoriali per rimanere presso il proprio domicilio;
- categoria 3: punteggio superiore a 50: comprende soggetti indipendenti, che non necessitano di alcun aiuto esterno.

Ad integrazione del questionario VFG verrà effettuata la valutazione dell'autosufficienza nelle attività della vita quotidiana (Activities of Daily Living-ADL e Instrumental Activities of Daily Living-IADL Scale) e verrà indagata la presenza di patologie attraverso una lista pre-definita da compilare con l'ausilio della documentazione clinica disponibile o con la collaborazione del Medico di Medicina Generale.

Procedure
La selezione dei soggetti da intervistare è condotta attraverso la randomizzazione degli iscritti ultra65enni nelle liste dei MMG, i cui nominativi sono a loro volta randomizzati nelle liste dei Distretti rappresentativi della popolazione del Lazio. A tutti verrà chiesto di firmare un consenso all'intervista che avverrà, salvo richiesta diversa da parte dell'intervistato, nello studio del medico di base.
I questionari vengono somministrati da un team di intervistatori, precedentemente formati dal Laboratorio di Epidemiologia, che curerà anche la supervisione del data entry e l'elaborazione statistica dei dati.

RISULTATI ATTESI

6 RISULTATI ATTESI
Dallo studio ci si aspetta di ottenere una stima del fabbisogno di assistenza domiciliare e/o residenziale degli anziani nel Lazio, distinguendo fra chi ha bisogno urgente di un intervento assistenziale e chi ha meno urgenza o non ne ha affatto, per pianificare i servizi e allocare le risorse in funzione della reale necessità e urgenza dei soggetti anziani.

Indicatori
n° di anziani intervistati: > di 1200.

Rilevanza
La valutazione della domanda assistenziale rappresenta l'imprescindibile base conoscitiva per programmare l'assistenza extraospedaliera. La valutazione proposta consentirà di dimensionare la domanda di servizi fornendo le informazioni necessarie a sviluppare un piano di assistenza pluriennale da verificare nel tempo.

PIANIFICAZIONE

Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
Formazione intervistatori	Laboratorio di Epidemiologia dell'Università di Tor Vergata	giugno 2013
Individuazione dei Distretti e selezione (randomizzazione) dei medici di base	Laboratorio di Epidemiologia dell'Università di Tor Vergata	luglio 2013
Randomizzazione dei nominativi dei soggetti da intervistare	Laboratorio di Epidemiologia dell'Università di Tor Vergata	luglio 2013
Stampa dei questionari	IPASVI	luglio 2013
Somministrazione dei questionari	Intervistatori	settembre-novembre 2013
Inserimento dei dati nel database	Intervistatori	dicembre 2013
Elaborazione statistica dei dati	Laboratorio di Epidemiologia dell'Università di Tor Vergata	gennaio 2014
Stesura del report finale	Laboratorio di Epidemiologia dell'Università di Tor Vergata + Centro di Eccellenza Ipasvi	febbraio-aprile 2014
diffusione dei risultati (pubblicazioni, comunicazioni)	Laboratorio di Epidemiologia dell'Università di Tor Vergata + Centro di Eccellenza Ipasvi	maggio-dicembre 2014

DIAGRAMMA GANTT

FASI		Giugno 2013	Luglio 2013	Agosto 2013	Settembre 2013	Ottobre 2013	Novembre 2013	Dicembre 2013	Gennaio 2014	Febbraio 2014	Marzo 2014	Aprile 2014	Mag-Dic. 2014
1	Addestramento intervistatori	■											
2	Individuazione dei Distretti e selezione (randomizzazione) dei medici di base		■										
3	Randomizzazione dei nominativi dei soggetti da intervistare		■										
4	Stampa dei questionari		■										
5	Somministrazione dei questionari				■	■	■						
6	Inserimento dei dati nel database							■					
7	Elaborazione statistica dei dati								■				
8	Stesura del report finale									■	■	■	
9	Diffusione dei risultati (pubblicazioni, comunicazioni)												■

BIBLIOGRAFIA

1. Scarcella P, Liotta G, Marazzi MC, Noce A, Doro Altan AM, Simeoni S, Palombi L. Evolution and current tools of multidimensional assessment in Italy. Ig Sanita Pubbl. 2006; 62(1): 69-89.
2. Liotta G, Scarcella P, Mancinelli S, Palombi L, Cancelli A, Marazzi MC. The evaluation of care needs in elderly people: the use of Geriatric Functional Evaluation Questionnaire. Ann Ig. 2006;18(3): 225-235.
3. 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;40(2): 147-156.
4. Scarcella P, Liotta G, Palombi L, Mancinelli S, Noce A, La Rosa T, Parisi R, Marazzi MC. Valutazione del bisogno assistenziale socio-sanitario di una popolazione anziana a Roma. Ann Ig 2003; 15: 83-91.
5. Palombi L, Scarcella P, Liotta G, Pesaresi A, Giunta M, Marazzi MC. (2000). L'uso della Geriatric Functional Rating Scale per la valutazione della popolazione anziana di Ragusa . Giornale di Gerontologia, 287, 236-244.
6. Liotta G, Scarcella P, Carbini R, Palombi L, Talarico F, Marazzi MC. Domanda di assistenza socio-sanitaria in un campione di anziani a Catanzaro. Ann Ig 2002; 14:149-161.
7. Liotta G, Gilardi F, Marazzi MC, Mancinelli S, Scarcella P. Acute hospital care for the elderly in Italy: comparison between 2001 and 2006. Ann Ig. 2011;23(5): 375-385. Italian.
8. Liotta G, Mancinelli S, Scarcella P, Emberti Gialloreti L. Determinants of acute hospital care use by elderly patients in Italy from 1996 to 2006. Arch Gerontol Geriatr. 2011; 5.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

CURE PALLIATIVE E LA RESILIENZA DEL CAREGIVER

COORDINATORE PROGETTO
S. Limardi
A. Stievano

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD. 2.13.10

TITOLO PROGETTO

La resilienza del caregiver della persona assistita in cure palliative
Pallitive care and the resilience of caregivers

2. ABSTRACT

L'interesse per la resilienza in ambito infermieristico è in costante aumento come testimoniano:

- L'aumento di articoli sul tema. Infatti, da una ricerca effettuata nelle banche dati Pubmed e Cinahl cercando articoli su riviste infermieristiche che hanno nel titolo "resilience" pubblicati dal 1981 ad oggi, si è visto che il 22% di tali articoli è datato 2011 e primi 11 mesi del 2012 (al 19 novembre 2012 reperiti 199 articoli: 160 da Pubmed e 39 da Cinahl);
- L'assegnazione da parte di Pubmed del MeSH Resilience, Psychological nell'anno 2009;
- L'inclusione nell'agosto 2009 da parte della North American Nursing Diagnosis Association della resilienza tra le diagnosi infermieristiche nel gruppo "Integrità dell'Io" (Ego – Integrity) vale a dire tra le "capacità di sviluppare e utilizzare le competenze e comportamenti per integrare e gestire esperienze di vita".

Lo studio propone l'applicazione del costrutto resilenza al caregiver informale che agisce in cure palliative e si propone di individuare le condizioni personali, di setting e, più in generale, assistenziali che favoriscono una gestione dell'evento malattia che associ all'inevitabile danno un possibile beneficio.

ABSTRACT

The interest in resilience in the field of nursing is constantly increasing, and this is confirmed by:

- The increasing number of papers on this topic. In fact, we searched Pubmed and CINAHL for nursing journals that had published papers with titles containing the word 'resilience', published between 1981 and 2012, and we found that 22% of the articles retrieved belong to 2011 and the first 11 months of 2012 (on the 19th November 2012, we retrieved 199 articles: 160 from Pubmed, and 39 from CINAHL);
- Pubmed's assignment of the MeSH Resilience, Psychological in 2009;
- The inclusion, in August 2009, by the North American Nursing Diagnosis Association, of resilience among the nursing diagnoses in the group 'Ego-Integrity', in other words as one of the 'abilities to develop and use competences and behaviours to integrate and manage experiences of life'.

This study proposes to apply the construct of resilience to informal carers who provide palliative care and to identify personal conditions, settings, and more in general the healthcare conditions that support a better management of the disease and associate a possible benefit to an inevitable harm.

3 BACKGROUND

Definizione preliminare di "resilienza":

Questo lavoro si interessa della relazione che intercorre tra la resilienza e l'attività assistenziale prestata alla persona assistita in cure palliative dal caregiver primario1. L'ambito è, allo stato attuale, poco indagato e non è reperibile una definizione appositamente elaborata quindi, ai fini dello studio, si adotta quella più prossima, per oggetto e circostanze: *"la resilienza è la capacità degli adulti, esposti a un evento isolato e potenzialmente molto distruttivo come la morte di un parente o una situazione di violenza o di pericolo di vita, di mantenere relativamente inalterati e stabili i livelli di funzionalità psicologica e fisica, nonché la capacità di generare esperienze ed emozioni positive".* (Bonanno et al. 2004) (1) *caregiver informale di riferimento.*

Al rapido modificarsi dello scenario economico e demografico conseguono adeguamenti strutturali e organizzativi dei sistemi sanitari tesi a soddisfare la crescente esigenza di soluzione dei problemi di salute e la razionalizzazione dei costi. In questo quadro si ridefiniscono i processi di cura, i ruoli degli attori che, a diverso titolo, vi partecipano e gli stessi paradigmi assistenziali. L'interesse per la resilienza nasce dalla necessità di favorire la risoluzione delle difficoltà connesse ai problemi di salute, di ridurre la sofferenza che questi generano e di trarre un possibile beneficio dalla esperienza di superamento delle avversità. La promozione del processo resiliente aumenta la possibilità di sostegno dell'infermiere al caregiver e potenzia il valore dell'esperienza assistenziale di

quest'ultimo. Conoscere la capacità di resilienza è determinante per il professionista responsabile dell'assistenza. Affinché si progettino e si attuino interventi sulla resilienza del caregiver in cure palliative occorre una specifica conoscenza del fenomeno che è stato sino ad ora poco studiato e presenta delle particolarità riconducibili alla natura stessa del costrutto e al campo nel quale lo si vuole applicare.
I presupposti dello studio relativamente al costrutto e al campo nel quale si intende indagarlo sono i seguenti:

- *Il costrutto di resilienza* è di difficile definizione sia per la diversità degli approcci disciplinari sottostanti alle molte formulazioni che per l'evoluzione del concetto (Luthar et al. 2000; Masten 2007). Non c'è consenso su una sola definizione operativa (Oak Foundation, 2007) e, anche se il problema è contenuto dall'uso di domini simili (Herman et al. 2011), vi sono ampie aree di intersezione semantica e di contenuto (Shaikh et al. 2010). Uno dei punti su cui convergono gli studiosi è la necessità della presenza di un evento avverso, affinché il processo resiliente abbia luogo, ma l'attribuzione del significato di avversità all'evento e la stima della sua gravità sono soggettive. A determinarle sono il carattere dell'individuo e la storia personale oltre al contesto e alla cultura (Ungar 2008). La natura multidimensionale e multideterminata del costrutto (Rutter 2006) produce un numero elevato di possibili percorsi attraverso i quali si realizza la resilienza (Luthar et al.1993).
- *L'assistenza erogata in cure palliative* presenta delle peculiarità che ne fanno un particolare ed interessante settore di indagine clinico e organizzativo. Difatti al contrario di quanto accade in qualsiasi altro ambito assistenziale, nella palliazione, i riferimenti comuni per la definizione degli outcomes attesi, vale a dire, la diminuzione di morbilità e mortalità, vengono meno dando luogo ad un processo in cui assumono particolare importanza le finalità e gli esiti delle singole attività.
  La loro analisi e la comparazione con quelle equivalenti svolte in altri settori assistenziali permette di isolare e rendere evidenti sia gli aspetti prettamente organizzativi e professionali che quelli relazionali e di contesto di solito intimamente connessi e difficilmente districabili. Nello specifico l'assenza di previsioni di guarigione o miglioramento dell'assistito permette una migliore approssimazione delle stime di influenza del setting nel determinare e modificare il processo resiliente "al netto" della quota di aspettative di guarigione nutrite dal carigever. A sostegno dell'opportunità dello studio vi sono, non ultime, le evidenze sul beneficio che il caregiver trae dal prestare assistenza a persone in condizioni terminali. Nei caregivers di questi assistiti, vi è un incremento del senso di padronanza (Given et al. 2006; Nijboer et al. 1998), della soddisfazione percepita, del senso di crescita personale e di scopo dell'esistenza (Haley 2003). La percezione negativa dell'esperienza è attenuata dal prendersi cura del proprio caro (Given et al. 2006) e vi sono evidenze tra i caregivers di pazienti oncologici di una crescita psicologica positiva conseguente al trauma della quale sarebbero predittori: un basso livello di istruzione, l'attività lavorativa, l'attuazione di alcune strategie di coping e la fede religiosa (Haley 2003; Kim et al. 2008; Nijboer et al. 1998). Altre ricadute positive sono: aumento dell'autostima (Haley 2003; Kim et al. 2008; Nijboer et al. 1998) della soddisfazione per se stessi (Given et al. 2006; Haley 2003; Kim et al. 2008; Nijboer et al. 1998). Alcuni studi hanno evidenziato l'assunzione di un comportamento proattivo nei caregiver di pazienti oncologici con cambiamenti dello stile di vita positivi: una dieta migliore, maggiore esercizio fisico, un ricorso più frequente allo screening (Kim et al. 2008; Golant et al. 2008).

Le attuali teorizzazioni del processo di reintegrazione resiliente non sono applicabili ai caregiver dei morenti in quanto formulate in seguito a studi condotti su soggetti e in condizioni sostanzialmente differenti. Per gli stessi motivi la revisione della letteratura non indica elementi sicuramente implicati nel processo, quanto piuttosto, aree di interesse all'interno delle quali effettuare la ricerca.
Attualmente le conoscenze circa il fenomeno della resilienza del caregiver che assiste la persona in cure palliative sono molto carenti. In particolare è necessario definirne le caratteristiche individuali e gli elementi di contesto che lo condizionano.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali
Lo studio si propone di definire il fenomeno della resilienza connesso all'attività assistenziale prestata al morente dal caregiver principale evidenziandone gli elementi costituenti, le condizioni favorenti o inibenti e le modalità con cui si attua.

Obiettivi specifici

- Valutare, nei caregiver delle persone in cure palliative, la correlazione tra aspetti cognitivi, emotivi, spirituali e comportamentali e con il livello di resilienza;
- Determinare il tipo ed i requisiti del setting assistenziale che favoriscono la resilienza del caregiver principale del morente;
- Stabilire la qualità della vita del caregiver principale della persona in cure palliative in relazione al livello di resilienza;

- Riscontrare eventuali relazioni, non previste dagli obiettivi precedenti, tra le variabili;
- Formulare un'ipotesi teorica sulla resilienza del caregiver principale della persona assistita in cure palliative.

Indicatori
Valori delle statistiche applicate: l'analisi prevede statistiche descrittive e correlazionali, analisi della varianza, regressione, analisi fattoriale esplorativa e confermativa.

METODOLOGIA

Scelta del tipo di disegno
Lo studio è finalizzato alla analisi della resilienza espressa in condizioni particolari e, quindi, deve tenere conto sia dello stato dell'arte riguardante la metodologia ed i risultati conseguiti in altri ambiti, che dei vincoli specifici alla sua manifestazione imposti dalle cure palliative. Va anche ricordato che la resilienza è stata studiata applicando, inizialmente, una metodologia prevalentemente fenomenologica per individuare "in vivo" quali fossero le caratteristiche resilienti, ed in seguito un approccio influenzato dalla psicologia positiva, umanistica e di comunità teso a descrivere come queste erano strutturate internamente e tra loro (Richardson 2002). La tendenza attuale è alla interdisciplinarità degli studi, al superamento dei paradigmi sino ad ora usati o all'uso di più paradigmi contemporaneamente con l'intento di cogliere la complessità del costrutto e la sua dipendenza dal contesto (Shaikh et al. 2010). È, comunque, necessario osservare che in presenza di riferimenti riconducibili quasi esclusivamente ad ambiti molto diversi da quello di studio occorra, prima di una analisi articolata che lasci spazio alle soggettività, stabilire quali argomenti, con quali modalità e in quale misura si possono ritenere generalizzabili nella definizione del fenomeno.

Disegno dello studio
Studio quantitativo multicentrico effettuato presso domicili, e hospice.

Campione
Il campionamento è di tipo non probabilistico di convenienza. Criteri di inclusione: rilascio consenso; essere caregiver principale; almeno 2 settimane di assistenza prestata a persona assistita in cure palliative (indipendentemente dal setting ma specificandone il tipo ed il tempo trascorso in ciascuno nel caso si siano avvicendati); informato di diagnosi e di prognosi.

Strumenti
Questionario auto/etero – somministrato contenente scale di valutazione validate e domande chiuse. Supporto cartaceo.

RISULTATI ATTESI

Rilevanza
Le conoscenze inerenti il costrutto resilienza, hanno profonde implicazioni assistenziali,che riguardano tutti gli attori del setting di cure palliative.
Sinteticamente si possono ricondurre a tre ambiti di studio:
- Clinico – organizzativo: studi sulle condizioni e sulle dinamiche del setting di cure palliative nel processo di reintegrazione resiliente;
- Etico: studi sul valore personale e professionale del processo di resilienza per l'infermiere;
- Formativo: studi sull'applicazione del concetto e del processo di resilienza nella formazione infermieristica in ambito palliativo.

PIANIFICAZIONE

Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
Analisi di sfondo	Project manager	01/04/2011 -31/08/2012
Elaborazione strumento di indagine	Project manager. project team	01/09/2012 -31/01/2013
Pre-test strumento indagine	Project manager, coordinatori e project team	01/02/2013 -31/04/2013
Somministrazione questionari	Coordinatori	01/05/2013-31/10/2013
Elaborazioni statistiche	Project manager e project team	01/11/2013-31/12/2013
Stesura report di ricerca	Project manager e project team	01/01/2014-31/04/2014
Pubblicazione finale	Project manager, coordinatori e project team	01/05/2014-31/07/2014
Chiusura progetto	Project manager, coordinatori e project team	01/08/2014-01/10/2014

DIAGRAMMA GANTT

MESI	Gen 2013	Lug 2013	Mar 2013	Apr 2013	Mag 2013	Giu 2013	Lug 2013	Ago 2013	Sett 2013	Ott 2013	Nov 2013	Dic 2013	Gen 2014	Feb 2014	Mar 2014	Apr 2014	Mag 2014	Giu 2014	Lug 2014	Sett 2014	Ott 2014
Analisi di fondo	■																				
Elaborazione strumento di indagine	■																				
Elaborazione strumenti di indagine e pre-test		■	■	■																	
Somministrazione questionari					■	■	■	■	■	■											
Elaborazioni statistiche											■	■									
Stesura report di ricerca													■	■	■	■					
Pubblicazione finale																	■	■	■		
Chiusura progetto																				■	■

BIBLIOGRAFIA

Bonanno GA, Wortman BC, Nesse MR. Prospective patterns of resilience and maladjustment during widowhood, Psychology and Aging 2004, 19, 2, 260–271.

Given BA, Sherwood PR. Family care for the older person with cancer. Seminars in Oncology Nursing 2006, 22(1), 43-50.

Golant MH, Natalie V. Other cancer survivors: The impact on family and caregivers. Cancer Journal. 2008 (6); 420-424.

Haley WE. The costs of family caregiving: Implications for geriatric oncology. Critical Reviews in Oncology-Hematology 2003; 48(2): 151-158.

Kim Y, Given BA. Quality of life of family caregivers of cancer survivors. Cancer 2008; 112(S11):2556-2568.

Luthar SS, Doernberger CH, Zigler E. Resilience is not a unidimensional construct: Insights from a prospective study of inner-city adolescents. Development and Psychopathology 1993; 5:703-717.

Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work, Child Dev 2000; 71(3):543-562.

Masten A. Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. Dev Psychopathol 2007; 19:921-930.

Nijboer C, Tempelaar R, Sanderman R, Triemstra M, Spruijt RJ, van den Bos GA. Cancer and caregiving: the impact on the caregiver's health. Psychooncology. 1998; 7(1):3-13.

Oak Foundation. Towards an operational definition1 of the resilience approach, A working synthesis of an Oak-sponsored discussion held in 2007. disponibile presso: http://www.oakfnd.org/activities/2009/Morges_Resilience_operational_deF_200806.pdf

Richardson E.G. The metatheory of resilience and resiliency, Journal of Clinical Psychology 2002; 58(3): 307–321

Rutter M. Implications of resilience concepts for scientific understanding, Ann. N.Y. Acad.Sci. 2006; 1094: 1-12.

Shaikh A, Kauppi C. Deconstructing resilience: Myriad conceptualizations and interpretations. International Journal of Arts and Sciences 2010; 3(15): 155–176.

Ungar M. Resilience across cultures. British Journal of Social Work. 2008; 38:218-235.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

PROGETTO EDUCATIVO "FOLLEMENTE

COORDINATORE PROGETTO
C. Turci
G. D'Elpidio

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD. 2.13.11

TITOLO PROGETTO

Progetto Educativo "FolleMente": conoscere la malattia mentale, combattere il pregiudizio

The "FolleMente" Educational project: Knowing mental illness, fighting against prejudice

2. ABSTRACT

Partendo dal Progetto del Ministero della Salute, del Ministero dell' Istruzione dell' Università e della Ricerca intitolato "Salute Mentale e stigma sociale" del Maggio 2004, studio pilota di questo lavoro, si vuole proporre la realizzazione di un progetto educativo chiamato "FolleMente", nel quale sarà affrontato il delicato tema dello stigma sociale del "matto" e sarà evidenziato il ruolo dell' infermiere come educatore e promotore della Salute Mentale. L'analisi sarà effettuata attraverso l'utilizzo di un questionario, atto a raccogliere informazioni su conoscenze, opinioni e atteggiamenti nei confronti delle malattie mentali. Il questionario verrà somministrato agli studenti di istituti medio - superiori con l'intento di analizzare le conoscenze ed in base ad esse stilare il percorso educativo. Al fine di cogliere l'attenzione da parte dei ragazzi, verranno integrate alle spiegazioni slide e video. Al termine degli incontri verrà somministrato nuovamente il questionario per valutare il raggiungimento degli obiettivi educativi. Un Progetto educativo ha come fulcro centrale colui che lo attua ed in questa specifica situazione veste i panni dell' Infermiere. L'obiettivo principale del Progetto "FolleMente" sarà quello di educare i giovani a guardare oltre le apparenze, cercando di capire che spesso, dietro un comportamento bizzarro o ritenuto "diverso", si nasconde solo un forte bisogno di aiuto.

ABSTRACT

We drew inspiration from the Project of the Ministry of Health, the Ministry of Education, University, and Research called 'Mental Health and Social Stigma' (May, 2004), which piloted our proposal that consists in setting up an educational project called 'FolleMente'. This educational project will address the delicate theme of the social stigmatization of 'mad people' and it will allow to highlight the nurses' roles as educators and promoters of mental health. This study will be performed using a questionnaire to collect information about the knowledge, opinions, and attitude towards mental diseases. The questionnaire will be administered to students of middle and high schools in order to analyse their knowledge and according to their answers design the educational project. To attract the students' attention, the presentations will include slides and videos. At the end of the educational interventions, we shall administer the same questionnaire to the same students to check whether the educational aims have been achieved. This educational project is also centered on the health professional who delivers it, and in this particular situation, that professional is a nurse. The main purpose of the Project 'FolleMente' will be to educate the younger generation to take a step beyond the threshold of appearance, and realise that often behind a bizarre or 'odd' behaviour, there is a person who badly needs to be helped.

3 BACKGROUND

La parola *"stigma"* deriva dal greco. Indicava segni, tagli e bruciature che permettevano di contraddistinguere classi di individui da emarginare. Con il tempo questa parola ha però subito un processo peggiorativo, chiamato stigmatizzazione e rivolto verso i cosiddetti folli, persone considerate diverse o di pubblico scandalo, tanto che la società preferiva rinchiudere all'interno di Istituti carcerari o manicomi, per far finta che non esistessero [1]. Tutto questo fino al grande cambiamento portato da Franco Basaglia, nuovo punto di partenza per l' assistenza ed il trattamento dei pazienti psichiatrici.
Il Ministero della Salute nel 2004 eseguì un «sondaggio sulle conoscenze e gli atteggiamenti dei giovani nei

[1] Ferrara M. Sulle particolarità dello stigma legato alla malattia mentale 2010; 13(1): 23-26.

confronti delle malattie mentali» [2], attraverso un questionario somministrato a degli studenti delle scuole medie superiori di alcune regioni di Italia. L'indagine sulle conoscenze rilevò l'importanza di aumentare il flusso informativo su queste tematiche cercando in particolare di risolvere alcune difficoltà di comprensione e di interpretazione. La classificazione delle malattie secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), non corrisponde sempre alla percezione che di esse ne offrono i ragazzi [3]. Lo studio pilota del Ministero della Salute ha evidenziato la mancanza di conoscenze o per meglio dire giuste informazioni da parte del campione analizzato.
Sono emersi da questa rilevazione interrogativi essenziali: qual è lo stato delle conoscenze attuali, quali sono gli atteggiamenti e quali le opinioni dei ragazzi sulla malattia mentale.
L'indagine è stata condotta attraverso la somministrazione di un questionario, in istituti superiori di nove Regioni Italiane. Il tasso di risposta è stato superiore al 90%; il campione è risultato costituito in leggera prevalenza da studentesse ed il range di età era compreso tra i 16 e i 20 anni. Il questionario sondava l'immagine che gli studenti associano al concetto di persona affetta da malattia mentale, le conoscenze sui disturbi mentali, gli atteggiamenti, le esigenze informative, le principali fonti di informazione, e la vicinanza o meno di questi temi al vissuto quotidiano dei giovani, oltre che ai punti di riferimento che essi considerano essenziali per affrontare questa tematica. È emersa la mancanza di conoscenze, la necessità di ricevere ulteriori elementi indicativi e un'esigenza manifesta di migliorare e incrementare il grado di informazione.
Se poi si considera che le principali fonti di informazione per i ragazzi sono rappresentate dai giornali, dalla televisione e dalla scuola, si può immediatamente comprendere quanto sia importante la somministrazione di un'informazione mirata, tecnica e corretta, sia attraverso i mezzi più tradizionali, che all'interno di un contesto formativo nel quale numerosi possono essere sia gli ambiti che le modalità di intervento. Tutto questo avvalora la necessità di intervenire con un'informazione corretta e con strumenti adeguati al fine di colmare un gap informativo e conoscitivo che necessariamente darebbe, visto il contesto estremamente ricettivo, un' importante contributo al miglioramento della vita sociale delle persone affette da malattie mentali riducendo eventuali atteggiamenti stigmatizzanti nei loro confronti.
In ambito internazionale le funzioni principali dell'infermiere scolastico sono delineate dalla National Association of School Nurses (NASN)[4], secondo la quale l'infermiere svolge un intervento che partendo dai banchi di scuola può supportare i giovani fino all'età adulta. "*L'educazione sanitaria è parte integrante del compito primario della scuola. Essa fornisce ai giovani le conoscenze e le capacità di cui hanno bisogno per poter essere degli studenti capaci e degli adulti sani e produttivi. L'aumento del numero delle scuole che provvedono ad una educazione sanitaria riguardo ai problemi di salute più importanti è un obiettivo cruciale per la sanità ed ha lo scopo di migliorare la salute della nazione"*[5] . *"Ricerche provano l'evidenza per cui promuovere e instaurare comportamenti salutari nei giovani è più efficace, e a volte più facile, dello sforzo attuato nel cambiare comportamenti dannosi già presenti nella popolazione adulta"* [6]. E' importante sottolineare la funzione dell'infermiere scolastico, in qualità di educatore sanitario e responsabile delle politiche di educazione sanitaria nelle scuole. "L'infermiere scolastico promuove la salute. *L'infermiere scolastico `e responsabi-le delle politiche di educazione sanitaria, decise in accordo con l'istituzione scolastica, che possono riguardare gli studenti, i genitori o l'intera comunità"* [7].
L'infermiere scolastico ha il duplice ruolo di educare e prevenire, organi professionali quali l'American Academy of Pediatrics e la National Association of School of Nurses riconoscono all'infermiere scolastico il ruolo di leader nella politica sanitaria scolastica[8]. In quanto esperto clinico presente nella scuola, l'infermiere scolastico è la figura a cui appartiene la leadership delle politiche sanitarie scolastiche, tra queste: la salvaguardia e la promozione della salute. L' attività che l'infermiere scolastico svolge non può prescindere dall'interazione con il personale docente. La relazione che si instaura tra questi professionisti, infermiere e insegnante, può avere due diversi aspetti. Il primo è la *collaborazione*: scambiandosi informazioni utili è

---

[2] Sondaggio sulle conoscenze e gli atteggiamenti dei giovani nei confronti delle malattie mentali. Reperibile presso: http://www.salute.gov.it/campagnastigma/documenti/indagine_attegg_finale.pdf . Consultato il 2012 aprile 13.
[3] Sondaggio sulle conoscenze e gli atteggiamenti dei giovani nei confronti delle malattie mentali. Reperibile presso: http://www.salute.gov.it/campagnastigma/documenti/indagine_attegg_finale.pdf . Consultato il 2012 aprile 13.
[4] National Association of School Nurses (NASN): organo che dal 1979 riunisce le associazioni degli infermieri scolastici degli Stati Uniti Reperibile presso: www.nasn.org. Visitato il:12-12-2012.
[5] Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Health Education Curriculum Analysis Tool; 2007. Reperibile presso: www.cdc.gov/healtyyouth/hecat/pdf/HECAT Overview.pdf. Visitato il 12-12-2012
[6] American Cancer Society, American Diabetes Association, American Heart Association. Learning for life: Health Education in Schools; 2007. Reperibile presso: www.ncaahperd.org/pdf/health. pdf. Visitato il 12-12-2012
[7] American Academy of Pediatrics (AAP). Role of the school nurse in providing school health services; 2008. Reperibile presso: http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;121/5/1052.pdf.. Visitato il 12-12-2012
[8] American Academy of Pediatrics (AAP). Role of the school nurse in providing school health services; 2008. Reperibile presso: http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;121/5/1052.pdf.. Visitato il 09-12-2012

possibile adeguare il proprio approccio e il proprio lavoro verso il ragazzi che necessita di cure. Un secondo aspetto è quello *educativo*, in cui l'infermiere si appronta a trasmettere competenze e conoscenze medico-sanitarie ai docenti.
Le fasi di attuazione di un programma educativo hanno come fulcro centrare colui che le attua e che nella specifica situazione veste i panni dell' Infermiere come educatore e promotore della salute mentale. Si ricorda infatti che l' Infermiere è quel professionista sanitario che ha tra le sue principali competenze l'educazione sanitaria. Tutto questo ha rappresentato il punto di partenza del Progetto "FolleMente".

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivo generale

- Valutare il grado delle conoscenze;
- Educare i giovani contro lo stigma del "matto";
- Promuovere la figura dell' infermiere scolastico come educatore della Salute Mentale;
- Sensibilizzare alla condivisione di esperienze quotidiane con chi soffre di disturbi mentali;
- Sensibilizzare a riconoscere la richiesta di aiuto ed indirizzare verso i servizi territoriali;
- Rendere la collaborazione tra la sanità e la scuola strumento essenziale per far si che ogni studente sia un partecipante attivo nell'elaborazione del proprio progetto personale di benessere.

Obiettivi specifici

- Saper distinguere i fattori che causano i disturbi mentali;
- Stimolare i giovani ad incrementare le conoscenze sui disturbi mentali;
- Aumentare le conoscenze sulla malattia mentale;
- Ridurre il pregiudizio, i luoghi comuni e le false credenze;
- Analizzare come la cultura sostiene e sfida le credenze sulla salute, pratiche e comportamenti;
- Favorire da parte dei giovani l' identificazione dell' infermiere come educatore della salute,
- Aiutare i ragazzi a comprendere i fattori ambientali e culturali che inducono le persone a credere che i così detti "pazzi" siano pericolosi, inguaribili e violenti;
- Spiegare come è strutturata ed organizzata la rete territoriale del Dipartimento di Salute Mentale;
- Rendere la scuola tra le fonti principali di informazione;
- Valutare in che modo la scuola e l' infermiere educatore possano influenzare la salute e i singoli comportamenti degli individui;
- Spiegare come la scuola e le politiche di sanità pubblica possano influenzare la promozione della salute;
- Valutare l' effetto dei media sulla salute personale e familiare;
- Valutare l' impatto della tecnologia sulla vita personale, familiare e la salute della comunità,
- Realizzare dei disegni con l'intento di raccoglierli in un opuscolo che rappresenti la promozione della salute mentale.

Indicatori

- Risposte ai test di entrata ed uscita;
- Osservazione diretta;
- Ascolto attivo;
- Colloqui di gruppo;
- Disegni.

METODOLOGIA

Il punto di partenza del programma educativo sarà la valutazione delle conoscenze, effettuata attraverso la somministrazione di un questionario, reperito presso il sito del Ministero della Salute[9]. Il questionario sarà distribuito in forma cartacea e compilato nel rispetto dell' anonimato. Verranno inoltre utilizzate dispense, video e slide creati appositamente per l'educazione.
Per quel che riguarda invece i metodi verranno utilizzati i dati raccolti, adeguatamente interpretati, lezioni frontali ed un metodo bio-psico-sociale all'interno del quale la formazione viene vista come «un concetto di valorizzazione della soggettività dei singoli attori: è all'interno di una dimensione gruppale che si sviluppa un processo di costruzione comune di conoscenza fondato sull'elaborazione consapevole dell'esperienza dei singoli» [10].
Il programma si propone di aiutare i ragazzi a comprendere i fattori ambientali e culturali che inducono le

[9] Sondaggio sulle conoscenze e gli atteggiamenti dei giovani nei confronti delle malattie mentali. Reperibile presso: http://www.salute.gov.it/campagnastigma/documenti/indagine_attegg_finale.pdf . Consultato il 2012 aprile 13.
10 Braibanti P. IX Congresso Nazionale. La psicologia della salute tra ricerca e intervento nei servizi sociosanitari, nella comunità, nei luoghi di lavoro e nella scuola; 2010 settembre 23-25; Milano: Franco Angeli; 2010.

persone a credere che, i così detti "pazzi", siano persone pericolose, inguaribili e violente, al fine di sviluppare le conoscenze e le capacità necessarie per identificare la realtà, reagendo ad essa positivamente.
Il programma sarà suddiviso in due incontri, preceduti dalla somministrazione del questionario, che si ripeteranno in tutte le classi prese in analisi.
Nel I incontro, di circa due ore, verrà chiesto ai ragazzi di sedersi, non nella tradizionale posizione scolastica, ma mettendo le sedie in cerchio, in modo che tutti possano guardarsi, con il fine di creare un ambiente confidenziale e stimolante. Verranno mostrati alcuni video e slide inerenti la storia dei manicomi e il trattamento riservato ai pazienti, come ad esempio l'elettroshock terapia e la contenzione, affrontando le differenze tra il periodo Pre e Post Basaglia, fino alla definitiva chiusura dei manicomi. Inoltre con l' aiuto di alcune dispense verrà spiegato il concetto dello stigma sociale del "matto" e verranno chiesti commenti, pensieri, riflessioni ed emozioni scaturiti dai video mostrati .
Il II incontro, anche esso di due ore, si svolgerà dopo una settimana e verrà diviso in due parti.
Nella prima parte verranno mostrati video sul cambiamento delle strutture manicomiali dopo la riforma di Franco Basaglia e l'evoluzione del trattamento riservato alle persone ricoverate nelle stesse. Con l'aiuto di slide, verrà illustrata l' attuale organizzazione dei servizi territoriali e verrà fornita una brochure con la suddivisione del Dipartimento di Salute Mentale, di tutti i servizi da esso offerti e come può essere facile oggi accedere a tali strutture.
Nella seconda parte sarà data la possibilità ai giovani di fare domande per risolvere eventuali dubbi non chiariti, verrà somministrato nuovamente il questionario e sarà chiesto ai ragazzi di realizzare dei disegni, rappresentati la promozione della salute mentale.
Il questionario somministrato inizialmente permetterà di valutare il grado di conoscenze per pianificare il percorso educativo, il questionario somministrato nel secondo incontro permetterà di valutare l'eventuale raggiungimento degli obiettivi educativi. I dati raccolti, adeguatamente interpretati, verranno inseriti in grafici elaborati al computer.
Riassumendo, le fasi di attuazione di un programma educativo sono:

- analisi dei problemi e dei bisogni (attraverso il questionario);
- programmazione (creazione del programma educativo);
- operatività o attuazione dell'intervento (intervento educativo);
- valutazione dei risultati raggiunti (somministrazione del nuovo questionario).

5.1 Strumenti di valutazione

Verrà utilizzato un questionario i cui contenuti sono stati ricavati dal Ministero della Salute e dagli insegnanti nominati dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca. Il questionario utilizzato è personale ed anonimo, ma consente di ricavare indicazioni circa la residenza, il sesso, la tipologia di scuola e l'età.
Complessivamente il questionario riporta n.10 domande così strutturate:

- la prima domanda mira a evidenziare qual è l'immagine che gli studenti associano al concetto di persona affetta da malattia mentale;
- le domande n.2 e n. 3 hanno la finalità di indagare sul livello di conoscenze degli studenti, con riferimento alle malattie mentali;
- le domande n.4 e n.5 indagano sull'atteggiamento nei confronti delle malattie mentali, sulla diffusione delle false credenze e dei pregiudizi;
- le domande n.6, n.7 e n.8 mirano ad evidenziare le esigenze informative e le principali fonti di informazione degli studenti sulle malattie mentali;
- le domande n.9 e n.10, invece, forniscono informazioni sulla vicinanza o meno di questi temi al vissuto quotidiano e sui punti di riferimento dei giovani nell'affrontare tali tematiche.

Le risposte dei questionari verranno analizzate e verranno creati dei grafici, saranno messi a confronto i grafici ottenuti dalla prima somministrazione con quelli ottenuti dalla seconda somministrazione, al fine di valutare l'eventuale raggiungimento degli obiettivi educativi preposti. Sarà creato un percorso educativo per ogni classe, simile nella struttura ma modulato a seconda delle lacune presentate e dei bisogni formativi necessari. Durante l'ultimo incontro, dopo la somministrazione del questionario e dopo aver ascoltato le idee dei giovani, saranno consegnati loro dei fogli bianchi e dei colori, verrà chiesto di fare dei disegni con l'intento di raccoglierli in un opuscolo che rappresenti la promozione della salute mentale. Sarà proposta la realizzazione degli elaborati in classe proprio per cercare quanto più possibile l'originalità, la libertà di espressione, la rappresentazione dei loro pensieri, lontana dai canoni comuni che internet e i media propongono. L'intento sarà di non pianificare ma improvvisare con un foglio e un colore, in quanto, la bellezza delle cose è nella semplicità.
Claparéde (1913) afferma che: «nel disegno, infatti, il bambino/ragazzo proietta i suoi stati d'animo, i suoi bisogni, il suo mondo interiore, le sue speranze, le sue gioie, le sue sicurezze, le sue paure, le sue angosce.

Attraverso il disegno il bambino/ragazzo narra vicende vissute o immaginate, trasfigura la realtà, se ne impadronisce, mostra le proprie conoscenze e ragiona su di esse» .
Il disegno è da sempre uno dei metodi educativi per eccellenza, il suo obiettivo è portar fuori ciò che albeggia nei giovani. Con esso si cercherà di far prendere coscienza ai ragazzi, quanto più possibile, dei loro desideri e delle loro idee[11].

RISULTATI ATTESI

Riesaminando i punti salienti descritti precedentemente, gli obiettivi primari di questo studio sono evidenziare la presenza di un pregiudizio sociale tra i giovani e cercare, attraverso l'educazione, di eliminare lo stigma sociale del "matto".
Il metodo scelto sarà l'utilizzo di video, immagini, racconti e diapositive, mirati a far conoscere ai ragazzi un "lato ignoto della stessa medaglia", per poter guardare con occhi nuovi ciò che prima appariva strano, diverso e da emarginante.
I risultati attesi dopo la somministrazione del primo questionario saranno la mancanza di conoscenze o per meglio dire, giuste informazioni da parte del campione analizzato, perché spesso la società attuale riceve la maggioranza delle informazioni attraverso internet e la televisione, i mezzi più usati dai giovani, dove più che la realtà emerge ciò che per i media è di principale interesse.
Per tutti questi motivi verrà effettuata l'educazione sanitaria con l'obiettivo di mostrare la realtà, incrementare le conoscenze e promuove la figura dell' infermiere scolastico come educatore. L'infermiere infatti può concretizzare il suo essere professionista sanitario anche nel contesto scolastico. La scuola è un istituzione che ricopre un' importante funzione nell'educare i giovani ad uno stile di vita salutare. La presenza capillare della scuola come istituzione sul territorio fa si che essa sia una base ideale per l' implementazione di un servizio sanitario pubblico, rivolto in primo luogo alle generazioni dei giovani. L'infermiere scolastico è il professionista chiamato a raggiungere questo obiettivo, purtoppo nella realtà italiana questa figura è assente. La National Association of School Nurses (NASN) dice che l'infermiere svolge un intervento che partendo dai banchi di Scuola può supportare i giovani fino all'età adulta.
Operare nella scuola significa occuparsi dello studente in modo globale: nel suo presente, nel suo contesto sociale e di conseguenza nel suo futuro.
Oggi l'educazione sanitaria assume sempre maggiore importanza nelle politiche sanitarie nazionali e internazionali e il risultato atteso è riuscire a promuovere la figura dell' infermiere come educatore sanitario nelle scuole.
Durante l'educazione l'aspettativa principale sarà quella di ottenere una partecipazione attiva, attenzione e coinvolgimento da parte dei ragazzi.
Risultato atteso finale sarà quello di evidenziare l'Infermiere come quel professionista sanitario che ha tra le sue principali competenze l'educazione sanitaria. Su quest'ultima si concentra l'attenzione, essendo, il Progetto "FolleMente", incentrato sull'educare i giovani: ad avere una nuova concezione della "pazzia", ad imparare a guardare oltre le apparenze e ad evitare di puntate il dito verso coloro che la società emargina, cercando piuttosto di capire il motivo che si nasconde dietro ad un comportamento bizzarro o un atteggiamento ritenuto "diverso".

PIANIFICAZIONE

Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
Analisi di sfondo	Coordinatori e project team	30 giorni nov dic
Mappatura delle scuole ed adesioni delle scuole	Project manager, Coordinatori e project team	90 giorni gen- feb- mar
Pre test: Somministrazione questionari e raccolta dati	Coordinatori e project team	30 giorni apr
Analisi Dati / Elaborazione Dati	Coordinatori e project team	90 giorni magg giun lug
Percorso formativo con Somministrazione questionario post – educazione	Coordinatori e project team	150 giorni sett—gen 2014
Elaborazioni statistiche	Coordinatori e project team	90 gg feb marz apr
Stesura report di ricerca	Coordinatori e project team	60 giorni maggio giugno
Pubblicazione finale	Project manager Coordinatori e project team	15 giorni luglio
Chiusura progetto	Project manager Coordinatori e project team	15 giorni luglio

11 Bellatalla L, Marescotti E. I sentieri della scienza dell'educazione. Milano: Franco Angeli; 2011. p. 207.

DIAGRAMMA GANTT

MESE	Nov 2012	Dic 2012	Gen 2013	Feb 2013	Mar 2013	Apr 2013	Mag 2013	Giu 2013	Lug 2013	Sett 2013	Ott 2013	Nov 2013	Dic 2013
Analisi di sfondo													
Mappatura delle scuole ed adesioni delle scuole													
Pre test: Somministrazione questionari e raccolta dati													
Analisi Dati / Elaborazione Dati													
Percorso formativo con somministrazione questionario post - educazione													

MESE	Gen 2014	Feb 2014	Mar 2014	Apr 2014	Mag 2014	Giu 2014	Lug 2014
Percorso formativo con somministrazione questionario post - educazione							
Elaborazioni statistiche							
Stesura report di ricerca							
Pubblicazione finale							
Chiusura progetto							

BIBLIOGRAFIA

American Academy of Pediatrics (AAP). Role of the school nurse in providing school health services; 2008. Reperibile presso: http://aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;121/5/1052.pdf. Consultato il 09-12-2012

American Cancer Society, American Diabetes Association, American Heart Association. Learning for life: Health Education in Schools; 2007. Reperibile presso: www.ncaahperd.org/pdf/health. pdf. Consultato il 12-12-2012

Balestrieri M, Bellantuono C, Berardi D, Di Giannantonio M, Rigatelli M., Siracusano. Manuale di Psichiatria. Roma: il Pensiero Scientifico; 2007

Barelli P, Spagnolli E. Nursing di salute mentale. 4a ed. Roma: Carocci Faber; 2009

Basaglia F. L'istituzione negata rapporto da un ospedale psichiatrico. Milano: Baldini Castoldi; 1968

Bellatalla L, Marescotti E. I sentieri della scienza dell'educazione. Milano: Franco Angeli; 2011

Belloi L, Valgimigli C. La notte dell'assistenza: "i vecchi legati": quali alternative?. 7 ed., Milano: Franco Angeli; 2007

Benci L. Aspetti giuridici della professione infermieristica. 5a ed. Milano: McGraw-Hill; 2008

Betti M, Di Fiorino M. Psichiatria e igiene mentale: ruolo e funzioni dell'infermiere. Milano: McGraw-Hill; 1997

Bicego L, Bradolin C, Cociani A, Fascì A, Semeria N. Salute mentale organizzazione che cura infermiere, spazi, azioni, vissuti di cura. Dogana San Marino: Maggioli Editore; 2008

Braibanti P. IX Congresso Nazionale. La psicologia della salute tra ricerca e intervento nei servizi sociosanitari, nella comunità, nei luoghi di lavoro e nella scuola; 2010 settembre 23-25; Milano: FrancoAngeli; 2010

Cester A, Gumirato G. I percorsi della contenzione: dal caos al metodo. Santa Lucia di Piave (TV): Edizioni Vega; 1997

Ciambrello C, Cantelmi T, Pasini A. Infermieristica clinica in igiene mentale. Milano: Ambrosiana 2001

Civita A, Cosenza D. La cura della malattia mentale. Milano: Mondatori. 1999

Cleaver K, Rich A. Sexual health promotion: the barriers school nurses face. Community Pract. 2005;78(12): 429-432

Collegio Provinciale IPASVI di Roma, a cura di. La sfida del cambiamento: l'infermiere in psichiatria. Ruoli e competenze. Roma: Collegio IPASVI; 2008. (Collana Arcobaleno; vol 18)

Cornaggia CM., Mascarini A., Zappa L.E. Etica della contenzione: criticità della cura. Roma: CIC Edizioni Internazionali; 2008

De Nicolò ML., Berretta G. La malattia mentale nella storia. Milano: Mediamix. 1998

Delaney KR, Staten RT. Prevention approaches in child mental health disorders. Nurs Clin North Am. 2010; 45(4):521-539

Drigo ML., Borzaga L., Mercurio A., Satta E. Clinica e nursing in psichiatria: spazio di incontro tra operatori e pazienti. Milano: Ambrosiana; 1993

Ferrara M. Sulle particolarità dello stigma legato alla malattia mentale 2010; 13(1): 23-26

National Association of School Nurses (NASN): Reperibile presso: www.nasn.org. Consultato il: 12-12-2012

Giusto G. Manuale di psichiatria pratica: per infermieri e operatori psichiatrici. Savona: Editrice Liguria; 1990.

Gulizia D, Lugo F, Cocchi A, Zanobio A, Brezzo A, Lauretta G. et al. La contenzione fisica in ospedale: evidence based guideline. Milano: Ospedale Ca' Granda; 2008

Sanders LB. The provision of mental health services on Long Island college campuses: a pilot study. JNY State Nurses Association 2007; 38(1): 9-12

Schaffer MA, Goodhue A, Stennes K, Lanigan C. Evaluation of a public health nurse visiting program for pregnant and parenting teens. Public Health Nurs 2012; 29(3):218-231

Schiavon M. La contenzione: il recupero della centralità della persona assistita. L'assistenza, la sicurezza. Roma: Lithos; 2006

Secchiaroli L. Principi di psichiatria: manuale per i corsi di laurea in scienze infermieristiche e per gli operatori sanitari. 4a ed. Roma: Carocci Faber; 2009

Sondaggio sulle conoscenze e gli atteggiamenti dei giovani nei confronti delle malattie mentali. Reperibile presso: http://www.salute.gov.it/campagnastigma/documenti/indagine_attegg_finale.pdf. Consultato il 2012 aprile 13

Tacchini MA. Professione infermiere nei servizi psichiatrici: dalla teoria alla prassi. Milano: Masson; 1998

Tagliacozzi B., Pallotta A. Scene da un manicomio. Roma: Ma.Gi.; 2004

Vigorelli M. Il lavoro nella cura delle istituzioni progetti, gruppi e contesti nell'intervento psicologico. Milano: Franco Angeli; 2005

Volterra V. Psichiatria forense, criminologia ed etica psichiatrica. 2a ed. Milano: Elsevier; 2010

Wantz RA, Firmin MW, Stolzfus MJ, Ray BN, Holmes HJ, Geib EF. Undergraduate college students' perceptions of psychiatric nurses. Issues Ment Health Nurs 2012; 33(11):769-776.

Zapparoli G. La psichiatria oggi. Torino: Boringhieri; 1988

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

EDINBURGH FEEDING EVALUATION IN DEMENTIA (EdFED)

COORDINATORE PROGETTO
L. Sasso
A.M. Bagnasco

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD. 2.13.12

TITOLO PROGETTO

Validazione linguistica e culturale della versione italiana della scala Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia (EdFED)

A linguistic and cultural validation of the Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia (EdFED) Scale

2. ABSTRACT

Background: la valutazione dei fattori correlati alla nutrizione dei pazienti con demenza è un problema di grande rilevanza poiché permette di prevenire condizioni di malnutrizione nelle persone affette da tale patologia.
La scala Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia (EdFED) permette di valutare questi fattori, è stata validata in Cina e non esiste una versione validata in Italiano. La traduzione linguistica e lo studio della validità di costrutto della versione italiana potrebbero essere di grande utilità per sviluppare il processo iniziato dai ricercatori che hanno condotto lo studio cinese.

Obiettivi: realizzare la valutazione della validità di costrutto della versione italiana della scala di valutazione alimentare sulla demenza Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia (EdFED)

Metodi: i partecipanti (circa n = 400) saranno selezionati tra i residenti in strutture per anziani della Regione Liguria, con diagnosi di demenza. Gli assistenti alla ricerca che raccoglieranno i dati, verranno istruiti ad osservare le difficoltà nutrizionali e l'apporto del cibo. L'alimentazione verrà osservata per 2 giorni durante il pranzo e la cena. I dati saranno analizzati attraverso l'analisi delle componenti principali, la scala Mokken e le correlazioni interclasse.

Risultati attesi: la versione italiana della scala sarà correlata con costrutti esterni, come il peso e l'indice di massa corporea, come previsto dal modello dei bisogni non soddisfatti. La versione italiana verrà inoltre correlata con la scala di valutazione delle attitudini all'assistenza nutrizionale SANN - G Scale (versione italiana validata).

Parole chiave: Validità di costrutto, demenza, scala di Edimburgo, alimentazione, assistenza infermieristica.

ABSTRACT

Background: evaluating the factors correlated to the nutrition of older people affected by dementia is very important because this can prevent them from developing conditions of malnutrition. The Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia (EdFED) Scale can used to evaluate these factors. The EdFED Scale has already been linguistically and culturally validated in China, but not in Italy. So, the linguistic translation and the test of its construct validity in Italian could be very useful to further develop a process started by the researchers who conducted the Chines study.

Aims: test the construct validity of the Italian version of the EdFED Scale.

Methods: about 400 participants will be selected among the residents affected by dementia living in nursing homes: The research assistants that will collect the data, will be trained to observe the residents' eating problems and their food intake. Each resident will be observed for two days, during lunch and dinner. The data will be analysed using the principal component analysis, Mokken scaling and interclass correlations.

Expected results: the Italian version of the EdFED Scale will be correlated with external constructs, such as the residents' weight and Body Mass Index (BMI), according to the unmet needs model. The Italian version will also be correlated with the validated Italian version of the Staff Attitudes to Nutritional Nursing Geriatric Care Scale (SANN-G Scale).

Keywords: Construct validity, dementia, EdFED Scale, nutrition, nursing care.

3 BACKGROUND

Le persone con demenza hanno bisogni nutrizionali specifici e correlati al grado di compromissione dell'autonomia dovuto alla patologia(1). Le variazioni dei bisogni sono determinate anche dai cambiamenti comportamentali dovuti alla evoluzione della patologia(2). Negli stadi avanzati della patologia, le condizioni comportamentali dei pazienti con demenza sono state molto studiate anche in relazione al momento del pasto(3,4,5). La Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia (EdFED) è una scala sviluppata da Watson e Deary(8). La scala permette di misurare le difficoltà nell'alimentazione delle persone con demenza. Alcuni studi hanno dimostrato l'affidabilità dello strumento(6,7,8). Lo strumento è stato tradotto in cinese(9) ed è stata dimostrata l'equivalenza della versione inglese e cinese. Lo strumento è stato ampiamente testato ma, la convalida interculturale che permette il confronto tra popolazioni e il superamento di barriere linguistiche e culturali(10) è stata fatta solo in Cina. L'identificazione delle differenze attribuibili alla cultura e la valutazione delle relazioni tra i costrutti misurati dallo strumento è essenziale per analizzare il fenomeno in tutte le culture(11). Definire se uno strumento misura gli stessi costrutti dopo che lo stesso è stato adattato ad un nuovo gruppo linguistico è fondamentale, in generale per la convalida ed in particolare per l'adattamento alla cultura(12). Questo è possibile solo dopo che lo strumento sia stato adattato e sia risultato essere linguisticamente equivalente in entrambe le culture(13).
La Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia (EdFED), nella edizione originale comprendeva tre fattori: ostinazione e passività del paziente durante l'assunzione di cibo, intervento infermieristico e l'indicatore di difficoltà nutrizionale. Per la validazione di questi fattori nella cultura cinese il comportamento correlato alla difficoltà di mangiare è stato analizzato sulla base dei fattori antecedenti e conseguenti che lo condizionavano. Per la validazione è stato utilizzato il modello dei "bisogni non soddisfatti" di Cohen(14), in quanto le persone dementi non sono in grado di comunicare il bisogno della fame e i bisogni correlati al self-care(15).

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivo generale
Realizzare la validazione linguistica e culturale della versione italiana della scala di valutazione dell'alimentazione sulla demenza Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia (EdFED).

Obiettivi specifici
1. Validare la traduzione in lingua italiana della scala Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia (EdFED)
2. Valutare la validità di costrutto della scala Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia (EdFED) tradotta in lingua italiana

Per la determinazione della consistenza interna degli items della scala verrà utilizzato il Cronbach's alpha. Per la validazione di costrutto esterno (tra le variabili della scala e le variabili esterne identificate) verrà utilizzato il test di Pearson. Inoltre per l'analisi delle componenti principali verrà utilizzata una tecnica multivariata per ridurre le dimensioni latenti.

METODOLOGIA

La validazione linguistica della scala Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia (EdFED) verrà effettuata attraverso il processo di back-translation. La validità di costrutto verrà realizzata in due fasi: analisi teorica, test empirici.
L'analisi teorica prevede la definizione del significato del concetto. Per realizzarla sarà necessario porre in relazione il concetto analizzato con gli altri concetti da esplorare. Successivamente sarà necessario introdurre il concetti nel costrutto teorico. Per il completamento dell'analisi teorica i concetti dovranno intersecarsi con il modello dei bisogni non soddisfatti.
I test empirici verranno realizzati registrando le seguenti variabili:
a) Stato cognitivo.
b) Tempo di consumazione del pasto.
c) Quantità di cibo.
d) Peso.
e) BMI.

Gli strumenti utilizzati per l'osservazione:
a) Indice dello stato nutrizionale Mini-Mental State Examination (MMSE).
b) Barthel Index.
c) Timing (misura della durata del pasto con orologio). T0 (inizio)= momento in cui viene appoggiato il vassoio sul tavolo, T1 (fine) momento in cui l'assistente al pasto valuta che la persona abbia terminato.
d) Peso (1 ora prima ed 1 ora dopo il pasto) con la bilancia presente in istituto.
e) Attitudine degli infermieri alla valutazione dello stato nutrizionle (Staff Attitudes to Nutritional Nursing Geriatric Care Scale SANN-G scale).

I risultati dell'analisi fattoriale verranno presentati con il modello cumulativo gerarchico scala Mokken. Questa rappresentazione permetterà di visualizzare non solo l'inclusione e l'esclusione dei fattori (Guttman) ma anche le diverse sfumature di classificazione dei fattori identificati.
La diffusione dei risultati potrà avvenire attraverso la pubblicazione del lavoro su una rivista internazionale impattata e la presentazione a conferenze nazionali ed internazionali.

RISULTATI ATTESI

La validazione italiana linguistica e di costrutto della scala Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia (EdFED) richiede la formazione di tre gruppi di ricerca formati da tre infermieri ciascuno. Ogni gruppo dovrà osservare 30/40 persone con diagnosi di demenza in 2/3 settimane.
L'osservazione diretta sul campo prevede l'inclusione di circa 400 persone affette da demenza in totale. L'osservazione dovrà essere ripetuta per due giorni consecutivi in relazione al pasto e alla cena. La rilevazione dei dati con le modalità sopra citate, permetterà di utilizzare il software SPSS 17 per la valutazione dei fattori presenti nella scala e di eseguire i test di validità intervalutatore interclasse (ICC) per ciascuna delle 11 classi e che potranno essere ripetuti sui tre team.
Data la sequenza di pubblicazioni sull'argomento sulle riviste più quotate dell'infermieristica ed il collegamento delle stesse a prestigiosi circuiti internazionali di conferenze quali il Royal College of Nursing (RCN), si può presupporre la spendibilità del progetto attraverso queste reti.

PIANIFICAZIONE

Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
Revisione sistematica della letteratura scientifica	Coordinatore e Project manager	Aprile 2013
Elaborazione strumenti di indagine e pre-test	Project manager e team	Maggio 2013
Osservazione sul campo	Team	Giugno -Luglio - Agosto 2013
Analisi ed elaborazioni	Coordinatore e Project manager	Settembre 2013
Stesura report di ricerca	Coordinatore e Project manager	Ottobre -Novembre 2013
Pubblicazione finale	Project manager e team	Dicembre – febbraio 2014
Chiusura progetto	Coordinatore e Project manager	Marzo - Aprile 2014

DIAGRAMMA GANTT

	Aprile 2013	Mag 2013	Giu 2013	Lug 2013	Ago 2013	Sett 2013	Ott 2013	Nov 2013	Dic 2013	Gen 2014	Feb 2014	Mar 2014	Apr 2014
Fase 1	■												
Fase 2		■											
Fase 3			■	■	■								
Fase 4						■							
Fase 5							■	■					
Fase 6									■	■	■		
Fase 7												■	■

BIBLIOGRAFIA

1. Berlmger WG, Potter J F. Low body mass mdex mdemented outpatients. Journal of the Amencan Genetics Society 1991; 39: 973-978.
2. Backsbom A, Norberg A, Norberg B. Feeding diifficulties in long stay patients at nursing homes Caregiver tumover and caregiver's assessments of duration and difficultyof assisted feeding and amount of feed received by the patient International Joumal of Nursing Studies 1987; 24: 69-76.
3. Fairbum CG, Hope RA. Change in bebaviour dementia a neglected research area. Bntish Journal of Psychiatry 1988a;152:406-407.
4. Norberg A, Norberg B, Gippert H, Bexell G. Ethical conflicts in long-term care of the aged nutritional problems and the patient-care worker relationship. British Medical Joumal. 1980b; 280:377-378.
5. Watson R. Measuring feeding difficulty in patients with dementia, perspectives and problems. Joumal of Advanced Nursing. 1993; 18: 25-31.
6. Watson R. The Mokken scaling procedure (MSP) applied to the measurement of feeding difficulty in elderly people with dementia. International Journal of Nursing Studies 1996. 33: 385–393.
7. Watson R, Deary I.J. Measuring feeding difficulty in patients with dementia: multivariate analysis of feeding problems, nursing intervention and indicators of feeding difficulty. Journal of Advanced Nursing. 1994; 20: 283–287.
8. Watson R, Deary I.J. Feeding difficulty in elderly patients with dementia: confirmatory factor analysis. International Journal of Nursing Studies 1997; 34:405–414.
9. Lin LC, Chang CC. A Chinese translation of the EdFEDQ and assessment of equivalence. Alzheimer Disease and Associated Disorders 2003; 17:230–235.
10. Cook C, Richardson JK, Braga L, Menezes A, Soler X, Kume P, Zaninelli M, Socolows F, Pietrobon R. Cross-cultural adaptation and validation of the Brazilian Portuguese version of the neck disability index and neck pain and disability scale. Spine. 2006; 31: 1621–1627.
11. DeVon H A, Block M E, Moyle-Wright P, Ernst DM, Hayden SJ, Lazzara DJ, Savoy SM, Kostas-Polston EA. Psychometric toolbox for testing validity and reliability. Journal of Nursing Scholarship 2007; 39:155–164.
12. Geisinger KF. Cross-cultural normative assessment: translation and adaptation issues influencing the normative interpretation of assessment instruments. Psychological Assessment 1994; 6:304–312.
13. Guillemin F., Bombardier C., Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. Journal of Clinical Epidemiology. 1993; 46:1417–1432.
14. Cohen-Mansfield J. Theoretical frameworks for behavioral problems in dementia. Alzheimer's Care Quarterly. 2000; a1;8–21.
15. Lin LC, Watson R, Lee YC, Chou YC, WU SC. Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia (EdFED) scale: cross-cultural validation of the Chinese version. Journal of Advanced Nursing. 2008 62(1): 116–123.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

PATIENT ASSESSMENT OF CHRONIC ILLNESS CARE (PACIC)

COORDINATORE PROGETTO
L. Sasso
A.M. Bagnasco

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD. 2.13.13

TITOLO PROGETTO

Validazione della versione italiana del questionario Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) nel paziente affetto da almeno una patologia cronica

Validation of the Italian version of the Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) in patients suffering from at least one chronic disease

2. ABSTRACT

Background: la sfida per il prossimo futuro è di colmare il divario tra l'assistenza basata sull'evidenza e l'assistenza proattiva, centrata sul paziente. L'urgenza del cambiamento è sottolineata dal previsto aumento delle persone che vivono con una malattia cronica. Alla base dell'assistenza centrata sul paziente c'è la partnership reciprocamente vantaggiosa fra il professionista sanitario che ha in carico il paziente e il paziente. In Italia non esiste uno strumento che valuta la prospettiva del paziente rispetto alle cure ricevute per la malattia cronica da cui è affetto, che aiuti il team che a comprendere il livello di integrazione e di efficacia nelle cure.

Obiettivi: valutare la validità e l'affidabilità della versione italiana del questionario PACIC (Patient Assessment of Chronic Illness Care) determinando la validità di contenuto, l'affidabilità test-retest, la consistenza interna e la validità di costrutto.

Metodi e strumenti: il processo di validazione seguirà le linee guida riconosciute a livello internazionale riguardo le caratteristiche psicometriche degli strumenti: la traduzione e il processo di adattamento culturale, validità di contenuto, affidabilità al test-retest, consistenza interna e validità di costrutto.

Risultati attesi: il questionario PACIC in italiano risulterà essere uno strumento valido ed affidabile per misurare la percezione del paziente affetto da almeno una patologia cronica rispetto alle cure ricevute.

Parole chiave: Malattie croniche; infermieristica; assistenza centrata sul paziente e sulla famiglia; validazione; cure primarie; questionario, affidabilità.

ABSTRACT

Background: the challenge for the near future is to bridge the gap between evidence-based care and proactive, patient-centred care. The urge for change is underlined by the expected increase in the number of people living with chronic illness. Underpinning patient-centred care, there is a mutually beneficial partnership between the health care professional and the patient. However, in Italy we still do not have a tool to assesses the patient's perception of the care received for chronic disease, which would help the healthcare team that is in charge of the patient care to understand the level of integration of care in clinical practice.

Aims: Assess the validity and reliability of the Italian version of the PACIC (Patient Assessment of Chronic Illness Care) questionnaire, to determine its content validity, test-retest reliability, internal consistency, and construct validity.

Methods and instruments: the validation process will follow the internationally recognized guidelines regarding the psychometric characteristics of the scientific instruments: the translation and the process of cultural adaptation, content validity, test-retest reliability, internal consistency and construct validity.

Expected results: the Italian PACIC questionnaire will be a valid and reliable instrument to measure the perceptions of patients with at least one chronic disease regarding the treatment received.

Key-words: Chronic illness; nursing, patient and family centred care, validation, primary care, survey, reliability.

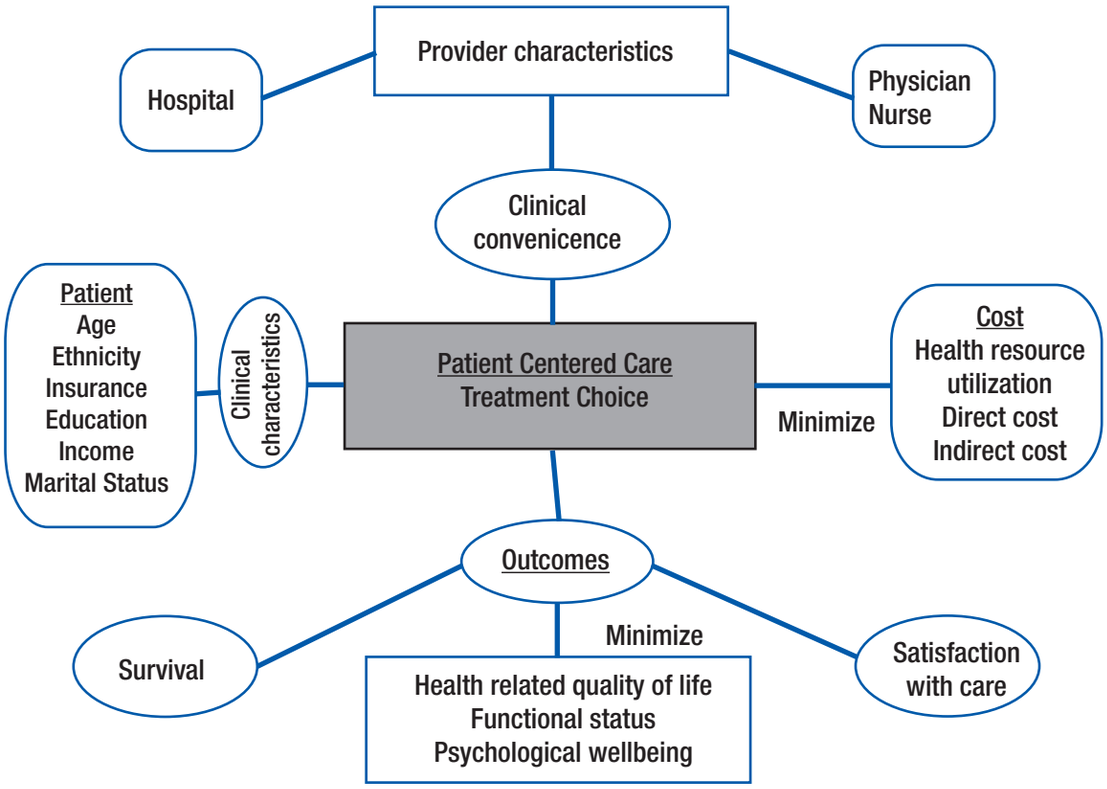
3 BACKGROUND

Il divario tra l'assistenza basata sull'evidenza e l'assistenza proattiva, centrata sul paziente è ben documentato in letteratura. La sfida per il prossimo futuro è quello di colmare questo divario(1). L'urgenza del cambiamento è sottolineata dal previsto aumento delle persone che vivono con una malattia cronica: in molti paesi industrializzati l'invecchiamento della popolazione, combinato con il miglioramento dei trattamenti per molte malattie croniche, ha già determinato un incremento della domanda di assistenza(2). Le malattie croniche colpiscono tutti i paesi e l'aumento della loro prevalenza è in gran parte attribuibile ai cambiamenti demografici, aumento della speranza di vita, cambiamento degli stili di vita, il miglioramento della gestione e del trattamento delle malattie e una migliore comprensione dei fattori che causano cattive condizioni di salute e malattia(3). Nella Regione Europea dell'OMS, l'86% delle cause di decesso è costituito dalle malattie croniche(4). La gestione delle malattie croniche richiede un approccio sistematico e il coordinamento degli interventi sanitari su più livelli (individuale, organizzativo, locale e nazionale). Buone prove di efficacia indicano che il coordinamento dei diversi contesti di cura e dei providers è più efficace degli interventi singoli(4-5). Studi dimostrano che quando chi progetta l'assistenza, chi la eroga ed i pazienti e le famiglie lavorano in partnership, la qualità e la sicurezza delle cure "aumentano", si riducono i costi e aumenta la soddisfazione del paziente(6-10). La Patient Centred Care (PCC)(11) intende la care come scelta della cura più adatta per quel paziente, come insieme di molteplici sfere: le caratteristiche cliniche e socio demografiche del paziente; le caratteristiche dei providers (della struttura e degli operatori) che insieme compiono la scelta per la miglior cura del paziente, riducendo l'utilizzo delle risorse (e i costi diretti e indiretti) e aumentando la soddisfazione del paziente per le cure ricevute, la sopravvivenza, migliorando la qualità di vita e il benessere psico-fisico e la capacità di autogestione.
Le caratteristiche fondamentali della PCC sono state identificate come: l'individualizzazione della cura del paziente e il coinvolgimento del paziente e della famiglia nella cura attraverso l'informazione e il processo decisionale condiviso e la soddisfazione del paziente per le cure ricevute(12-13).
Il Picker Commonwealth Program for Patient-Centered Care ha utilizzato i risultati emersi da focus groups e dalle interviste condotte con i pazienti e le loro famiglie per creare strumenti di indagine che misurassero la percezione del paziente rispetto alla cura ricevuta. Il questionario PACIC (Patient Assessment of Chronic Illness Care questionnaire)(14) (Questionario per la valutazione delle cure per malattie croniche) è un strumento che vede il paziente al centro del processo di cura secondo il modello della Patient Centred Care (PCC) e ha l'obiettivo di valutare la qualità delle cure ricevute per la malattia cronica secondo il paradigma del Chronic Care Model (CCM).
Il questionario è suddiviso in cinque sottoscale per riflettere le componenti chiave del CCM:

1. attivazione paziente (item 1-3). Le azioni che richiedono l'input del paziente e il coinvolgimento nel processo decisionale;
2. progettazione di un sistemi di erogazioene delle cure di supporto alla presa di decisioni (4-6). Le azioni messe in atto per organizzare l'assistenza e fornire informazioni ai pazienti per migliorare la loro comprensione della cura;
3. la definizione degli obiettivi/tailoring (7-11). L'acquisizione di informazioni e l'impostazione di specifici obiettivi di collaborazione;
4. problem-solving/contesto(12-15). Considerazione dei potenziali ostacoli e l'ambiente sociale e culturale del paziente nel fare piani di trattamento;
5. e follow-up/coordination (16-20). Organizzare la cura per rafforzare il trattamento erogato nella struttura ospedaliera, e il contatto proattivo con i pazienti per valutare i progressi e coordinare le cure. Ogni elemento ha un punteggio da 1 (mai) a 5 (sempre). Punteggi più alti indicano un management per malattie croniche più strutturato. Il PACIC in lingua inglese è stato sviluppato e validato(14-15) in un campione eterogeneo di pazienti affetti da patologie mediche (diabete e ipertensione), negli Stati Uniti ed è stato utilizzato in varie popolazioni e contesti. E' stato anche tradotto e validato in spagnolo(17), in olandese(18), in danese(19) e in altre lingue e popolazioni in Europa(20).

ABSTRACT

Obiettivo generale
Validazione della traduzione in italiano del questionario Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) nel paziente affetto da almeno una patologia cronica.



Obiettivi specifici
1.Validare la traduzione in lingua italiana della scala Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC).
2.Valutare la validità di costrutto della scala Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC) tradotta in lingua italiana.

METODOLOGIA

5. METODOLOGIA
Co-istituzione delle informazioni elementari. Il processo di validazione seguirà le linee guida riconosciute a livello internazionale riguardo la verifica delle proprietà psicometriche di uno strumento: validità di contenuto, affidabilità al test re-test, consistenza interna e validità di costrutto.
Per quanto riguarda la struttura del campione, i criteri di inclusione saranno: lingua parlata italiano, buona comprensione dell'italiano scritto, età>18, aver effettuato almeno una visita in quell'ambulatorio nei 6 mesi che precedono la visita per entrare nello studio, paziente affetto da almeno una delle seguenti patologia croniche:
– Malattie cardiovascolari,
– Patologie dismetaboliche – diabete, Artrite,
– Patologie respiratorie di natura ostruttiva.

Criteri di esclusione:
- Diagnosi di disturbi neuropsichiatrici,
- Soggetti stranieri/non parlanti italiano
- Scarsa abilità di lettura.

Più in particolare nella prima fase seguiremo le linee guida dell'OMS per la traduzione e l'adattamento degli strumenti scientifici che prevede quattro fasi:
– Forward translation;
– Expert panel Back-translation;
– Pre-testing e intervista cognitiva;
– Versione finale.
I dati saranno analizzati per mezzo del software SPSS Versione 17.0.
La diffusione dei risultati potrà avvenire attraverso la pubblicazione del lavoro su una rivista internazionale impattata e la presentazione a Conferenze nazionali ed internazionali.

RISULTATI ATTESI

Il questionario PACIC sarà somministrato a 150 pazienti affetti da almeno una patologia cronica.
Il questionario PACIC ha un'elevata consistenza interna, adeguata validità di costrutto, adeguata affidabilità al test-re-test in un range di tempo che va dalle 2 alle 4 settimane.
Verificare che il questionario PACIC validato in italiano possieda componenti rilevanti per la valutazione delle cure per le patologie croniche, ricevute dal paziente e riferite dal paziente.
I risultati dello studio saranno presentati ad un congresso internazionale.

PIANIFICAZIONE

Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
Revisione sistematica della letteratura scientifica	Coordinatore Project manager	Maggio Giugno 2013
Elaborazione strumenti di indagine e pre-test	Project manager e team	Giugno Luglio Agosto
Raccolta dei dati e delle informazioni	Team	Settembre – Ottobre – Novembre 2013
Analisi ed elaborazioni	Coordinatore e Project manager	Dicembre 2013
Stesura report di ricerca	Coordinatore Project manager	Gennaio 2014
Pubblicazione finale	Project manager e team	Febbraio 2014
Chiusura progetto	Coordinatore Project manager	Marzo 2014

DIAGRAMMA GANTT

	Mag 2013	Giu 2013	Lug 2013	Ago 2013	Sett 2013	Ott 2013	Nov 2013	Dic 2013	Gen 2014	Febb 2014	Mar 2014
Fase 1	■	■									
Fase 2		■	■	■							
Fase 3					■	■	■				
Fase 4								■			
Fase 5									■		
Fase 6										■	
Fase 7											■

BIBLIOGRAFIA

1. Berlmger WG, Potter J F. Low body mass mdex mdemented outpatients. Journal of the Amencan Genetics Society 1991; 39: 973-978.
2. Backsbom A, Norberg A, Norberg B. Feeding diifficulties in long stay patients at nursing homes Caregiver tumover and caregiver's assessments of duration and difficultyof assisted feeding and amount of feed received by the patient International Joumal of Nursing Studies 1987; 24: 69-76.
3. Fairbum CG, Hope RA. Change in bebaviour dementia a neglected research area. Bntish Journal of Psychiatry 1988a;152:406-407.
4. Norberg A, Norberg B, Gippert H, Bexell G. Ethical conflicts in long-term care of the aged nutritional problems and the patient-care worker relationship. British Medical Joumal. 1980b; 280:377-378.
5. Watson R. Measuring feeding difficulty in patients with dementia, perspectives and problems. Joumal of Advanced Nursing. 1993; 18: 25-31.
6. Watson R. The Mokken scaling procedure (MSP) applied to the measurement of feeding difficulty in elderly people with dementia. International Journal of Nursing Studies 1996. 33: 385–393.
7. Watson R, Deary I.J. Measuring feeding difficulty in patients with dementia: multivariate analysis of feeding problems, nursing intervention and indicators of feeding difficulty. Journal of Advanced Nursing. 1994; 20: 283–287.

8. Watson R, Deary I.J. Feeding difficulty in elderly patients with dementia: confirmatory factor analysis. International Journal of Nursing Studies 1997; 34:405–414.
9. Lin LC, Chang CC. A Chinese translation of the EdFEDQ and assessment of equivalence. Alzheimer Disease and Associated Disorders 2003; 17:230–235.
10. Cook C, Richardson JK, Braga L, Menezes A, Soler X, Kume P, Zaninelli M, Socolows F, Pietrobon R. Cross-cultural adaptation and validation of the Brazilian Portuguese version of the neck disability index and neck pain and disability scale. Spine. 2006; 31: 1621–1627.
11. DeVon H A, Block M E, Moyle-Wright P, Ernst DM, Hayden SJ, Lazzara DJ, Savoy SM, Kostas-Polston EA. Psychometric toolbox for testing validity and reliability. Journal of Nursing Scholarship 2007; 39:155–164.
12. Geisinger KF. Cross-cultural normative assessment: translation and adaptation issues influencing the normative interpretation of assessment instruments. Psychological Assessment 1994; 6:304–312.
13. Guillemin F., Bombardier C., Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. Journal of Clinical Epidemiology. 1993; 46:1417–1432.
14. Cohen-Mansfield J. Theoretical frameworks for behavioral problems in dementia. Alzheimer's Care Quarterly. 2000; a1;8–21.
15. Lin LC, Watson R, Lee YC, Chou YC, WU SC. Edinburgh Feeding Evaluation in Dementia (EdFED) scale: cross-cultural validation of the Chinese version. Journal of Advanced Nursing. 2008 62(1): 116–123.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

ASSISTENZA CENTRATA SULLA FAMIGLIA E SODDISFAZIONE DEI GENITORI IN NEONATOLOGIA

COORDINATORE PROGETTO
I. Dall'Oglio

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD. 2.13.14

TITOLO PROGETTO

Valutare l'assistenza centrata sulla famiglia in neonatologia utilizzando l'indicatore di qualità della soddisfazione dei genitori

Evaluating family-centered care in neonatology using the quality performance indicator of parent satisfaction

2. ABSTRACT

La soddisfazione dei genitori (SG) è un indicatore di qualità dell'assistenza centrata sulla famiglia (FCC) offerta in Terapia Intensiva Neonatale (TIN). In Italia, la SG non è stata esplorata con strumenti validati, né è stata valutata la FCC in TIN, considerando i diversi domini di cui si compone. Ciò è importante per la difformità di politiche e pratiche sul territorio nazionale, e per individuare gli elementi core della FCC, predittivi di maggiore SG.

Obiettivo dello studio: valutare la qualità della FCC con uno strumento validato di SG ed esplorarne la relazione con il livello di FCC espresso dai professionisti e dall'organizzazione della TIN.

E' previsto un progetto multi fase I: studio di validazione di un questionario olandese validato sulla SG, tradotto e adattato in italiano. Coinvolgerà 100 genitori di neonati. II: studio cross-sectional multicentrico, coinvolgerà un campione di genitori e operatori delle TIN e misurerà: SG, conoscenze e percezione della pratica della FCC da parte dei professionisti, livello di implementazione della FCC (organizzazione e servizi). Dallo studio si attende una descrizione affidabile della SG e l'individuazione delle variabili associate, riferibili alla cultura e la pratica della FCC dei professionisti e agli elementi della FCC espressi dalla struttura.
I risultati forniranno indicazioni per interventi organizzativi e formativo pertinenti la FCC, per incrementare la qualità dell'assistenza e la SG.

Parole chiave: Assistenza centrata sulla famiglia, genitori, soddisfazione, assistenza intensiva neonatale, qualità dell'assistenza sanitaria

ABSTRACT

Parental satisfaction (PS) is a performance indicator of the quality of family-centered care (FCC) in Neonatal Intensive Care Unit (NICU). In Italy PS has not been explored with validated instruments, nor was evaluated FCC delivered in NICU, considering the different domains of which it's composed. This is important for the differences in policies and practices throughout the country, and to identify the core elements of FCC, predictors of higher PS.
The objective of the study is to evaluate the quality of FCC by a validated PS instrument and to explore its relationship with the level of FCC expressed by professionals and by the organization of the NICU.
A multi phase project is designed. I: a validation study of a Dutch validated PS instrument that will be translated and adapted in Italian. It will include 100 parents of infants admitted to one or more of the NICU. II: a cross-sectional multicenter study, will involve a sample of parents and health professionals of NICU and measure: PS, knowledge and perception of the practice of the FCC by the professionals, level of implementation of the FCC (organization and services).
The study expects a reliable description of PS and the identification of variables associated, related to the culture and practice of the professionals about FCC and the elements of FCC performed by the service.
The results of the study will provide guidance for organizational and training relevant to the FCC interventions, to increase the quality of care and the PS.

Key words: Family centered care, parents, satisfaction, neonatal intensive care, quality of health care

3 BACKGROUND

La nascita pretermine (<37 settimane) interessa in Europa tra il 5% e il 12% dei neonati(1). In particolare quelli nati con un peso <1500 gr. necessitano di assistenza intensiva. In Italia questi rappresentano l'1% dei neonati(2) e le terapie intensive neonatali (TIN) sono poco più di 100(3).
L'assistenza centrata sul paziente rappresenta uno dei sei obiettivi del miglioramento della qualità di un'organizzazione sanitaria(4) e va perseguito anche in contesti peculiari, come l'area critica neonatale, dove è indirizzata al neonato e alla sua famiglia(5). La soddisfazione dei pazienti ha avuto un crescente riconoscimento come criterio di valutazione della qualità del servizio offerto in ambito sanitario(6) nonché orienta eventuali interventi di miglioramento. Essa riflette le preferenze personali e le aspettative del consumatore, nonché la realtà dell'assistenza ricevuta(7).
Anche in TIN, la FCC si esplica attraverso diversi livelli, quali la presenza, la partecipazione, il coinvolgimento e la partnership dei genitori nel piano di cura del neonato, sottesi dall'*empowerment* e la negoziazione(8). Pertanto la valutazione della soddisfazione dei genitori necessita di comprendere l'esplorazione globale anche di questi aspetti. Infatti, la letteratura riporta che nonostante i principi dell'assistenza centrata sulla famiglia possano essere ben conosciuti, almeno in teoria dai professionisti, essi non sono applicati in modo costante e diffuso alla pratica clinica(9,10,11).
Il grado e le modalità con le quali l'assistenza centrata sulla famiglia viene esplicata all'interno delle TIN, non risulta essere uguale sia a livello nazionale che internazionale, specie per quanto riguarda la presenza dei genitori, il timing d'ingresso e il ruolo che essi possono svolgere quando sono accanto al neonato(12,13). L'accoglienza dell'ambiente, e il supporto alla presenza dei genitori, sembrerebbe, inoltre, non dipendente dalle risorse economiche o organizzative del reparto(14). Eppure la presenza costante dei genitori determina effetti sulla durata della degenza(15), come anche un'assistenza orientata allo sviluppo del neonato, nel quale i genitori stessi possono svolgere un ruolo importante, è predittiva di migliori outcomes per il neonato(16). Essi, inoltre, possono partecipare attivamente al contenimento del dolore del neonato(17) e il loro coinvolgimento può ridurre gli effetti dello stress a lungo termine anche sulla coppia genitoriale stessa(18).
La valutazione della soddisfazione dei genitori in una realtà complessa come la TIN, richiede strumenti mirati e validi che permettano di misurare la loro esperienza, in considerazione anche del fatto che i genitori attribuiscono a numerosi ambiti dell'assistenza un'importanza maggiore che non quella espressa da infermieri e medici(19).
Diverse sono le modalità con le quali finora è stata esplorato il grado di soddisfazione dei genitori dei neonati ricoverati in TIN, ed essi indicano generalmente elevate livelli di soddisfazione, anche se la rigorosità della metodologia utilizzata non è stata approfondita(20). Alcuni studi hanno osservato l'eventuale associazione della soddisfazione con il tipo di supporto offerto alle famiglie(21). La soddisfazione delle famiglie è stata anche utilizzata come indicatore per misurare l'efficacia di interventi di miglioramento della FCC in TIN(22), correlandola al grado di implementazione della stessa utilizzando uno strumento di autovalutazione(23) ed alcuni indicatori clinici(24). Uno strumento recentemente validato in Olanda (Emphatic-N), riesce a esplorare in modo completo i diversi domini della FCC: l'informazione, l'assistenza e la cura, l'organizzazione, la partecipazione dei genitori e l'attitudine professionale(25).
Non risulterebbe altresì alcuna esplorazione dell'eventuale associazione tra il livello di implementazione della FCC o la sua percezione da parte dei genitori, con outcome relativi all'allattamento materno. Eppure il percorso dell'ampliamento dei "10 passi per un allattamento efficace" anche all'interno delle TIN, prevede che la struttura assicuri la FCC(26), come suggerito anche dalle madri stesse(27). Peraltro, la misurazione degli outcome di allattamento anche riferiti ai primi giorni di vita in TIN risulta possibile(28).
Appare quindi come il grado di soddisfazione dei genitori, in un contesto così particolare come quello della TIN, possa essere influenzato da diversi fattori come quelli di carattere logistico-strutturale, ma anche di carattere professionale e culturale. In tal senso in Italia, la soddisfazione dei genitori in TIN, non è stata esplorata in modo sistematico né con strumenti validati, né è stato valutato complessivamente il grado di implementazione della FCC, relativamente ai diversi domini che la compongono. Ciò risulta, altresì, essere particolarmente importante, sia in relazione alla difformità di pratiche sul territorio nazionale, sia perché in una fase di contenimento delle risorse sanitarie, urge individuare in modo affidabile, quali possano essere, gli elementi core della FCC, predittivi di una più elevata soddisfazione dei genitori.
Questo permetterà di individuare le aree relative ai servizi o all'assistenza verso le quali indirizzare maggiormente programmi di miglioramento realizzabili.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivo generale
L'obiettivo generale della ricerca proposta è valutare la qualità della FCC con uno strumento validato di soddisfazione dei genitori SG ed esplorare la relazione tra questa e il livello di FCC espresso dai professionisti e dall'organizzazione stessa della TIN.

Obiettivi specifici

1. Sviluppare una versione italiana del questionario EMPATHIC-N per la valutazione della soddisfazione dei genitori dei neonati ricoverati in TIN e testarne le proprietà psicometriche.
2. Valutare la soddisfazione dei genitori dei neonati ricoverati in TIN.
3. Esplorare la conoscenza e la percezione della pratica relative alla FCC dei professionisti in servizio presso le TIN.
4. Descrivere le caratteristiche dell'organizzazione, nonché dei servizi messi a disposizione delle famiglie dei neonati ricoverati in TIN.
5. Esplorare l'associazione tra la soddisfazione dei genitori e le variabili riferite alla conoscenza e la percezioni della pratica relative alla FCC degli operatori, alle caratteristiche dell'organizzazione e dei servizi messi a disposizione dei genitori.

Obiettivo secondario dello studio è descrivere l'andamento dell'allattamento materno al momento della dimissione dei neonati dalla TIN e esplorarne la relazione con la soddisfazione dei genitori.

Indicatori

Indicatori di processo:

- Costituzione del gruppo di ricerca (inizialmente monocentrico e nella seconda fase multicentrico).
- Revisione della letteratura relativa alla tematica della soddisfazione dei genitori e alla FCC in TIN.
- Revisione della letteratura relativa agli strumenti per la raccolta dati, utilizzabili nello studio
- Documento di mappatura delle TIN italiane.
- N. strutture coinvolte nello studio (sezione multicentrica).
- N. incontri gruppo di ricerca (anche via web) e report di sintesi.
- N. protocolli di studio e domande al Comitato Etico (se ne prevedono due distinte).
- Conduzione dello studio nel rispetto del timing descritto nel diagramma di Gantt, con al massimo un mese di scarto.

Indicatori di risultato:

I annualità

- Versione tradotta e sottoposta a validazione linguistico culturale italiana del questionario Empathic-N(25).
- Versione italiana sottoposta a validazione psicometrica del questionario Empathic-N(25).
- Versione tradotta e sottoposta a validazione linguistico culturale italiana del questionario di autovalutazione "Family-Centered Care in Newborn Intensive Care Units: A Self-Assessment Inventory" sviluppato dall'Institute for Family-Centered Care(23).
- Presentazione pubblica degli strumenti sviluppati.
- Report scientifico relativo alla validazione della versione italiana del questionario Emphatic-N e sottomissione a rivista indicizzata.

II annualità

- Report scientifico sui dati preliminari dello studio multicentrico.
- Report scientifico finale.
- Presentazione pubblica dei risultati dello studio.
- La sottomissione dei risultati a rivista indicizzata avverrà nei tre mesi successivi al termine del progetto.

METODOLOGIA

Disegno di studio: multifase

1) I fase: studio di validazione
2) II fase: studio multicentrico osservazionale trasversale

Popolazione

Lo studio di validazione verrà effettuato presso una o due TIN, in riferimento alla numerosità dei pazienti dimessi/anno. In letteratura gli studi di validazione riportano una variabilità da 50 a 800 soggetti inclusi. Ai fini di questo studio e della numerosità della popolazione disponibile, si prevede di includere almeno 100 genitori.

Per lo studio multicentrico verranno individuate su base volontaria TIN che siano rappresentative in prima istanza delle TIN laziali o regioni limitrofe e in caso delle diverse aree geografiche italiane (in relazione alla disponibilità a partecipare senza oneri di spesa, indicativamente tre per ogni zona: Nord, Sud e Isole)

I soggetti coinvolti saranno:

1. genitori dei neonati che hanno avuto un ricovero nelle TIN partecipanti allo studio. Verranno esclusi i genitori dei pazienti ricoverati in TIN per meno di 48 ore, o che sono deceduti. Indicativamente verrà individuato un campione di genitori di convenienza, rappresentativo del 10% della popolazione dei neonati dimessi nello stesso periodo di riferimento (6 mesi) nelle TIN coinvolte nello studio.
2. personale infermieristico, medico e altro personale sanitario, in servizio presso le TIN partecipanti. Verrà escluso il personale di sostituzione.
3. coordinatori infermieristici e responsabili medici delle neonatologie di III livello

Raccolta dati

Strumenti:

- Questionario per l'esplorazione delle conoscenze e della percezione della pratica, del personale - Necessary and Current Scale of the Family-Centred Care Questionnaire-(10-29)
- Questionario EMPATHIC-N(28) versione italiana
- Questionario di autovalutazione "Family-Centered Care in Newborn Intensive Care Units: A Self-Assessment Inventory" sviluppato dall'Institute for Family-Centered Care(23)
- Scheda di rilevazione della modalità di alimentazione del neonato e dell'andamento dell'allattamento materno secondo i criteri OMS(29)
- Questionario socio demografico per i genitori
- Scheda di rilevazione dati anagrafici e clinici del neonato (per es. diagnosi, età gestazionale, peso alla nascita, durata degenza)

Procedure:

- I questionari ai genitori verranno somministrati al termine del ricovero del neonato in TIN, o comunque ad una distanza non superiore a 30 gg.
- Il questionario ai professionisti in TIN, verrà somministrato all'inizio dello studio multicentrico (II fase)
- Il questionario di autovalutazione, verrà fatto compilare ai responsabili medici e infermieristici della TIN all'inizio dello studio multicentrico (II fase)
- Tutti i materiali verranno testati in una fase pilota dello studio presso il centro coordinatore

Trattamento ed elaborazione

I dati raccolti verranno imputati su apposito data base (Access), specificatamente elaborato. L'analisi statistica sarà condotta utilizzando STATA 12.0 (Stata Corp College Station, Texas USA), o altri software adeguati per la tipologia dei dati da trattare.

La statistica descrittiva prevederà il conteggio e le proporzioni per le variabili categoriche, e le medie, mediane , deviazione standard e range per le variabili continue.

L'analisi statistica dei test psicometrici per la validazione del questionario comprenderanno i test di affidabilità e validità.

Per l'analisi dei dati del questionario dei professionisti verranno valutate mediante test per dati appaiati le differenza delle risposte fornite per i singoli items tra il giudizio sulla "attività corrente" e la percezione di quanto essa sia "necessaria".

La comparazione tra i sottogruppi verrà effettuata applicando il test Chi square o il Fisher test, dove appropriati. Per i dati continui, verranno applicati il test di Student e il Mann-Whitney test non parametrico. L'analisi logistica multivariata verrà usata per esplorare le associazioni tra i dati socio demografici dei genitori e clinici dei neonati, con il grado di soddisfazione espresso tramite il questionario.

Tecniche di analisi qualitative verranno usate per le risposte alle domande aperte sia del questionario dei genitori, che quello dei professionisti.

Aspetti etici

Verrà richiesto il parere al Comitato Etico, sia per lo studio di validazione (I fase), che successivamente per lo studio multicentrico (II fase).

- I questionari per il personale sanitario, saranno anonimi. Gli stessi verranno informati dello studio dal ricercatore, e sul questionario stesso verrà indicata la modalità del trattamento dei dati a tutela della privacy.
- I questionari per i genitori saranno anonimi, ma ad essi sarà attribuito un numero, per permettere la corrispondenza con la scheda socio demografica, e la scheda con i dati clinici del neonato (anch'essa anonima). La tabella di corrispondenza sarà gestita dal responsabile dello studio, in modo che rimanga anonimo il contenuto del questionario. Verrà richiesto ai genitori di sottoscrivere il consenso informato.

– I dati raccolti tramite il questionario sulla struttura, verranno trattati sempre complessivamente e non verrà mai identificata direttamente la denominazione della struttura stessa.

Interpretazione dei risultati
I risultati dello studio di validazione del questionario (I step), verranno discussi in riferimento alle proprietà psicometriche rilevate. Verrà, inoltre, effettuato un confronto con altri precedenti questionari analoghi validati, in merito agli ambiti della FCC esplorati, alla tipologia di test condotti e i risultati ottenuti.
Questi aspetti risultano essere particolarmente delicati in relazione alla necessità di avere a disposizione un indicatore affidabile della qualità della performance delle TIN.
I risultati dello studio multicentrico (II step), saranno discussi in relazione a:
– Il grado di soddisfazione espresso dai genitori. Dal punto di vista dei genitori, il questionario Empathic-N, permette di riflettere in modo completo sul concetto di FCC.
– L'eventuale associazione a: il contesto organizzativo o logistico espresso dalle TIN, la conoscenza e pratica della FCC da parte dei professionisti, gli outcomes di allattamento.
Dai risultati inoltre si potranno evincere interventi di carattere organizzativo e formativo, indirizzati ad incrementare la soddisfazione dei genitori, ove necessario.

Modelli di diffusione dei risultati
I risultati verranno diffusi sia tramite partecipazione a convegni che tramite pubblicazioni nazionali e internazionali.
Sarà poi necessario individuare delle modalità per offrire un ritorno dei risultati della ricerca ai partecipanti stessi. In tal senso i risultati potranno essere da input per un programma di formazione sulla FCC per gli infermieri e altri operatori sanitari. Inoltre, potranno essere oggetto di un opuscolo per i genitori.
Infine, si potrà valutare la possibilità di mettere on-line il format del questionario di soddisfazione dei genitori, individuando le corrette modalità per garantire la privacy di ogni singolo centro.

RISULTATI ATTESI

Dal presente studio ci si attende di ottenere i seguenti risultati:
1. Un questionario sulla soddisfazione dei genitori, validato in italiano, che possa essere utilizzato in altre TIN in Italia, anche ai fini di successivi studi di benchmark con altre TIN in merito alla FCC.
2. Descrizione della soddisfazione dei genitori dei neonati dimessi dalle TIN.
3. Descrizione delle conoscenze e della percezione della FCC da parte degli operatori.
4. Descrizione del livello dell'implementazione della FCC in ambito organizzativo, logistico e dei servizi offerti.
5. Descrizione degli outcome di allattamento nei neonati dimessi dalle TIN.
6. Individuazione dei predittori riferiti alla cultura e la pratica della FCC dei professionisti, o agli elementi della FCC espressi dalla struttura, di maggiore soddisfazione nei genitori.

Indicatori della qualità scientifica:
– N. TIN coinvolte.
– N operatori che hanno partecipato allo studio.
– N. genitori che hanno completato il questionario/N. genitori a cui è stato proposto il questionario.
La numerosità adeguata del campione, secondo le indicazioni fornite dallo statistico, permetterà di generalizzare i risultati dello studio.

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

Rilevanza:
Lo studio assume nella realtà delle TIN una particolare rilevanza. Il livello di applicazione della FCC infatti potrebbe risultare estremamente variabile sul territorio nazionale e potrebbe essere messo a confronto con alcune esperienze estere. Il grado di soddisfazione dei genitori relativamente al grado di FCC espresso dai professionisti e dall'organizzazione, potrebbe inoltre essere innanzitutto spunto di riflessione della realtà italiana in questo ambito e indirizzare in modo mirato percorsi di miglioramento. Infine, le informazioni inerenti l'andamento dell'allattamento materno dei neonati ricoverati in TIN potrebbe fornire importanti conferme di quanto questo sia associato non solo alla soddisfazione dei genitori, ma anche all'organizzazione della TIN rivolta alla FCC.

PIANIFICAZIONE

Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
Analisi di sfondo e costituzione I gruppo di lavoro	Coordinatori –Project manager	Marzo-Aprile 2013
Revisione bibliografia	project team e collaboratori	Marzo-Aprile 2013
Back translation e validazione linguistico culturale Questionario Emphatic-N	coordinatori, consulenza, e project team e collaboratori	Marzo-Aprile 2013
Predisposizione domanda Comitato Etico per studio di validazione	Coordinatori e project team	Marzo-Aprile 2013
Raccolta dati per validazione questionario	Collaboratori e project team	Aprile-Ottobre 2013
Elaborazione data base	Consulenti	Aprile-Maggio 2013
Inserimento dati	Collaboratori	Maggio-Novembre 2013
Analisi statistica studio di validazione	Consulenti	Novembre-Dicembre 2013
Discussione dei risultati con il gruppo di lavoro	Project Manager e Coordinatori e project team	Dicembre 2013-Gennaio 2014
Stesura report di ricerca	Coordinatori e project team	Gennaio 2014
Stesura pubblicazione sullo studio di valutazione	Project Manager e Coordinatori e project team	Gennaio-Febbraio 2014
Back translation e validazione linguistico culturale questionario Istituto FCC	Consulenti- Coordinatori- project team	Aprile-Giugno 2013
Elaborazione schede raccolta dati per lo studio multicentrico (inizio attività)	Consulenti- project team	Settembre-Ottobre 2013
Elaborazione data base per studio multicentrico (inizio attività)	Consulenti- project team	Novembre 2013- Febbraio 2014
Presentazione pubblica degli strumenti sviluppati	Project Manager e Coordinatori e project team	Febbraio 2014
Costituzione gruppo di lavoro II step (multicentrico) - inizio	Project Manager e Coordinatori e project team	Febbraio 2014

Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
Costituzione del gruppo di lavoro per il II step (multicentrico)-completamento	Coordinatori – Project manager e project team	Marzo 2014
Predisposizione domanda Comitato Etico per II step studio (multicentrico) centro coordinatore e periferici	project team e collaboratori	Marzo-Aprile 2014
Effettuazione studio pilota presso centro coordinatore	coordinatori, project team e collaboratori	Marzo-Aprile 2014
Elaborazione data base e verifica	Consulenti	Gennaio 2014 e Marzo-Aprile 2014
Predisposizione materiali e diffusione nei centri partecipanti	Coordinatori, project team e collaboratori	Aprile 2014
Raccolta dati	Collaboratori e project team	Maggio-Ottobre 2014
Inserimento dati	Collaboratori	Maggio-Novembre 2014
Analisi statistica	Consulenti	Dicembre 2014 – Gennaio 2015
Discussione dei risultati	Project Manager e Coordinatori e project team	Gennaio 2015
Elaborazione report di ricerca	Coordinatori e project team	Gennaio-Febbraio 2015
Presentazione pubblica risultati finali	Project Manager, Coordinatori e project team	Febbraio 2015
Chiusura progetto	Project Manager, Coordinatori e project team	Febbraio 2015
Stesura pubblicazione finale	Project-manager, coordinatori, project team	Marzo-Maggio 2015

DIAGRAMMA GANTT

MESI	Mar 2013	Apr 2013	Mag 2013	Giu 2013	Lug 2013	Ago 2013	Sett 2013	Ott 2013	Nov 2013	Dic 2013	Gen 2014	Feb 2014
Analisi di sfondo e costituzione I gruppo di lavoro	■	■										
Revisione bibliografia	■	■										
Back translation e validazione linguistico culturale Questionario Emphatic-N	■	■										
Predisposizione domanda Comitato Etico per studio di validazione	■	■										
Raccolta dati per validazione questionario			■	■	■	■	■	■				
Elaborazione data base		■	■									
Inserimento dati			■	■	■	■	■	■	■			
Analisi statistica studio di validazione									■	■		
Discussione dei risultati con il gruppo di lavoro										■		
Stesura report di ricerca										■	■	
Stesura pubblicazione sullo studio di valutazione											■	■
Back translation e validazione linguistico culturale questionario Istituto FCC		■	■	■								
Elaborazione schede raccolta dati per lo studio multicentrico (inizio attività)							■	■				
Elaborazione data base per studio multicentrico									■	■	■	■
Presentazione pubblica degli strumenti sviluppati												■
Costituzione gruppo di lavoro II step (studio multicentrico) (inizio)												■

MESI	Mar 2014	Apr 2015	Mag 2014	Giu 2014	Lug 2014	Ago 2014	Sett 2014	Ott 2014	Nov 2014	Dic 2014	Gen 2015	Feb 2015	Marz - Apr Mag 2015
Costituzione del gruppo di lavoro per il II step (multicentrico) - completamento	■												
Predisposizione domanda Comitato Etico per II step studio (multicentrico)	■	■											
Effettuazione studio pilota presso centro coordinatore		■	■										
Elaborazione data base e verifica	■	■	■										
Predisposizione materiali e diffusione nei centri partecipanti		■											
Raccolta dati			■	■	■	■	■	■					
Inserimento dati (pilota e completo)		■	■	■	■	■	■	■	■				
Analisi statistica										■	■		
Discussione dei risultati											■		
Elaborazione report di ricerca											■	■	
Presentazione pubblica risultati progetto												■	
Chiusura progetto												■	
Stesura pubblicazione finale													■

BIBLIOGRAFIA

1. EURO-PERISTAT project in collaboration with SCPE, EUROCAT & EURONEOSTAT. European Perinatal Health Report Data from 2004. Euro-Peristat; 2008 Disponibile all'indirizzo: http://www.europeristat.com/images/doc/EPHR/european-perinatal-health-report.pdf; ultima consultazione 31/1/ 2013
2. Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità, Direzione Generale del Sistema Informativo, Ufficio di Direzione Statistica. Certificato di assistenza al parto (CeDAP)- Analisi dell'evento nascita- Anno 2009. Ministero della Salute 2012).
3. Ronconi A, Corchia C, Bellù R, Gagliardi L, Mosca F, Zanini R, Donati S. Esiti dei neonati di basso peso nelle Terapie Intensive Neonatali partecipanti all'Italian Neonatal Network nel 2008. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2011. (Rapporti ISTISAN 11/44).
4. Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. The National Academy Press,Washington, D.C., 2001.
5. Davidson J, Powers K, Hedayat KM, Tieszen M, Kon AA, Shepard E et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Critical Care Medicine Task Force 2004-2005 Crit Care Med. 2007; 35(2): 605-622.
6. Grol R. Improving the quality of medical care: building bridges among professional pride, payerprofit, and patient satisfaction. JAMA 2001; 286:2578-2585.
7. Ware JE, SnyderMK.,Wright WR., Davies AR. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. Evaluation and Program Planning, 6(3–4), 247–263.
8. Smith L, Coleman V, Bradshaw M. Familiy centerd care. Houndmills, Basingstoke, Hampshire: Palgrave Macmillan 2002.

9. Latour JM. Is family-centred care in critical care units that difficult? A view from Europe. Nurs Crit Care. 2005;10(2):51-53.
10. Bruce B, Ritchie J. (1997). Nurses' practices and perceptions of family-centered care. Journal of Pediatric Nursing; 12: 214–222.
11. Petersen MF, Cohen J, Parsons V. Family- centered care: do we practice what we preach? Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing; 33: 421–427.
12. Greisen G, Mirante N, Haumont D, Pierrat V, Pallás-Alonso CR, Warren I et al. Parents, siblings and grandparents in the Neonatal Intensive Care Unit. A survey of policies in eight European countries. Acta Paediatr. 2009; 98(11):1744-1750.
13. Pallás-Alonso CR, Losacco V, Maraschini A, Greisen G, Pierrat V, Warren I et al. Parental involvement and kangaroo care in European neonatal intensive care units: a policy survey in eight countries. Pediatr Crit Care Med. 2012;13(5):568-577.
14. Wigert H, Berg M, Hellstrom AL. Parental presence when their child is in neonatal intensive care. Scand J Caring Sci; 2010; 24: 139-146.
15. Ortenstrand A, Westrup B, Brostro EB, Sarman I, Åkerstr S, Brune T, Lindberg L, Waldenstro U. The Stockholm Neonatal Family Centered Care Study: Effects on length of stay and infant morbidity. Pediatrics 2010;125: e278.
16. Montirosso R, Del Prete A, Bellù R, Tronick E, Borgatti R and the Neonatal Adequate Care for Quality of Life (NEO-ACQUA) Study Group. Level of NICU Quality of Developmental Care and Neurobehavioral. Pediatrics 2012;129: e1129.
17. Campbell-Yeo M, Fernandes A, Johnston C. Procedural pain management for neonates using non-pharmacological strategies: part 2: mother-driven interventions. Adv Neonatal Care. 2011; 11(5):312-318.
18. Manning AN. The NICU Experience. How does it affect the parents' relationship? J Perinat Neonat Nurs, 26(4). 353–357.
19. Latour JM, Hazelzet JA, Duivenvoorden HJ, van Goudoever JB. Perceptions of parents, nurses, and physicians on neonatal intensive care practices. J Pediatr. 2010; 157(2):215-220.
20. Butt ML, McGrath JM, Samra HA, Gupta R. An Integrative review of parent satisfaction with care provided in the Neonatal Intensive Care Unit. Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing 2013; 42(1): 105-120.
21. Tran C, Medhurst A, O'Connell B. (2009). Support needs of parents of sick and/or preterm infants admitted to a neonatal unit. Neonatal, Paediatric & Child Health Nursing. 2009; 12(2): 12–17.
22. Cisneros Moore KA, Coker K, DuBuisson AB, Swett B, Edwards WH. Implementing potentially better practices for improving Family-Centered Care in Neonatal Intensive Care Units: successes and challenges. Pediatrics 2003;111;e450.
23. Institute for Family-Centered Care. Family-Centered Care in Newborn Intensive Care Units: A self-assessment inventory. Bethesda: Institute for Family-Centered Care; 1997
24. Saunders RP, Abraham MR, Crosby MJ, Thomas K, Edwards WH. Evaluation and development of potentially better practices for improving Family-Centered Care in Neonatal Intensive Care Units. Pediatrics 2003;111;e437.
25. Latour JM, Duivenvoorden HJ, Hazelzet JA, van Goudoever JB. Development and validation of a neonatal intensive care parent satisfaction instrument. Pediatr Crit Care Med. 2012;13(5):554-559.
26. Nyqvist KH, Häggkvist AP, Hansen MN, Kylberg E, Frandsen AL, Maastrup R, Ezeonodo A, Hannula L, Koskinen K, Haiek LN. Expansion of the ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations for three guiding principles. J Hum Lact 2012;28(3):289-296.
27. Nyqvist KH, Kylberg E. Application of the baby friendly hospital initiative to neonatal care: suggestions by Swedish mothers of very preterm infants. J Hum Lact 2008; 24(3):252-262.
28. Montgomery D, Schmutz N, Baer VL, Rogerson R, Wheeler R, Rowley AM, Lambert DK, Christensen RD. Effects of instituting the "BEST Program" (Breast Milk Early Saves Trouble) in a level III NICU. J Hum Lact 2008; 24(3):248-251.
29. Davanzo R, Ronfani L, Brovedani P, Demarini S. Breastfeeding in Neonatal Intensive Care Unit. Study Group Breast feeding very-low-birthweight infants at discharge: a multicentre study using WHO definitions. Paediatric Perinatal Epidemiology. 2009; 23(6):591-596.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

RICERCA MULTICENTRICA SULLA SALUTE ORGANIZZATIVA

COORDINATORE PROGETTO
C. Turci

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD. 2.13.15

TITOLO PROGETTO

Progetto di ricerca multicentrica sulla Salute Organizzativa degli infermieri in servizio presso le Aziende Sanitarie di Roma e Provincia (Fase 2)

A multicentre research project on the organisational health of nurses working in the hospitals of Rome and its Province (Phase 2)

2. ABSTRACT

La prospettiva che si intende indagare, con questa seconda fase dello studio sulla salute organizzativa, partendo e confrontando situazioni concrete, attribuisce particolare rilevanza al problema del "clima organizzativo", alla necessità di favorire un chiaro ed esplicito "investimento emotivo personale", all'importanza dei valori da trasmettere e dei codici morali da rispettare, alla necessità di assumere consapevolmente una dose di "rischio imprenditoriale", all'interno del comune collante rappresentato dagli obiettivi (la conseguenza di tali comportamenti porta la generazione di KBO, ovvero *knowledge based organization*).
È in questa ottica che si inserisce la seconda fase modello di ricerca che si vuole utilizzare per l'indagine sulla salute organizzativa degli infermieri di Roma e Provincia. Il modello è stato messo a punto dalla Cattedra di Infermieristica dell'Università di Tor Vergata di Roma attraverso il questionario *Questionario Infermieristico sulla Salute Organizzativa* (QISO)1 strumento validato a livello nazionale ed internazionale per misurare i vari aspetti della salute organizzativa.
L'indagine mira a far emergere la percezione, o meglio l'immagine, che gli infermieri hanno della loro situazione lavorativa, in quanto raccoglie dati sulle dimensioni della salute organizzativa, passando attraverso l'analisi degli indicatori negativi e positivi presenti all'interno del questionario utilizzato: *Questionario Infermieristico sulla Salute Organizzativa (QISO)* 2,3,4.
Lo studio del Collegio IPASVI di Roma, previsto nel 2013-2014 prevede:
1) Elaborazione dei dati, con l'analisi e confronto dei dati raccolti nella fase precedente;
2) La relazione, la presentazione e la pubblicazione dei risultati per l'anno 2013/2014.

Parole chiave: Salute organizzativa, clima organizzativo, benessere, infermieri

ABSTRACT

This second phase of the study focuses on organizational health, through the comparison between various concrete situations, we shall outline the importance of 'organizational health', the need to foster a clear and explicit 'personal emotional investment', the importance of the values to transmit and of the moral codes to respect, the need to consciously take a dose of 'entrepreneurial risk', under the common denominator called 'objectives' (the consequence of these behaviours is a *knowledge based organization* or KBO).
In particular, this second phase focuses on the organizational health of the nurses in Rome and its Province. This part of the study was designed by the Nursing School of the University of Rome Tor Vergata, using the Nursing Questionnaire on Organizational Health (*Questionario Infermieristico sulla Salute Organizzativa* – QISO, by Sili et al. 2010), a tool that has been validted at a national and international level to measure the various aspects of organizational health.
The purpose of this survey is to highlight the perception, or better, the image nurses have of their working situation, because it gathers data about the various dimensions of organizational health, passing through the analysis of the negative and positive indicators included in the questionnaire: *Questionario Infermieristico sulla Salute Organizzativa* (QISO) (Alvaro, Sili 2007; Sili et al. 2010a; Sili et al. 2010b).
This study of the IPASVI Nursing Board of Rome, scheduled for 2013-2014 includes:
1) Data processing, and analysis and comparison of the data collected in the previous phase.

2) The report, presentation, and publication of the results by 2013/2014.

Key words: Organizational health, organizational environment, well-being, nurses

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

- Diffondere il concetto di salute organizzativa nell'ambito delle strutture sanitarie di Roma e Provincia.
- Creare una rete di amministrazioni sanitarie interessate allo sviluppo e all'approfondimento delle tematiche riguardanti la salute organizzativa.
- Misurare i rischi psicosociali riguardanti le variabili legate al clima organizzativo e agli stili di convivenza sociale.
- Portare a conoscenza le Direzioni Aziendali della organizzazioni sanitarie dei risultati ottenuti in relazione ai fattori organizzativi di benessere e malessere

Obiettivi specifici

- Sensibilizzare i Dirigenti dell'Area Assistenziale e Tecnica delle Strutture Sanitarie di Roma e Provincia sull'importanza del clima organizzativo come substrato di miglioramento della soddisfazione degli infermieri e delle persone assistite
- Presentare lo strumento di indagine validato nell'ambito del progetto "Qiso" dell'Università degli Studi di Roma – Tor Vergata
- Misurare la percezione dell'infermiere nell'area dell'ascolto e delle relazioni con i superiori e con i colleghi nel luogo lavorativo
- Misurare la percezione dell'infermiere nell'area dell'equità e della valorizzazione

Indicatori

- N° dei Dirigenti Infermieristici presenti nella riunione di convocazione per la presentazione del Progetto / N° totale dei Dirigenti Infermieristici * 100 (> 5%)
- N° delle Strutture Sanitarie di Roma e Provincia aderenti al Progetto / N° delle Strutture Sanitarie di Roma e Provincia totali * 100 (> 3%)

METODOLOGIA

Disegno dello studio

Il modello di ricerca sulla salute organizzativa utilizzerà il questionario Questionario Infermieristico sulla Salute Organizzativa (QISO)1, elaborato dalla cattedra dell'Università di Roma Tor Vergata per misurare i vari aspetti del fenomeno indagato.
Questo tipo di analisi viene utilizzata quando, oltre a conoscere determinati processi e fenomeni, si intende anche intervenire sugli stessi. La ricerca sulla salute organizzativa è uno strumento che consente di raccogliere numerose ed importanti informazioni sulle dimensioni del benessere e del malessere organizzativo.
La ricerca è anche uno strumento di ascolto organizzativo che permette di far emergere la 'percezione' che i dipendenti hanno della propria amministrazione. Quando si parla di percezione ci si riferisce all'immagine soggettiva che i dipendenti hanno dell'Ente, pertanto la fotografia che la ricerca darà dell'amministrazione sarà quella filtrata attraverso gli occhi dei dipendenti che vi lavorano.

Campione

Dall'elenco degli iscritti del Collegio IPASVI di Roma si è ricavato il numero dell'intera popolazione potenzialmente raggiungibile (circa 33 mila iscritti). L'indagine ha avuto l'obiettivo di raggiungere almeno il 10% degli iscritti del Collegio IPASVI di Roma, cioè circa 3300 infermieri e in questa fase si analizzeranno i dati raccolti.

Strumenti

Gli strumenti della ricerca intervento sono:
Questionario Infermieristico sulla Salute Organizzativa (QISO).

Procedure

Il percorso di ricerca intervento prevede la seguente procedura:

- I dati saranno analizzati con il software SPSS versione 20.
- La comunicazione dei risultati.
- Eventuale pianificazione degli interventi.

RISULTATI ATTESI

Indicatori

- N° di questionari compilati / N° di questionari attesi * 100 (> 80%).
- N° di eventi formativi espletati / N° di eventi formativi previsti (> 80%).
- N° di partecipanti agli eventi formativi / N° di partecipanti attesi agli eventi formativi (> 60%).
- N° di questionari compilati / N° infermieri scritti Collegio Ipasvi di Roma.
- N° delle Strutture Sanitarie di Roma e Provincia aderenti al Progetto/N° delle Strutture Sanitarie di Roma e Provincia totali * 100 (> 3%).

Rilevanza

Iniziativa strategica, che produce un alto ritorno di immagine, oltre ad essere utile per la salute organizzativa degli infermieri e dei cittadini:

- utilizzo di uno strumento validato (QISO) (Sili et al. 2010) per raccogliere dati attendibili sulla percezione lavorativa degli infermieri, con possibilità di confronti incrociati;
- impatto positivo sugli infermieri iscritti che vedono il Collegio Ipasvi di Roma e il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI) interessarsi al loro benessere psico-fisico.

PIANIFICAZIONE

Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
Approvazione della seconda fase della ricerca	TdP	marzo 2013
Costituzione del Gruppo di Lavoro	TdP	marzo - aprile 2013
Partnership con "Progetto Qiso"	TdP	aprile 2013
Inserimento dati da parte TdP nel software SPSS	TdP	da giugno 2013 a dicembre 2013
Elaborazione dei dati	TdP	da giugno 2013 a dicembre 2013
Analisi dei dati raccolti, interpretazione dei risultati ottenuti e stesura del rapporto finale	TdP	da gennaio a settembre 2014
Consensus Conference con le Aziende sanitarie che hanno aderito al Progetto di ricerca	TdP	ottobre dicembre 2014
Pubblicazione del rapporto di ricerca e articoli sulla stessa	TdP	novembre dicembre 2014
Realizzazione di un evento per la presentazione dei risultati della ricerca	TdP e Comitato Organizzativo designato dal Collegio Ipasvi di Roma	novembre dicembre 2014

DIAGRAMMA GANTT

ANNO 2013

MESE	Gen 2013	Feb 2013	Mar 2013	Apr 2013	Mag 2013	Giu 2013	Lug 2013	Sett 2013	Ott 2013	Nov 2013	Dic 2013
Approvazione della seconda fase della ricerca											
Costituzione del Gruppo di Lavoro											
Partnership con "Progetto Qiso"											
Inserimento dati da parte TdP nel software SPSS											
Elaborazione dei dati											

ANNO 2014

MESE	Gen 2014	Feb 2014	Mar 2013	Apr 2014	Mag 2014	Giu 2014	Lug 2014	Sett 2014	Ott 2014	Nov 2014	Dic 2014
Analisi dei dati raccolti, interpretazione dei risultati ottenuti e stesura del rapporto finale											
Consensus Conference con le Aziende sanitarie che hanno aderito al progetto di ricerca											
Pubblicazione del rapporto di ricerca e articoli											
Realizzazione di un evento per la presentazione dei risultati della ricerca											

BIBLIOGRAFIA

1. Sili A, Vellone E, De Marinis MG, Fida R, Venturini G, Alvaro R. (2010). Validità e affidabilità del questionario infermieristico sulla salute organizzativa. Prof Inferm, 63, 27-37.
2. Alvaro R, Sili A. (2007). Infermieri e benessere organizzativo: indagine conoscitiva in alcune importanti realtà sanitarie romane. Ig Sanita Pubbl, 63(3), 291-304.
3. Sili A, Vellone E, Fida R, Alvaro R, Avallone F. (2010a). Infermieri di camera operatoria e infermieri di medicina generale: la diversa percezione della propria salute organizzativa. Med Lav, 101, 458-470.
4. Sili A, Vellone E, Fida R, Alvaro R, Avallone F. (2010b). La salute organizzativa degli infermieri. Guida pratica all'utilizzo del Questionario Infermieristico sulla Salute organizzativa (QISO). Napoli: Edises.

POLO PER LA FORMAZIONE

TITOLO SINTETICO

METODOLOGIA DELLA RICERCA INFERMIERISTICA BLENDED ON LINE

COORDINATORE PROGETTO
M.Esposito
T.Compagnone
A.Montevecchi

RESP. DEL POLO
M.G.Proietti

COD. 3.13.1

TITOLO PROGETTO

Corso di formazione teorico-pratica blended on line in "Metodologia della ricerca infermieristica"

A theoretical-practical course on "Methodology of nursing research" blended on line

2. ABSTRACT

Il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica è costruito sulla sinergia tra ricerca e cultura ed è basato sul concetto di "conoscenza scientifica" (*scholarship*):

a) la **sinergia tra ricerca e cultura** fornisce l'energia necessaria a sostenere le attività del Centro di Eccellenza. La prospettiva di un approccio scientifico configura per gli infermieri l'opportunità di acquisire le conoscenze e le abilità che li renderanno protagonisti di progetti finalizzati a trovare soluzioni nuove ai problemi assistenziali e a realizzare nuove scoperte. D'altra parte la crescita culturale sostiene e motiva alla ricerca dell'eccellenza. Secondo i principi che ispirano il Centro di Eccellenza, come in un circolo virtuoso, la costruzione di una nuova cultura infermieristica apre la strada ad attività significative, che a loro volta danno significato al *nursing*.

b) La "**conoscenza scientifica**" rappresenta l'obiettivo del Centro di Eccellenza, in linea con l'orientamento internazionale alla ricerca e alla cultura del *nursing* del 21° Secolo. Il modello di *Scholarship* di Boyer consente di definire lo scopo del Centro di Eccellenza e il concetto di cultura infermieristica basata sulla conoscenza e sulla ricerca, finalizzata a formare i futuri cultori del *nursing* in Italia.

D'altra parte la ricerca infermieristica si afferma solo se sono gli stessi infermieri ad assumere l'iniziativa di progettare e condurre studi sui fenomeni riguardanti la salute e l'assistenza. In una tale prospettiva la mission del Polo per la formazione dei ricercatori è "Migliorare le abilità degli infermieri nell'individuazione delle priorità e nell'applicazione delle tecniche e degli strumenti di metodologia della ricerca, per l'elaborazione di nuovi progetti e per l'incremento delle conoscenze scientifiche nell'infermieristica".
Uno degli obiettivi operativi del Polo consiste pertanto nell' "Organizzazione di corsi di formazione teorico-pratica sulla metodologia della ricerca infermieristica, che tengano conto dei diversi livelli di competenza dei discenti e che si concludano con la realizzazione di ricerche scientifiche su temi predefiniti".
Il Corso di Formazione teorico-pratica blended on line in Metodologia della ricerca infermieristica è rivolto a tutti gli infermieri i quali, a qualsiasi livello e in ogni contesto, aspirino a risolvere i problemi riguardanti la salute e l'assistenza utilizzando un approccio scientifico. Si tratta di un corso di formazione di base, su un progetto di ricerca semplice (campo di indagine limitato e poche variabili osservate), con approccio esclusivamente quantitativo. La valutazione dei requisiti di accesso, oltre che sui titoli, verte sulla conoscenza dell'inglese, dell'epidemiologia e della statistica, tuttavia in questa fase si ritiene opportuno privilegiare la partecipazione di infermieri docenti nei corsi di laurea in infermieristica, affinché possano, a loro volta, trasmettere agli studenti le competenze metodologiche.
Per questo progetto formativo, la sinergia principale è con il Polo Ricerca Scientifica, giacché la partecipazione al corso di formazione comporta, sul versante pratico, la realizzazione di una ricerca empirica, su un argomento da concordare con gli altri Poli. Inoltre il progetto è in sinergia con il Polo Istruzione, se il target è prevalentemente rappresentato da docenti del corso di laurea in Infermieristica, con il Polo Pratica Clinica, se i destinatari fossero invece soprattutto infermieri clinici.

ABSTRACT

The Centre of Excellence for Nursing Scholarship is founded on the synergy between research and culture, and it is based on the concept of scholarship:

a) The **synergy between research and culture** provides the energy required to support the activities of the Centre of excellence. The chance to undertake a scientific approach becomes for nurses an opportunity to gain the knowledge and the skills that will transform them into the protagonists of projects aiming at finding new solutions to healthcare issues and discover new things. On the other hand, cultural development supports and motivates the quest for excellence. According to the principles that inspire the Centre of Excellence, like in a virtuous cycle, the construction of a new nursing culture, prepares the ground for significant activities, which in turn make nursing more meaningful.

b) "**Scholarship**" is the purpose of the Centre of Excellence, in line with the international trend of nursing research and culture in the 21st Century. Boyer's model of Scholarship allows to define the purpose of the Centre of Excellence and the concept of nursing culture based on knowledge and research, aimed at training the future scholars of nursing in Italy.

On the other hand, nursing research will establish itself only if nurses themselves take the initiative to design and conduct studies on phenomena regarding health and nursing care. In this perspective, the mission of the Pillar of Research Education is to "Improve the nurses' skills in identifying the priorities and in applying the techniques and the tools of research methodology, to develop new projects and increase nursing scientific knowledge".

One of the operational purposes of this Pillar therefore consists in "Organizing theoretical-practical education courses on the methodology of nursing research, which take into account the various levels of competence of the learners and conclude with the accomplishment of scientific studies on pre-defined themes".

The theoretical-practical blended on line course in Methodology of Nursing Research has been organized for any nurse who, at any level and in any setting, wish to resolve healthcare issues using a scientific approach. It is a basic course, focusing on an easy research project (with a limited instigative range and few variables to observe), with an exclusively quantitative approach. In order to access this course, apart from being qualified, participants need to have a good knowlege of English, epidemiology and statistics. However, in this phase, we prefer to priviledge the participation of nurse educators of undergraduate students, so that they may transmit them the methodological competences.

For this educational project, the main synergy is with the Pillar of Scientific Research, since the participation in this course involves, from a practical point of view, conducting empirical research, on a topic to agree with the other Pillars. This project can be in synergy with the Pillar of Education, when our participnts are mainly nurses educators, and with the Pillar of Clinical Practice, when our participants are mainly clinical nurses.

3. BACKGROUND

La professione infermieristica è in rapido cambiamento sospinta dalle innumerevoli innovazioni di carattere legislativo, formativo, tecnologico e dal costante e continuo consolidarsi delle conoscenze scientifiche che sostengono la disciplina, il cui oggetto di studio è rappresentato dai bisogni di assistenza infermieristica della persona e della sua famiglia, nelle loro dimensioni bio-fisiologiche, psicologiche e socioculturali. La funzione di ricerca rientra nel ruolo dell'infermiere e l'international Council of Nurses (ICN) da tempo ne sottolinea l'importanza. La connotazione infermieristica della ricerca è legata alla prospettiva con cui ci si relaziona all'ad-sistere: è nelle dimensioni fisica (bio-fisiologica), psichica e socio-culturale dei bisogni di assistenza infermieristica della persona assistita che risiede il punto di partenza e quello di arrivo della ricerca infermieristica; la complessità che ne consegue è legata anche ai pregi e ai limiti degli approcci e delle tecniche utilizzabili per lo studio delle diverse dimensioni. le connotazioni delle attività di ricerca (qualitativa e quantitativa) e i diversi disegni di ricerca (non sperimentale, semisperimentale, sperimentale), definiscono un panorama complesso, sia di natura teorico-concettuale che metodologica. Lo sviluppo della ricerca infermieristica, nei diversi paesi, passa generalmente da una fase iniziale di studio delle diverse aree dell'esercizio professionale (management, formazione, professione) a fasi successive in cui si realizzano prevalentemente studi clinici, che riguardano l'assistenza infermieristica diretta alle persone e al loro entourage. Anche in Italia l'evoluzione della ricerca infermieristica ha visto, in linea con le tendenze generali, progetti di ricerca inizialmente più rivolti allo studio della professione. Solo negli ultimi vent'anni si e' assistito a un graduale aumento del numero di pubblicazioni infermieristiche.

La scelta di realizzare una parte della didattica usando lo strumento della formazione on-line è in linea con l'esigenza di innovazione che caratterizza sia i metodi della ricerca che quelli della formazione.

I Learning Objects sono composti dagli audio/video del docente sincronizzati con animazioni ad hoc. La realizzazione del progetto ha richiesto che il team dei docenti del corso teorico-pratico residenziale di metodologia della ricerca infermieristica ne analizzasse e rivedesse la struttura sulla base dei risultati ottenuti

da quella precedente esperienza e tenendo conto dei nuovi obiettivi. In particolare, le lezioni on line hanno l'obiettivo di:

- rendere omogenee le conoscenze del gruppo
- raccogliere in modo sistematico domande e richieste di approfondimento, poi risolte in aula oppure on line.

Il lavoro è stato svolto in collaborazione con Giunti Organizzazioni Speciali. La piattaforma utilizzata è *Moodle* (Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment) web open source per l'*e-learning* (Learning Management System), progettata per permettere agli insegnanti e agli educatori di creare e gestire corsi *on-line* con ampie possibilità di interazione tra studente e docente. L'open source è utile per supportare un'epistemologia sociale e costruzionista dell'insegnamento e dell'apprendimento nelle comunità di internet (Martin Dougiamas – Curtin University – Australia). Le funzionalità di base di Moodle spaziano dalla creazione e dall'organizzazione di corsi e lezioni on-line a strumenti per la comunità, come: forum, gestione dei contenuti, quiz, blog, chat, wiki, glossari.
Il web, con i suoi strumenti di accesso alle informazioni e di interazione tra i professionisti, è e sarà sempre di più un ambiente privilegiato per il nursing: frequentare un corso di formazione che include componenti on-line aiuta ad accrescere l'abitudine e l'attitudine al "networking", come base per lo sviluppo di una *professional community*. Nessuna retorica dell'innovazione, dunque, ma la consapevolezza che si può crescere professionalmente anche sapendo usare e modulare la tecnologia per rispondere a bisogni concreti, come ad esempio conciliare il tempo dell'apprendimento con gli impegni professionali.
Nel 2011 sono state realizzate le prime 3 edizioni del corso di formazione blended online ed è spata realizzata la ricerca su "La domanda d'assistenza dell'anziano dimesso dall'ospedale". Altre 5 edizioni sono state realizzate nel 2012, ciascuna edizione ha effettuato una ricerca descrittivo osservazionale sull'aderenza alla cura del paziente con cardiopatia, diabete, ipertensione, BPCO, accidente neuro vascolare, ricoverato in ospedale alla dimissione.
Sulla base dell'esperienza maturata nei 3 anni del corso, il Comitato Scientifico del Progetto intende realizzare un manuale multimediale su "La ricerca infermieristica", a supporto dei partecipanti al corso di formazione teorico-pratica, ma anche di tutti gli infermieri che, non avendo partecipato al corso, vogliono acquisire competenze teorico-pratiche nella metodologia della ricerca quantitativa. Il manuale è multimediale nel senso che tende ad unire assieme la componente cartacea con contenuti multimediali: utilizzando un mix, fatto di rimandi e integrazioni, tra i materiali e-Learning realizzati ed il libro cartaceo.
L'approccio editoriale, impostato dal Comitato Scientifico in collaborazione con Giunti O.S. è

- operativo: basato su schede di lavoro
- proattivo: indica esercizi e prove di lavoro, offrendo "strumenti"
- evidence-based: indica buone pratiche, riportando esemplificazioni
- multicanale: rimanda in modo integrato ai materiali multimediali realizzati.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali
Fornire gli strumenti teorici e pratici per descrivere e spiegare i fenomeni riguardanti la clinica infermieristica.

Obiettivi specifici
Al termine del corso i discenti dovranno essere in grado di progettare in modo autonomo una ricerca empirica nel campo dell'assistenza infermieristica, di procedere alla rilevazione dei dati, di elaborarli e di predisporre un rapporto finale

Indicatori

- Numero di partecipanti al corso di formazione: 25 (minimo 18 lo completano)
- Produzione di resoconti in itinere e consuntivi agli step previsti: 5 (1/modulo)
- Rispetto dei tempi previsti nel diagramma di Gantt
- Presentazione dei risultati della ricerca in una conferenza entro un anno dalla chiusura del corso, a cura del Comitato Scientifico e dei partecipanti al corso di formazione
- Rapporto spese effettuate per il progetto/spese previste.

METODOLOGIA

- Il corso è articolato in 5 moduli e una giornata introduttiva. Ogni modulo consta di una parte on line, di 3 ore effettive di lezione, e di una residenziale, di una giornata di lezioni ed esercitazioni presso la sede del Collegio. Per l'ammissione alla formazione residenziale è necessario superare il test di apprendimento relativo alla formazione on line. La frequenza è obbligatoria.
- Il corpo insegnante è costituito da tutti docenti universitari.
- L'approccio editoriale del manuale multimediale "La ricerca infermieristica", realizzato dal Comitato

Scientifico in collaborazione con Giunti O.S., è
- operativo: basato su schede di lavoro
- proattivo: indica esercizi e prove di lavoro, offrendo "strumenti"
- *evidence-based*: indica buone pratiche, riportando esemplificazioni
- multicanale: rimanda in modo integrato ai materiali multimediali realizzati.

Requisiti richiesti dal committente
- Il Comitato Scientifico e i docenti hanno conoscenze ed esperienze specifiche riguardanti l'utilizzo degli strumenti e l'applicazione delle metodologie proposte.
- Contestualmente all'apprendimento della metodologia e delle tecniche della ricerca, i partecipanti al corso di formazione teorico-pratica realizzano una ricerca empirica.
- Il corso di formazione e la ricerca, in ogni fase, sono condotti nel rispetto dei principi deontologici ed etici.
- Gli obiettivi formativi sono coerenti con la mission del Centro di Eccellenza e del Polo per la Formazione dei Ricercatori.
- Il problema scientifico affrontato nel corso di formazione è rilevante per la pratica clinica infermieristica.

Procedure
- Realizzazione lezioni on line e preparazione della piattaforma moodle
- Selezione dei partecipanti: sono ammessi a partecipare al corso di formazione teorico-pratica blended on-line 25 professionisti per ciascuna delle 4 edizioni, nell'ordine di presentazione della domanda;
- All'ammissione al corso ogni partecipante sottoscrive un contratto d'aula, nel quale

dichiara di aver preso visione del programma e del calendario del corso;
  - si impegna a frequentare con regolarità il corso, sia la parte online che quella residenziale, fino alla sua conclusione; a partecipare alle attività e alle esercitazioni previste; a portare a termine i mandati che saranno assegnati;
  - in particolar modo dichiara di essere consapevole che la frequenza al corso è obbligatoria; che per avere diritto ai crediti ECM è necessario frequentare il 100% delle ore previste; che le date previste per gli incontri residenziali devono essere rispettate.
- La partecipazione al corso è gratuita, gli iscritti a Collegi diversi da quello di Roma pagano una quota di partecipazione di €80,00, da versare almeno 3 giorni prima dell'inizio del corso.
- Accreditamento ECM.

RISULTATI ATTESI

Costituzione di un team di ricerca che sviluppi le competenze acquisite nel corso per:
- produrre nuovi corsi di formazione e parteciparvi come tutor;
- sviluppare nuovi progetti di ricerca;
- produrre materiale e documentazione infermieristica validata scientificamente e fruibile immediatamente dai colleghi.

PIANIFICAZIONE

	Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
Fase (0)	Approvazione del progetto	Consiglio Direttivo	gennaio 2013
Fase (1)	Reclutamento dei tutor, elaborazione del calendario, accreditamento ECM	Comitato Scientifico, Giunti OS	gennaio 2013
Fase (2)	Realizzazione del corso di formazione teorico-pratica	Comitato scientifico, docenti, tutor	febbraio-dicembre 2013
Fase (3)	Realizzazione del manuale multimediale su "La ricerca infermieristica"	Comitato scientifico, docenti, tutor	aprile-dicembre 2013
Fase (4)	Disseminazione dei risultati della ricerca	Comitato Scientifico	2014

DIAGRAMMA GANTT

2013	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Sett	Ott	Nov	Dic	2014
Fase 0												
Fase 1												
Fase 2												
Fase 3												
Fase 4												

BIBLIOGRAFIA

Bellingeri A, Dalfino S, Falli F, Malinverno E, Origlia A, Piccoli M, Proietti MG, Rasero L, Suzzi R. (2003). La ricerca infermieristica in Italia. Linee guida per la ricerca infermieristica. Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, Collana Metodi e Strumenti; Roma.

Chiari P, Mosci D, Naldi E (a cura di) (2006). L'infermieristica basata su prove di efficacia. Guida operativa per l'evidence based nursing. Milano: Mc Graw-Hill.

Fain JA. (2004). La ricerca infermieristica: leggerla, comprenderla e applicarla. Milano: Mc Graw-Hill.

Hamer S, Collison G. (2002). Evidence based practice. (Ed. it. Chiari P, Santullo A) (a cura di) Milano: Mc Graw-Hill.

Lo Biondo-Wood G, Haber J. (1997). Metodologia della ricerca infermieristica. Milano: Mc Graw-Hill.

Lo Palco PL., Tozzi AE. (2003). Epidemiologia facile. Torino: Il Pensiero Scientifico Editore.

Nebuloni G. (1995). Introduzione alla ricerca per infermieri ed altri operatori sanitari. Milano: Sorbona.

Sackett DL., Straus SE., Richardson SW., Rosemberg W., Haynes BR. (2002). La medicina basata sulle evidenze scientifiche. Torino: Centro Scientifico Editore.

Vellone E, Piredda M. (2009). La ricerca bibliografica. Strumenti e metodi per trovare e utilizzare la letteratura sanitaria. Mc Graw-Hill; Milano.

Vellone E, Sciuto M. (2001). La ricerca bibliografica. Applicazione nel nursing e nelle scienze sanitarie. Mc Graw-Hill; Milano.

POLO PER LA FORMAZIONE

TITOLO SINTETICO

STRUMENTI E STRATEGIE PER LA RICERCA BIBLIOGRAFICA NELLE SCIENZE INFERMIERISTICHE

COORDINATORE PROGETTO
C. Turci

RESP. DEL POLO
M.G. Proietti

COD. 3.13.2

TITOLO PROGETTO

Strumenti e strategie per la ricerca bibliografica nelle scienze infermieristiche

Tools and strategies for bibliographic research in nursing sciences

2. ABSTRACT

Il Corso "Bibliografia e ricerca bibliografica nelle Scienze infermieristiche: teoria e prassi per le procedure tecniche di ricerca e accesso alle risorse. Le Biblioteche e le banche dati di Nursing nel panorama nazionale e internazionale", strutturato in due giornate, è articolato in due ampie aree tematiche: la prima centrata sulla Bibliografia come disciplina fondamentale all'interno delle Scienze dell'Informazione nella sua applicazione nell'ambito delle Scienze Infermieristiche, è volta a fornire gli elementi indispensabili per una ergonomica ricerca bibliografica all'interno della produzione scientifica nazionale e internazionale e alla metodologia relativa all'organizzazione delle risorse utili. La seconda area tematica esplora i luoghi e gli strumenti dell'indagine bibliografica: la biblioteca luogo d'eccellenza della ricerca e le nuove fonti telematiche della conoscenza. Il corso prevede esercitazioni pratiche.
Il progetto formativo è in sinergia con il Polo Ricerca Scientifica, giacché la ricerca bibliografica è alla base di qualsiasi ricerca empirica, e con il Polo Pratica Clinica, giacché la ricerca bibliografica è il presupposto di qualsiasi tentativo di migliorare la pratica.

ABSTRACT

The Course of 'Bibliography and bibliographic research in Nursing Sciences: Theory and Praxis of technical procedures to search and access resources. Nursing Libraries and databases in the national and international panorama', has a duration of two days and it is divided into two large thematic areas: the first focuses on Bibliography as a fundamental discipline within Information Sciences applied to Nursing Sciences, and has the aim to provide essential elements for an ergonomic bibliographic research within the national and international scientific production, and to provide the methodology of the organization of useful resources. The second thematic area explores where bibliographic searches can be done and with which tools: the library is the place of excellence for searches and the new telematic sources of knowledge. This course also includes practical excercises.
This educational project is in synergy with the Pillar of Scientific Research, because bibliographic search is at the basis of any empirical search, and with the Pillar of Clinical Practice, because bibliographic search is a requirement for any attempt to improve practice.

3. BACKGROUND

Il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica è costruito sulla sinergia tra ricerca e cultura ed è basato sul concetto di "conoscenza scientifica" (*scholarship*):

c) la **sinergia tra ricerca** e cultura fornisce l'energia necessaria a sostenere le attività del Centro di Eccellenza. La prospettiva di un approccio scientifico configura per gli infermieri l'opportunità di acquisire le conoscenze e le abilità che li renderanno protagonisti di progetti finalizzati a trovare soluzioni nuove ai problemi assistenziali e a realizzare nuove scoperte. D'altra parte la crescita culturale sostiene e motiva alla ricerca dell'eccellenza. Secondo i principi che ispirano il Centro di Eccellenza, come in un circolo virtuoso, la costruzione di una nuova cultura infermieristica apre la strada ad attività significative, che a loro volta danno significato al *nursing*.

d) La "**conoscenza scientifica**" rappresenta l'obiettivo del Centro di Eccellenza, in linea con l'orientamento internazionale alla ricerca e alla cultura del *nursing* del 21° Secolo. Il modello di *Scholarship*

di Boyer consente di definire lo scopo del Centro di Eccellenza e il concetto di cultura infermieristica basata sulla conoscenza e sulla ricerca, finalizzata a formare i futuri cultori del nursing in Italia.

D'altra parte la ricerca infermieristica si afferma solo se sono gli stessi infermieri ad assumere l'iniziativa di progettare e condurre studi sui fenomeni riguardanti la salute e l'assistenza. In una tale prospettiva la mission del Polo per la formazione dei ricercatori è "Migliorare le abilità degli infermieri nell'individuazione delle priorità e nell'applicazione delle tecniche e degli strumenti di metodologia della ricerca, per l'elaborazione di nuovi progetti e per l'incremento delle conoscenze scientifiche nell'infermieristica".

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

Fornire gli strumenti teorici e pratici per la ricerca bibliografica nell'ambito della produzione scientifica infermieristica nazionale e internazionale

Obiettivi specifici

Al termine del corso i discenti dovranno essere in grado di effettuare in modo autonomo una ricerca bibliografica nell'infermieristica, per la progettazione di una ricerca empirica o per migliorare la pratica clinica a partire dai risultati della ricerca scientifica.

Indicatori

- numero di partecipanti a ciascuna edizione del corso: 25 (minimo 20)
- frequenza media alle lezioni: 100% (minimo 90%)
- produzione di un resoconto per ogni edizione: 6
- produzione di 4 repertori bibliografici per ogni edizione: 24
- rapporto spese effettuate per il progetto/spese previste.

METODOLOGIA

Disegno dello studio

- Ampia accessibilità: 3 edizioni nel 2012.
- Accreditamento ECM.
- Gratuità della partecipazione al corso.

Sede del corso di formazione: Collegio IPASVI di Roma, presso il quale è acquisito l'hardware e il software necessario.

Requisiti richiesti dal committente

- Il Comitato Scientifico e i docenti hanno conoscenze ed esperienze specifiche riguardanti l'utilizzo degli strumenti e l'applicazione delle metodologie proposte.
- Contestualmente all'apprendimento della metodologia e delle tecniche della ricerca bibliografica, i partecipanti al corso elaborano repertori bibliografici su argomenti rilevanti di infermieristica.
- Il corso realizza contestualmente l'apprendimento di teoria e prassi per le procedure tecniche di ricerca e accesso alle risorse bibliografiche.

Gli obiettivi formativi sono coerenti con la mission del Centro di Eccellenza e dei Poli per la Formazione dei Ricercatori, per la Ricerca Scientifica e per la Pratica Clinica.

RISULTATI ATTESI

Un più diffuso interesse per la ricerca infermieristica finalizzato alla miglior pratica clinica, con più ampie capacità di accesso alle fonti bibliografiche e di analisi critica della letteratura in funzione di una revisione esperta che possa essere disseminata nella pratica clinica. Tale aumentato interesse si può verificare con i seguenti indicatori:

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

PIANIFICAZIONE

	Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
Fase (0)	Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Consiglio Direttivo	marzo 2013
Fase (1)	Accreditamento ECM	Collegio IPASVI di Roma	marzo 2013
Fase (2)	Realizzazione delle 2 edizioni del corso	Comitato scientifico, docenti, tutor	giugno-novembre 2013
Fase (3)	Pubblicazione dei repertori bibliografici	Comitato Scientifico	dicembre 2013

DIAGRAMMA GANTT

	Mar 2013	Apr 2013	Mag 2013	Giu 2013	Lug 2013	Ago 2023	Sett 2013	Ott 2013	Nov 2013	Dic 2014
Fase 0	■									
Fase 1	■	■	■							
Fase 2		■	■	■	■	■	■	■	■	
Fase 3										■

BIBLIOGRAFIA

AIB-GRIS. Guida all'indicizzazione per soggetto. Roma: AIB; 1996.

Barazia C. La ricerca nelle banche dati bibliografiche: l'esempio di PubMed. Ultimo aggiornamento 15/1/2007. Disponibile presso: http://www.aib.it/aib/contr/barazia1.htm (accesso 5/2/2011).

Chiari P, Mosci D, Naldi E. Infermieristica basata su prove di efficacia: guida operativa per l'Evidence-Based Nursing. Milano: McGraw-Hill; 2006.

De Robbio A. Banche dati su CD-Rom e on-line, 1999. Disponibile presso: http://www.math.unipd.it/~adr/database/index.htm (accesso 1/2/2011).

Di Domenico G, Innocenti P. Teoria e pratica della redazione. Milano: Editrice Bibliografica; 1994.

Eco U. Come si fa una tesi di laurea. Milano: Bompiani; 2001.

Gnoli C. Le citazioni bibliografiche: una guida introduttiva per interpretare e redigere correttamente le citazioni delle fonti bibliografiche. Disponibile presso: http://www.aib.it/aib/contr/gnoli2.htm (accesso 1/3/2011).

Metitieri F, Ridi R. Biblioteche in rete: istruzioni per l'uso. Roma: Laterza; 2005.

Montecchi G, Pensato R. Corso di bibliografia. Milano: Editrice Bibliografica; 1987.

Pensato R. Manuale di bibliografia. Milano: Editrice Bibliografica; 2007.

Ridi R. Internet in biblioteca. Roma: Min. BBCCAA, RAI, AIB; 1997.

Ridi R. Ricerca e selezione delle fonti di informazione. Milano: Editrice Bibliografica; 1998.

Vellone E, Sciuto M. La ricerca bibliografica. Applicazione nel nursing e nelle scienze sanitarie. Milano: Mac Graw-Hill; 2001.

Vellone E, Piredda M. La ricerca bibliografica. Milano: Mac Graw-Hill; 2009.

Venuda F. Manuale di biblioteconomia. Milano: Editrice Bibliografica; 1997.

POLO PER LA FORMAZIONE

TITOLO SINTETICO

INGLESE SCIENTIFICO

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

RESP. DEL POLO
M.G. Proietti

COD. 3.13.3

TITOLO PROGETTO

Corso di inglese scientifico per il nursing 4 livelli: "base - pre-intermedio - intermedio - avanzato"

A course of scientific english for nurses in 4 levels: basic - pre-intermediate - intermediate - advanced

2. ABSTRACT

La pratica clinica potrebbe essere enormemente migliorata se l'infermiere avesse le piene competenze per comunicare in altre lingue in un mondo sempre più complesso, interconnesso e globalizzato dove la professione infermieristica nei contesti dinamici e instabili che caratterizzano la post-modernità si contraddistingue per mutamenti profondi e sostanziali che concernono sia il contributo epistemologico e fattuale specifico all'interno dei sistemi sanitari, sia la relazione con il cittadino1,2.
L'avvento della "*società complessa*", in altre parole plurale, dismorfica, asimmetrica, non lineare, dinamica, multidimensionale, il suo irrompere in forme, modelli e tendenze che la fanno somigliare spesso ad un'immensa rete di significati, pone la necessità della riflessione e del confronto per riformulare le scelte dell'operatore sanitario, per riposizionare l'infermiere e le sue competenze all'interno delle organizzazioni sanitarie. La società plurale, caratterizzata dal superamento delle visioni *unilineari* dell'esistenza, dal superamento della frammentarietà dei singoli saperi, dall'approccio interdisciplinare alla soluzione dei problemi, dal profondo cambiamento dell'esperienza del tempo e dello spazio per tutti gli abitanti del nostro pianeta, dall'aumento vertiginoso delle comunicazioni con la crescita delle reti digitali, dall'interdipendenza economica sempre più accentuata e dal rimodellamento continuo delle identità personali e collettive, oltre a cambiare senza soluzione di continuità, produce nuove identità, sempre in divenire, anche in relazione alle maggiori possibilità di contatto con le diversità portate da individui provenienti da tutto il mondo. Questa situazione impone al professionista infermiere di sviluppare nuove competenze linguistiche per rispondere ai bisogni di assistenza infermieristica della persona e per lavorare a fianco di colleghi provenienti da molti paesi diversi. Il nostro mondo simultaneo frutto della rivoluzione informatica, e dell'interdipendenza dei paesi poveri da quelli opulenti occidentali ha proiettato le persone portatrici di culture "*altre*" al nostro fianco.
Inoltre, in ambito sanitario oggi più che mai, conoscere l'inglese significa avere accesso al patrimonio immenso della letteratura scientifica internazionale e a tutta una serie di informazioni preziose ed eventi formativi all'estero, che spesso sono preclusi proprio perché espresse in una lingua che si padroneggia in modo insufficiente.
Questi corsi di inglese scientifico di base – pre-intermedio – intermedio – avanzato, dedicati agli infermieri nascono dall'esigenza di superare l'ostacolo della lingua inglese per poter effettuare un'assistenza culturalmente e linguisticamente attenta ai bisogni complessi dell'altro.

ABSTRACT

Clinical practice could be greatly improved if nurses had the skills to communicate in other languages in an increasingly complex, interconnected, and globalised world, where nursing is set against a background of dynamic and ever-changing contexts that characterise the post-modern society. These factors have an impact both on the specific epistemiological and factual aspects of the health systems, and on the relationship with the citizens1,2.
With the advent of the so-called '*complex society*' (i.e. a pluralistic, dysmorphic, asymmetrical, non-linear, dynamic, and multidimensional society), swarming with forms, models and tendencies that make it resemble to an enormous network of meanings, calls for reflection and exchange to reformulate the choices of the

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

3. BACKGROUND

Il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica è costruito sulla sinergia tra ricerca e cultura ed è basato sul concetto di "conoscenza scientifica" (scholarship):

e) la **sinergia tra ricerca** e cultura fornisce l'energia necessaria a sostenere le attività del Centro di Eccellenza. La prospettiva di un approccio scientifico configura per gli infermieri l'opportunità di acquisire le conoscenze e le abilità che li renderanno protagonisti di progetti finalizzati a trovare soluzioni nuove ai problemi assistenziali e a realizzare nuove scoperte. D'altra parte la crescita culturale sostiene e motiva alla ricerca dell'eccellenza. Secondo i principi che ispirano il Centro di Eccellenza, come in un circolo virtuoso, la costruzione di una nuova cultura infermieristica apre la strada ad attività significative, che a loro volta danno significato al *nursing*.

f) La "**conoscenza scientifica**" rappresenta l'obiettivo del Centro di Eccellenza, in linea con l'orientamento internazionale alla ricerca e alla cultura del *nursing* del 21° Secolo. Il modello di *Scholarship* di Boyer consente di definire lo scopo del Centro di Eccellenza e il concetto di cultura infermieristica basata sulla conoscenza e sulla ricerca, finalizzata a formare i futuri cultori del *nursing* in Italia.

D'altra parte la ricerca infermieristica si afferma solo se sono gli stessi infermieri ad assumere l'iniziativa di progettare e condurre studi sui fenomeni riguardanti la salute e l'assistenza. In una tale prospettiva la mission del Polo per la formazione dei ricercatori è "Migliorare le abilità degli infermieri nell'individuazione delle priorità e nell'applicazione delle tecniche e degli strumenti di metodologia della ricerca, per l'elaborazione di nuovi progetti e per l'incremento delle conoscenze scientifiche nell'infermieristica".

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali
Fornire gli strumenti teorici e pratici per la conoscenza della lingua inglese secondo livelli predefiniti, per la consultazione della produzione scientifica infermieristica nazionale e internazionale ai fini della migliore attuazione della pratica clinica. Al momento, sono pochi i corsi di inglese che consentano di raggiungere contemporaneamente due obiettivi: imparare a comunicare in inglese e acquisire il linguaggio specifico dell'area infermieristica.

Obiettivi specifici
Al termine del corso i discenti dovranno essere in grado di comprendere l'inglese scientifico per il nursing in relazione ai livelli predefiniti del corso.

Indicatori
- Numero di partecipanti a ciascuna edizione del corso: 25 (minimo 20)
- Frequenza media alle lezioni: 100% (minimo 80%)
- Produzione di un resoconto per ogni edizione: 12
- Rapporto spese effettuate per il progetto/spese previste.

METODOLOGIA

Disegno dello studio
Ampia accessibilità: 10 edizioni nel 2013 (sui 4 livelli)
Accreditamento ECM
Minimo contributo economico da parte partecipanti (120 Euro) per la partecipazione ad ogni livello. Il testo

(English for Nurses and Healthcare Providers, Casa Ed. Ambrosiana) comprensivo di CD-Rom viene offerto nella quota di iscrizione dal Collegio Ipasvi di Roma.

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

RISULTATI ATTESIO

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

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

PIANIFICAZIONE

Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Consiglio Direttivo	marzo 2013
Accreditamento ECM	Comitato Scientifico	marzo 2013
Realizzazione delle 12 edizioni del corso	Comitato scientifico, docenti	aprile-dicembre 2013
Report dei corsi effettuati e delle certificazioni dei crediti ECM	Comitato Scientifico	dicembre 2013

DIAGRAMMA GANTT

	Mar 2013	Apr 2013	Mag 2013	Giu 2013	Lug 2013	Lug 2013	Ago 2013	Sett 2013	Ott 2013	Nov 2013	Dic 2013
Fase 0											
Fase 1											
Fase 2											
Fase 3											

BIBLIOGRAFIA

1. Malaguti A, Parini B. Roberts R. English for nurses and healthcare providers. Milano: Ambrosiana; 2006.
2. Aleo G, Sasso L. Pubblicare nella letteratura scientifica internazionale. Milano: McGraw-Hill; 2010.

POLO PER LA FORMAZIONE

TITOLO SINTETICO

FONETICA E CONVERSAZIONE

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

RESP. DEL POLO
M.G. Proietti

COD. 3.13.4

TITOLO PROGETTO

Corso di fonetica e conversazione inglese (3 livelli)
A course of english phonetics and conversation (3 levels)

2. ABSTRACT

La ricerca infermieristica potrebbe avere un grande impulso con questo corso preparato specificatamente per formare professionisti infermieri in grado di conversare in inglese con i pazienti e gli altri professionisti sanitari. Per fare ciò bisogna possedere le competenze per utilizzare un linguaggio tecnico scientifico in lingua inglese che possa far reperire le migliori risorse per quello specifico atto assistenziale.
Questo corso orienta il professionista infermiere a sviluppare nuove competenze linguistiche per rispondere ai bisogni di corretta espressione in lingua inglese, sempre più diffusa nel mondo, ma anche per rispondere esaurientemente ai numerosi bisogni assistenziali di una società sempre più interconnessa e per lavorare a fianco di colleghi provenienti da molti paesi diversi.
Inoltre, in ambito sanitario oggi più che mai, conoscere l'inglese significa avere accesso al patrimonio immenso della letteratura scientifica internazionale e a tutta una serie di informazioni preziose ed eventi formativi all'estero, che spesso sono preclusi proprio perché si svolgono in una lingua che non si padroneggia sufficientemente.
Questo corso di fonetica e conversazione inglese dedicato agli infermieri, nasce dall'esigenza di superare l'ostacolo della lingua per poter comunicare in un inglese comprensibile con l'altro interlocutore.

ABSTRACT

This course can boost nursing research by teaching nurses how to speak in English with patients and other healthcare professionals. Nurses need to know how to use scientific English to retrieve the best resources for a specific healthcare action.
This course teaches nurse professionals how to develop new language skills so that they may correctly express themselves in English, spoken by a growing number of people from all over the world, but also to provide a comprehensive response to the great number of healthcare needs of an increasingly interconnected society, and to be able to successfully work alongside with colleagues from other countries.
Moreover, in the field of healthcare, today more than ever, knowing English is essential to access the immense patrimony of international scientific literature, as well as a wealth of precious information and international educational events, which nurses often do not attend due to the language barrier.
This course of English phonetics and conversation for nurses, derives from the need to overcome the language barrier and effectively communicate in English with other people.

3. BACKGROUND

Il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica è costruito sulla sinergia tra ricerca e cultura ed è basato sul concetto di "conoscenza scientifica" (*scholarship*):

g) a **sinergia tra ricerca e cultura** fornisce l'energia necessaria a sostenere le attività del Centro di Eccellenza. La prospettiva di un approccio scientifico configura per gli infermieri l'opportunità di acquisire le conoscenze e le abilità che li renderanno protagonisti di progetti finalizzati a trovare soluzioni nuove ai problemi assistenziali e a realizzare nuove scoperte. D'altra parte la crescita culturale sostiene e motiva alla ricerca dell'eccellenza. Secondo i principi che ispirano il Centro di Eccellenza, come in un circolo virtuoso, la costruzione di una nuova cultura infermieristica apre la strada ad attività significative, che a loro volta danno significato al *nursing*.

h) La "**conoscenza scientifica**" rappresenta l'obiettivo del Centro di Eccellenza, in linea con l'orientamento internazionale alla ricerca e alla cultura del *nursing* del 21° Secolo. Il modello di *Scholarship*

di Boyer consente di definire lo scopo del Centro di Eccellenza e il concetto di cultura infermieristica basata sulla conoscenza e sulla ricerca, finalizzata a formare i futuri cultori del *nursing* in Italia.

D'altra parte la ricerca infermieristica si afferma solo se sono gli stessi infermieri ad assumere l'iniziativa di progettare e condurre studi sui fenomeni riguardanti la salute e l'assistenza. In una tale prospettiva la mission del Polo per la formazione dei ricercatori è: migliorare le abilità degli infermieri nell'individuazione delle priorità e nell'applicazione delle tecniche e degli strumenti di metodologia della ricerca, per l'elaborazione di nuovi progetti e per l'incremento delle conoscenze scientifiche nell'infermieristica.

OBIETTIVO DI PROGETTO

Obiettivi generali

Fornire gli strumenti teorici e pratici per la comunicazione in lingua inglese nell'ambito della relazione con i pazienti e gli altri professionisti sanitari. Al momento, sono pochi i corsi d'inglese che consentano di raggiungere contemporaneamente due obiettivi: imparare a comunicare in inglese scientifico e acquisire il linguaggio specifico dell'area infermieristica.

Far approfondire a studenti d'inglese gli aspetti teorici, tecnici, e pratici della fonetica e fonologia dell'inglese contemporaneo. Esso mira, in particolare, a far sviluppare le competenze teorico-pratiche necessarie per comprendere ed esprimersi adeguatamente in lingua inglese in contesti formali e non formali.

Durante il corso verranno proiettati ed analizzati video tratti dalla BBC e verranno fatte ascoltare conversazioni con parlanti che utilizzano diverse tipologie di accenti1,2.

Obiettivi specifici

Al termine del corso i discenti dovranno essere in grado di comprendere l'inglese scientifico parlato e comunicare in maniera comprensibile.

Indicatori

- numero di partecipanti a ciascuna edizione del corso: 25 (minimo 20)
- frequenza media alle lezioni: 100% (minimo 80%)
- produzione di un resoconto per ogni edizione: 2
- rapporto spese effettuate per il progetto/spese previste.

METODOLOGIA

Disegno dello studio

Ampia accessibilità: 3 edizioni nel 2013

Accreditamento ECM

Minimo contributo economico da parte partecipanti (quota di iscrizione = €120,00).

Requisiti richiesti dal committente

Il Comitato Scientifico e i docenti hanno conoscenze ed esperienze specifiche riguardanti l'utilizzo degli strumenti e l'applicazione delle metodologie proposte.

Il corso realizza contestualmente l'apprendimento di teoria e prassi per l'inglese scientifico legato al nursing.

Gli obiettivi formativi sono coerenti con la mission del Centro di Eccellenza e dei Poli per la Formazione dei Ricercatori, per la Ricerca Scientifica e per la Pratica Clinica.

RISULTATI ATTESI

Un più diffuso interesse per la comunicazione corretta in inglese, e alla migliore comprensione delle realtà assistenziali in funzione di una comunicazione esperta e consapevole che possa garantire un miglior outcome assistenziale per il cittadino. Al termine del primo livello del corso verrà rilasciato un attestato di partecipazione ed ECM. Tale aumentato interesse si può verificare con i seguenti indicatori:

- Aumento del grado di conoscenza della lingua inglese per la conversazione e la pronuncia test di valutazione
- Miglior servizio ai cittadini la cui lingua madre è l'inglese o che comprendono l'inglese (immigrati, turisti, visitatori occasionali, personale estero in servizio in Italia, etc..)

PIANIFICAZIONE

Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Consiglio Direttivo	Gennaio 2013
Accreditamento ECM	Gennaio 2012	Gennaio 2013
Realizzazione delle 3 edizioni del corso	Comitato scientifico, docenti, tutor	Gennaio- Dicembre 2013
Report dei corsi effettuati e delle certificazioni dei crediti ECM	Comitato Scientifico	Dicembre 2013

DIAGRAMMA GANTT

	Mar 2013	Apr 2013	Mag 2013	Giu 2013	Lug 2013	Lug 2013	Ago 2013	Sett 2013	Ott 2013	Nov 2013	Dic 2013
Fase 0											
Fase 1											
Fase 2											
Fase 3											

BIBLIOGRAFIA

1. Collins B, Mees I. Practical phonetics and phonology. 2013; New York: Routledge.
2. Wells J. Longman pronunciation dictionary. 3rd ed. 2008; Harlow: Pearson Longman.

POLO PER LA FORMAZIONE

TITOLO SINTETICO

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

COORDINATORE PROGETTO
C. Turci

RESP. DEL POLO
M.G. Proietti

COD. 3.13.5

TITOLO PROGETTO

Corso itinerante: l'infermiere e la ricerca bibliografica nel mondo dell'informazione digitale

A travelling course: Nurses and bibliographic research in the world of digital information

2. ABSTRACT

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

ABSTRACT

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

3. BACKGROUND

La professione infermieristica è in rapido cambiamento sospinta dalle innumerevoli innovazioni di carattere legislativo, formativo, tecnologico e dal costante e continuo consolidarsi delle conoscenze scientifiche che sostengono la disciplina, il cui oggetto di studio è rappresentato dai bisogni di assistenza infermieristica della persona e della sua famiglia, nelle loro dimensioni bio-fisiologiche, psicologiche e socioculturali. La funzione di ricerca rientra nel ruolo dell'infermiere e l'international Council of Nurses (ICN) da tempo ne sottolinea l'importanza. La connotazione infermieristica della ricerca è legata alla prospettiva con cui ci si relaziona all'ad-sistere: è nelle dimensioni fisica (bio-fisiologica), psichica e socio-culturale dei bisogni di assistenza infermieristica della persona assistita che risiede il punto di partenza e quello di arrivo della ricerca infermieristica; la complessità che ne consegue è legata anche ai pregi e ai limiti degli approcci e

delle tecniche utilizzabili per lo studio delle diverse dimensioni. le connotazioni delle attività di ricerca (qualitativa e quantitativa) e i diversi disegni di ricerca (non sperimentale, semisperimentale, sperimentale), definiscono un panorama complesso, sia di natura teorico-concettuale che metodologica. Lo sviluppo della ricerca infermieristica, nei diversi paesi, passa generalmente da una fase iniziale di studio delle diverse aree dell'esercizio professionale (management, formazione, professione) a fasi successive in cui si realizzano prevalentemente studi clinici, che riguardano l'assistenza infermieristica diretta alle persone e al loro entourage. Anche in Italia l'evoluzione della ricerca infermieristica ha visto, in linea con le tendenze generali, progetti di ricerca inizialmente più rivolti allo studio della professione. Solo negli ultimi vent'anni si e' assistito a un graduale aumento del numero di pubblicazioni infermieristiche.

OBIETTIVO DI PROGETTO

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

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

Al termine del corso i discenti dovranno essere in grado di navigare in modo autonomo nel web e nelle banche dati infermieristiche offerte dal Collegio Ipasvi di Roma.

Indicatori
- Numero di partecipanti al corso di formazione: 60 (minimo 50)
- Frequenza media alle lezioni: 100% (minimo 90%)
- Rispetto dei tempi previsti nel diagramma di Gantt
- Rapporto spese effettuate per il progetto/spese previste.

METODOLOGIA

Disegno dello studio
- Il corso è strutturato su 5 ore formative e sarà tenuto presso sedi di ospedali e scuole infermieristiche di Roma e Provincia.
- Il corpo insegnante è costituito da tutti docenti universitari.

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

RISULTATI ATTESI

Un più diffuso interesse per la ricerca infermieristica finalizzato alla miglior pratica clinica, alla formazione, alla gestione ecc., con più ampie capacità di accesso alle fonti bibliografiche e di analisi critica della letteratura in funzione di una revisione esperta che possa essere disseminata nella pratica clinica. Tale aumentato interesse si può verificare con i seguenti indicatori:
- Aumento degli accessi alla biblioteca digitale del Collegio Ipasvi di Roma.
- Aumento degli accessi alle banche dati biomediche.
- Aumento dell'uso dei vocabolari controllati (appropriatezza delle interrogazioni).
- Aumento dell'appropriatezza degli accessi in biblioteca.
- Riduzione dei tempi di permanenza in biblioteca.

PIANIFICAZIONE

Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Consiglio Direttivo	gennaio – marzo 2013
Realizzazione lezioni / Accreditamento ECM	Comitato Scientifico, docenti,	febbraio-maggio 2013
Realizzazione dei corsi di formazione teorico-pratica	Comitato scientifico, docenti, tutor	giugno 2013 – gennaio 2014
Disseminazione dei risultati della ricerca	Comitato Scientifico	2013-2014

DIAGRAMMA GANTT

2013	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Sett	Ott	Nov	Dic	Gen 2014
Fase 0													
Fase 1													
Fase 2													
Fase 3													

BIBLIOGRAFIA

AIB-GRIS. Guida all'indicizzazione per soggetto. Roma: AIB; 1996.

Barazia C. La ricerca nelle banche dati bibliografiche: l'esempio di PubMed. Ultimo aggiornamento 15/1/2007. Disponibile presso: http://www.aib.it/aib/contr/barazia1.htm (accesso 5/2/2011).

Chiari P, Mosci D, Naldi E. Infermieristica basata su prove di efficacia: guida operativa per l'Evidence-Based Nursing. Milano: McGraw-Hill; 2006.

De Robbio A. Banche dati su CD-Rom e on-line, 1999. Disponibile presso: http://www.math.unipd.it/~adr/database/index.htm (accesso 1/2/2011).

Di Domenico G, Innocenti P., Teoria e pratica della redazione. Milano: Editrice Bibliografica; 1994.

Eco U. Come si fa una tesi di laurea. Milano: Bompiani; 2001.

Gnoli C. Le citazioni bibliografiche: una guida introduttiva per interpretare e redigere correttamente le citazioni delle fonti bibliografiche. Disponibile presso: http://www.aib.it/aib/contr/gnoli2.htm (accesso 1/3/2011).

Metitieri F, Ridi R. Biblioteche in rete: istruzioni per l'uso. Roma: Laterza; 2005.

Montecchi G, Pensato R. Corso di bibliografia. Milano: Editrice Bibliografica; 1987.

Pensato R. Manuale di bibliografia. Milano: Editrice Bibliografica; 2007.

Ridi R. Internet in biblioteca. Roma: Min. BBCCAA, RAI, AIB; 1997.

Ridi R. Ricerca e selezione delle fonti di informazione. Milano: Editrice Bibliografica; 1998.

Vellone E, Sciuto M. La ricerca bibliografica. Applicazione nel nursing e nelle scienze sanitarie. Milano: Mac Graw-Hill; 2001.

Vellone E, Piredda M. La ricerca bibliografica. Milano: Mac Graw-Hill; 2009.

Venuda F. Manuale di biblioteconomia. Milano: Editrice Bibliografica; 1997.

POLO PER LA FORMAZIONE

TITOLO SINTETICO

L'INDICIZZAZIONE DELLA LETTERATURA SCIENTIFICA NEL NURSING

COORDINATORE PROGETTO
C. Turci

RESP. DEL POLO
M.G. Proietti

COD. 3.13.6

TITOLO PROGETTO

L'indicizzazione della letteratura scientifica nelle scienze infermieristiche
Indexing scientific literature related to nursing

2. ABSTRACT

Il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica è costruito sulla sinergia tra ricerca e cultura ed è basato sul concetto di "conoscenza scientifica" (scholarship):

i) la **sinergia tra ricerca e cultura** fornisce l'energia necessaria a sostenere le attività del Centro di Eccellenza. La prospettiva di un approccio scientifico configura per gli infermieri l'opportunità di acquisire le conoscenze e le abilità che li renderanno protagonisti di progetti finalizzati a trovare soluzioni nuove ai problemi assistenziali e a realizzare nuove scoperte. D'altra parte la crescita culturale sostiene e motiva alla ricerca dell'eccellenza. Secondo i principi che ispirano il Centro di Eccellenza, come in un circolo virtuoso, la costruzione di una nuova cultura infermieristica apre la strada ad attività significative, che a loro volta danno significato al *nursing*.

j) La "**conoscenza scientifica**" rappresenta l'obiettivo del Centro di Eccellenza, in linea con l'orientamento internazionale alla ricerca e alla cultura del *nursing* del 21° Secolo. Il modello di *Scholarship* di Boyer consente di definire lo scopo del Centro di Eccellenza e il concetto di cultura infermieristica basata sulla conoscenza e sulla ricerca, finalizzata a formare i futuri cultori del *nursing* in Italia.

D'altra parte la ricerca infermieristica si afferma solo se sono gli stessi infermieri ad assumere l'iniziativa di progettare e condurre studi sui fenomeni riguardanti la salute e l'assistenza. In una tale prospettiva la mission del Polo per la formazione dei ricercatori è "Migliorare le abilità degli infermieri nell'individuazione delle priorità e nell'applicazione delle tecniche e degli strumenti di metodologia della ricerca, per l'elaborazione di nuovi progetti e per l'incremento delle conoscenze scientifiche nell'infermieristica".

Uno degli obiettivi operativi del Polo consiste pertanto nell' "Organizzazione di corsi di formazione teorico-pratica sulla metodologia della ricerca infermieristica, che tengano conto dei diversi livelli di competenza dei discenti e che si concludano con la realizzazione di ricerche scientifiche su temi predefiniti".

ABSTRACT

The Centre of Excellence for Nursing Scholarship is built on the synergy between research and culture, and based on the concept of 'scholarship':

a) **The synergy between research and culture** provides the energy to support the activities of the Centre of Excellence, and offers nurses the opportunity to adopt a scientific approach to find new solutions to healthcare problems and discover new things, gaining new knowledge and skills that allow them to become the main protagonists of these projects. On the other hand, cultural development supports and motivates the quest for excellence. According to the principles that inspire the Centre of Excellence, just like a virtuous cycle, the construction of a new nursing culture prepares the ground to significant activities, which in turn enhance the meaning of nursing.

b) **Scientific knowledge** is the purpose of the Centre of Excellence, in line with the international trends of nursing research and culture in the 21st Century. Boyer's model of Scholarship provides a description of the purpose of the Centre of Excellence and of the concept of nursing culture based on knowledge and research, to mould Italy's future nursing scholars.

On the other hand, nursing research can consolidate itself only if nurses themselves take the initiative to design and conduct studies focusing on phenomena related to nursing. In the light of this, the mission of the Pillar of Research Education is to 'Improve the nurses' skills in identifying the priorities and in imple-

menting the techniques and the research methodologies to develop new projects and enhance scientific knowledge in the field of nursing'.
Therefore, one of the operational aims of this Pillar is 'to organize theoretical-practical courses on the methodology of nursing research that take into account the different levels of competence of the attendees and that conclude with the conduction of scientific research projects on a set of themes'.

3. BACKGROUND

La professione infermieristica è in rapido cambiamento sospinta dalle innumerevoli innovazioni di carattere legislativo, formativo, tecnologico e dal costante e continuo consolidarsi delle conoscenze scientifiche che sostengono la disciplina, il cui oggetto di studio è rappresentato dai bisogni di assistenza infermieristica della persona e della sua famiglia, nelle loro dimensioni bio-fisiologiche, psicologiche e socioculturali. La funzione di ricerca rientra nel ruolo dell'infermiere e l'International Council of Nurses (ICN) da tempo ne sottolinea l'importanza. La connotazione infermieristica della ricerca è legata alla prospettiva con cui ci si relaziona all'ad-sistere: è nelle dimensioni fisica (bio-fisiologica), psichica e socio-culturale dei bisogni di assistenza infermieristica della persona assistita che risiede il punto di partenza e quello di arrivo della ricerca infermieristica; la complessità che ne consegue è legata anche ai pregi e ai limiti degli approcci e delle tecniche utilizzabili per lo studio delle diverse dimensioni. le connotazioni delle attività di ricerca (qualitativa e quantitativa) e i diversi disegni di ricerca (non sperimentale, semisperimentale, sperimentale), definiscono un panorama complesso, sia di natura teorico-concettuale che metodologica. Lo sviluppo della ricerca infermieristica, nei diversi paesi, passa generalmente da una fase iniziale di studio delle diverse aree dell'esercizio professionale (management, formazione, professione) a fasi successive in cui si realizzano prevalentemente studi clinici, che riguardano l'assistenza infermieristica diretta alle persone e al loro entourage. Anche in Italia l'evoluzione della ricerca infermieristica ha visto, in linea con le tendenze generali, progetti di ricerca inizialmente più rivolti allo studio della professione. Solo negli ultimi vent'anni si e' assistito a un graduale aumento del numero di pubblicazioni infermieristiche.

OBIETTIVO DI PROGETTO

Obiettivi generali
Fornire gli strumenti teorici e pratici per descrivere e spiegare i fenomeni riguardanti l'inicizzazione nella banca dati ILISI infermieristica.

Obiettivi specifici
Al termine del corso i discenti dovranno essere in grado di inserire in modo autonomo dei dati sull'assistenza infermieristica nella banca dati ILISI.

Indicatori
- Numero di partecipanti al corso di formazione: 24 (minimo 20).
- Frequenza media alle lezioni: 100% (minimo 90%).
- Produzione di resoconti in itinere e consuntivi agli step previsti.
- Rispetto dei tempi previsti nel diagramma di Gantt.
- Presentazione dei risultati della ricerca in una conferenza entro un anno dalla chiusura del corso, a cura del Comitato Scientifico e dei partecipanti al corso di formazione.
- Rapporto spese effettuate per il progetto/spese previste.

METODOLOGIA

Disegno dello studio
- Il corso è articolato in 1 corso di formazione di tre giornate. I partecipanti al corso, organizzati in gruppi, a ciascuno dei quali viene assegnato un tutor, dovranno consegnare, entro un termine stabilito, il rapporto finale di ricerca, da presentare in occasione della consegna degli attestati.
- Il corpo insegnante è costituito da tutti docenti universitari.

Requisiti richiesti dal committente
- Il Comitato Scientifico e i docenti hanno conoscenze ed esperienze specifiche riguardanti l'utilizzo degli strumenti e l'applicazione delle metodologie proposte.
- Contestualmente all'apprendimento della metodologia e delle tecniche della ricerca, i partecipanti al corso di formazione teorico-pratica realizzano l'immissione nella banca dati ILISI.
- Il corso di formazione e la ricerca, in ogni fase, sono condotti nel rispetto dei principi deontologici ed etici.
- Gli obiettivi formativi sono coerenti con la mission del Centro di Eccellenza e del Polo per la Formazione dei Ricercatori.
- Il problema scientifico affrontato nel corso di formazione è rilevante per la pratica clinica infermieristica.

Procedure

– Accreditamento ECM.

RISULTATI ATTESI

Costituzione di un team di ricerca che sviluppi le competenze acquisite nel corso per:

– Produrre nuovi corsi di formazione e parteciparvi come tutor.
– Immettere dati nella banca informazioni infermieristica ILISI prodotta dal Collegio Ipasvi di Roma.
– Produrre materiale e documentazione infermieristica validata scientificamente e fruibile immediatamente dai colleghi iscritti al collegio Ipasvi di Roma e da tutti gli studenti italiani di infermieristica.

PIANIFICAZIONE

Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Consiglio Direttivo	gennaio – marzo 2013
Realizzazione lezioni Accreditamento ECM	Comitato Scientifico, docenti	febbraio-aprile 2013
Realizzazione dei corsi di formazione teorico-pratica	Comitato scientifico, docenti, tutor	maggio 2013 – gennaio 2014
Disseminazione dei risultati della ricerca	Comitato Scientifico	2013-2014

DIAGRAMMA GANTT

2013	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Sett	Ott	Nov	Dic	Gen 2014
Fase 0													
Fase 1													
Fase 2													
Fase 3													

BIBLIOGRAFIA

Bellingeri A, Dalfino S, Falli F, Malinverno E, Origlia A, Piccoli M, Proietti MG, Rasero L, Suzzi R. La ricerca infermieristica in Italia. Linee guida per la ricerca infermieristica. Roma: Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI; Collana Metodi e Strumenti, 2003.

Chiari P, Mosci D, Naldi E (a cura di). L'infermieristica basata su prove di efficacia. Guida operativa per l'evidence based nursin. Milano: Mc Graw-Hill; 2006.

Fain JA. La ricerca infermieristica: leggerla, comprenderla e applicarla. Ed. it. Vellone E. (a cura di). Milano: Mc Graw-Hill; 2004.

Hamer S, Collison G. Evidence based practice. Ed. it. Chiari P, Santullo A (a cura di). Milano: Mc Graw-Hill; 2004.

Lo Biondo-Wood G, Haber J. Metodologia della ricerca infermieristica. Milano: Mc Graw-Hill; 1997.

Vellone E, Sciuto M. La ricerca bibliografica. Applicazione nel nursing e nelle scienze sanitarie. Milano: Mac Graw-Hill; 2001.

Vellone E, Piredda M. La ricerca bibliografica. Milano: Mac Graw-Hill; 2009.

POLO DELLA PRATICA CLINICA

TITOLO SINTETICO

FORMAZIONE IN EVIDENCE BASED PRACTICE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA PRATICA ASSISTENZIALE

COORDINATORE PROGETTO
S. Casciato
N. Barbato

RESP. DEL POLO
S. Casciato

COD. 4.13.1

TITOLO PROGETTO

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

Improving nursing practice by training clinical nurses to become experts of Evidence Based Practice

2. ABSTRACT

Il miglioramento della pratica assistenziale, così come enfatizzato dalla letteratura internazionale, è realizzabile attraverso strategie che incoraggino i professionisti infermieri a riflettere criticamente sulla loro esperienza e li stimolino ad applicare nella pratica i risultati della ricerca. Una delle strategie suggerite per raggiungere tali obiettivi è quella di formare infermieri alla ricerca delle evidenze che dall'interno dei contesti clinici cureranno il processo di cambiamento e fungeranno sia da esperti metodologici che da punto di riferimento clinico per i loro colleghi. Una formazione degli infermieri clinici specifica in EBP è fondamentale, quindi, per iniziare tale processo di cambiamento.
Il progetto formativo presentato si inserisce nel progetto complessivo relativo alla formazione dei clinical nurse leader che, tra le varie fasi prevede il fornire agli infermieri selezionati le competenze necessarie per operare i cambiamenti necessari nella pratica clinica.
Il progetto verrà svolto in collaborazione con il Polo Formazione dei Ricercatori, che supporterà nell'organizzazione degli eventi formativi.
Le direzioni infermieristiche saranno stimolate ad indicare i professionisti infermieri che intendono avviare a tale percorso formativo, e che fungeranno da risorsa per le stesse istituzioni e direzioni .

ABSTRACT

The improvement of nursing practice, as highlighted in literature, can be implemented through strategies that encourage nurse practitioners to reflect critically on their experience and stimulate them to translate into practice the results of their research. One of the strategies proposed to achieve these is to teach nurses how to find evidence, who in the clinical settings will deal with the process of change, and at the same time serve as methodological experts and clinical guides for their colleagues. Therefore, a specific course on EBP is fundamental to launch this process of change.
This educational project is part of a larger project aimed at providing clinical nurse leaders the competences needed to implement the changes required in clinical practice.
This project will be conducted in collaboration with the Piller of Research Education, which will support the organization of the educational events.
The nursing directors will be encouraged to identify nurses wishing to attend these courses, and who will then become a resource for their instutions and directors.

3. BACKGROUND

La letteratura internazionale suggerisce che per migliorare la pratica clinica sono maggiormente efficaci gli interventi che prevedono il coinvolgimento diretto degli operatori nei processi di cambiamento, come ad esempio interventi di esperti esterni che incontrano i professionisti nel loro ambiente di lavoro, audit e feedback, incontri con opinion leader locali, e seminari interattivi1. Inoltre, gli infermieri mostrano di preferire fonti di informazione di tipo umano rispetto ad altre2,3. L'importante influenza dei fattori umani sulla produzione e trasferimento delle conoscenze ha aperto la strada a esperienze di utilizzo di figure di professionisti "intermediari", si tratta cioè di infermieri clinici presenti nell'ambiente di pratica clinica che si trovano nella posizione di influenzare i loro colleghi su specifici obiettivi, collegando conoscenze e pratica. Essi sono competenti dal punto di vista clinico nella loro area di pratica e possiedono conoscenze ed abilità

che permettono loro di facilitare l'uso della ricerca nei setting di pratica. In ambiente internazionale figure intermediarie che sono utilizzate nei contesti di pratica sono, ad esempio, i *clinical nurse leader, i clinical nurse educator, gli staff development educator, i practice developer, clinical nurse specialist*[4], con differenze legate ai contesti e alle competenze acquisite.
In Italia, sono molto limitate le esperienze di utilizzo di figure intermediarie, cioè portatrici di competenze esperte nell'ambito dell'applicazione dei risultati della ricerca, nelle unità operative.
Per questo motivo si è deciso di dare avvio al processo di formazione di tali figure contribuendo attraverso appositi corsi di base ed avanzati in Evidence based practice (EBP) a fornire loro le competenze per poter operare nei loro contesti di pratica clinica. Il coinvolgimento delle direzioni infermieristiche nel loro reclutamento permetterà inoltre di creare le condizioni per un riconoscimento formale od informale del loro ruolo all'interno dell'organizzazione sanitaria.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali
Innovare la pratica clinica infermieristica attraverso la formazione di infermieri esperti in EBP

Obiettivi specifici
1. Identificare e formare infermieri clinici esperti in grado di guidare la revisione della pratica clinica negli ambiti di pratica clinica
2. Accrescere le competenze degli infermieri clinici esperti in EBP

Indicatori
- Sono individuati i requisiti che gli infermieri clinici esperti devono possedere per partecipare al progetto (esperienza clinica consolidata, qualità e quantità di esperienza professionale, conoscenza della lingua inglese, percorsi di formazione specifica nell'area di pratica clinica).
- Sono selezionati gli infermieri clinici esperti, coinvolgendo i dirigenti dei servizi infermieristici delle ASL-AO-policlinici universitari e le associazioni professionali individuate.
- Sono organizzati corsi sull'EBN base ed avanzato con la collaborazione del centro studi EBN del S.Orsola di Bologna e/o l'AISLEC.
- Gli infermieri formati si sottopongono al processo di verifica delle loro competenze.

METODOLOGIA

Disegno dello studio
La prima fase prevede la elaborazione del programma formativo in collaborazione con il centro studi EBN di S.Orsola di Bologna e/o l'AISLEC.
La seconda fase prevede l'individuazione di infermieri clinici esperti (ICE) da parte delle direzioni infermieristiche.
La terza fase comporta la partecipazione degli infermieri individuati al modulo base ed avanzato del corso EBP.
La quarta fase prevede la valutazione delle competenze acquisite attraverso prove affidate ai partecipanti e valutate dai tutori-docenti del corso EBP.

Campione
Saranno selezionati almeno 20 infermieri esperti, appartenenti ad almeno 3 ASL, AO o IRCCS, che parteciperanno ai corsi di formazione sull'EBN.

Strumenti
Sono previsti corsi di formazione sull'EBN di due moduli (corso base e corso avanzato) i cui docenti saranno esperti nazionali di EBP.

Procedure
Il progetto si basa principalmente sulla formazione, attraverso vari edizioni ripetute del corso, di un gruppo di infermieri esperti clinici, in grado di avviare attività di implementazione della evidence based practice nei loro contesti clinici.

RISULTATI ATTESI

Saranno formati almeno 20 infermieri con competenze in EBN.

Indicatori
- Sono individuate le caratteristiche che devono possedere gli infermieri per essere arruolati come potenziali agenti di cambiamento.
- almeno il 90% degli infermieri individuati partecipano ad entrambi i moduli del corso di formazione in EBN.

– Almeno il 50% degli infermieri che hanno partecipato al corso di formazione certificano le loro competenze in EBP.

Rilevanza
Attualmente l'uso dei risultati della ricerca nella pratica è un problema rilevante sia per le organizzazioni sanitarie che per i professionisti sanitari stessi. Si ritiene, infatti, che l'efficace uso dei risultati della ricerca nella pratica clinica migliorerà la qualità e il rapporto costi-efficacia dell'assistenza sanitaria.
L'introduzione nelle realtà cliniche italiane di figure esperte in EBP che possono fungere da intermediari tra ricerca e applicazione dei risultati della ricerca potrebbe rilevarsi un modello efficace proponibile in tutti i contesti di pratica.

PIANIFICAZIONE

Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
Definizione del programma del corso base ed avanzato insieme al polo per la formazione dei ricercatori e richiesta di collaborazione al centro studi EBN bolognese e/o all'AISLEC. I docenti dovranno essere esclusivamente esperti di EBN riconosciuti a livello nazionale.	5 esperti in ricerca	2 giorni
Definizione dei criteri di selezione degli infermieri da avviare alla formazione. Tali criteri terranno conto, tra l'altro, dell'esperienza clinica, delle caratteristiche di leadership, del curriculum professionale e delle attività formative, nonché della conoscenza della lingua inglese.	Componenti Poli 3 e 4	2 giorni
Comunicazione dei criteri ai dirigenti dei servizi selezionati durante un incontro organizzato nella sede del Collegio o presso le direzioni infermieristiche delle aziende o attraverso contatto telefonico o lettera	Direttore Polo 4	1 giorno
Comunicazione al responsabile del polo, da parte dei dirigenti dei servizi, dei nominativi di possibili candidati, anche tramite e-mail (almeno 40 infermieri).	1 amministrativo	2 giorni
Pianificazione di almeno 2 edizioni del corso sull'EBN della durata di 4 giorni, suddivisi in base ed avanzato, nell'anno 2013, con la collaborazione del polo 3.	Componenti Poli 3 e 4	2 giorni
Realizzazione dei due eventi formativi nel 2013	5 docenti 3 tutor	4 giorni
Verifica e certificazione delle competenze acquisite dai partecipanti al corso attraverso mandati consegnati dai docenti-tutor del corso	2 docenti, Direttori Poli 3 e 4	20 giorni

DIAGRAMMA GANTT

	Gennaio 2013	Febbraio 2013	Aprile 2013	Maggio 2013	Giugno 2013	Settembre 2013	Ottobre 2013	Novembre 2013
Fase 1								
Fase 2								
Fase 3								
Fase 4								
Fase 5								
Fase 6								
Fase 7								

BIBLIOGRAFIA

1. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. BMJ. 1998; 15;317(7156):465-468.
2. Thompson C, McCaughan D., Cullum N, Sheldon TA, Mulhall A, Thompson DR. Research utilization in nurses' clinical decision-making: what is useful? Journal of Advanced Nursing 2001 36: 376-388.
3. Larsen K, Adamsen L, Bjerregaard L, Madsen JK. There is no gap 'per se' between theory and practice: research knowledge and clinical knowledge are developed in different contexts and follow their own logic. Nursing Outlook 2002 50: 204-212.
4. Milner M, Estabrooks CA. Research utilization and clinical nurse educators: a systematic review. J of Evaluation of Clinical Practice 2006; 12(6): 639-655.

POLO DELLA PRATICA CLINICA

TITOLO SINTETICO

IMPLEMENTAZIONE DELLE BUONE PRATICHE INFERMIERISTICHE

COORDINATORE PROGETTO
S. Casciato
N. Barbato
M. Matarese

RESP. DEL POLO
S. Casciato

COD. 4.13.2

TITOLO PROGETTO

L'applicazione dell'evidence based practice finalizzata all'implementazione delle buone pratiche infermieristiche
Using evidence based practice to implement best nursing practices

2. ABSTRACT

Il presente progetto rappresenta la seconda fase del progetto "il miglioramento della pratica clinica infermieristica *attraverso l'utilizzo di infermieri clinici esperti in Evidence Based Practice*, avviato nei due anni precedenti, che prevedeva la formazione di infermieri esperti clinici (Clinical Nurse Leader=CNL) con elevate capacità di leadership e con competenze avanzate nell'ambito dell'evidence based practice. Si dovranno costituire all'interno di strutture sanitarie selezionate dei gruppi operativi (task force), costituiti dai CNL neoformati che avranno l'obiettivo di elaborare documenti che permettano di rendere facilmente fruibili i risultati della ricerca, e di sperimentare e valutare la loro diffusione ed applicazione nei singoli contesti. I CNL parteciperanno ad un ulteriore percorso formativo di tipo tutoriale che li accompagnerà nell'individuazione dei problemi di pratica clinica per cui sono applicati ancora interventi di poca o discussa efficacia e attraverso attività di miglioramento e di audit clinico suggerire, attuare e valutare le modifiche nei contesti clinici selezionati.
Il progetto sarà di durata annuale e prevederà momenti di formazione teorica e sul campo, monitorati attraverso incontri formali ed informali.

ABSTRACT

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

3. BACKGROUND

La mission del Polo per la pratica clinica è di "Migliorare la pratica clinica infermieristica, promuovendo innovazioni cliniche attraverso la pratica clinica e traslazionale ".
Una revisione della letteratura1 suggerisce che per promuovere i processi di cambiamento sono maggiormente efficaci gli interventi che prevedono il coinvolgimento diretto degli operatori, come ad esempio interventi di esperti esterni che incontrano i professionisti nel loro ambiente di lavoro, audit e feedback, promemoria manuali o elettronici, incontri con opinion leader locali, e seminari interattivi.
Inoltre ricercatori internazionali hanno evidenziato che gli infermieri preferiscono fonti di informazione di tipo sociale ed umano rispetto ad altre 2,3. L'importante influenza dei fattori umani sulla produzione e trasferimento delle conoscenze ha aperto la strada a esperienze di introduzione di figure di professionisti "intermediari" in grado di collegare conoscenze e pratica. Gli intermediari sono figure presenti nell'ambiente di pratica clinica che si trovano nella posizione di influenzare gli infermieri su specifici obiettivi. Essi sono competenti dal punto di vista clinico nella loro area di pratica e spesso possiedono conoscenze ed abilità

che permettono loro di facilitare l'uso della ricerca nei setting di pratica. In ambiente internazionale figure intermediarie che sono utilizzate nei contesti di pratica sono, ad esempio, i clinical nurse leader, i clinical nurse educator, staff development educator, practice developer, clinical nurse specialist4, con differenze legate ai contesti e alle competenze acquisite..
In Italia sono molto limitate le esperienze di utilizzo di figure intermediarie, cioè portatrici di competenze esperte nell'ambito dell'applicazione dei risultati della ricerca, utilizzate con questa finalità nelle unità operative. A differenza delle realtà estere i modelli organizzativi più diffusi prevedono soltanto due ruoli all'interno delle unità operative: il coordinatore e gli infermieri di staff. Alcuni infermieri di staff possono svolgere attività di supporto al coordinatore di reparto per funzioni più prettamente organizzative.
La presenza di figure formate e motivate all'EBP all'interno di una organizzazione sanitaria potrebbe rappresentare uno stimolo per promuovere forme di attività legate all'EBP con utilizzazione delle risorse formate disponibili.

OBIETTIVI DI PROGETTO

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

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

Indicatori
- Individuazione di almeno quattro ASL/AO/IRCCS da coinvolgere nel progetto.
- Individuazione di almeno 20 clinical nurse leader interessati al progetto in possesso di esperienza clinica consolidata nell'area prescelta, qualità e quantità di esperienza professionale, conoscenza della lingua inglese.
- Organizzazione di 2 incontri con i nurse leader per illustrare il progetto.
- Creazione di un network dei clinical nurse leader e degli esperti in EBN che hanno contribuito alla loro formazione.
- Organizzazione di almeno 4 incontri formativi in presenza.
- Elaborazione di almeno 4 documenti di ricerca secondaria o di report di audit clinici da parte dei gruppi di miglioramento.

METODOLOGIA

Disegno dello studio
Il progetto sarà svolto sotto forma di formazione sul campo o di report di audit clinici per la creazione di gruppi di miglioramento EBN.

Campione
Saranno selezionati circa 20 infermieri esperti (clinical nurse leader in EBP) che lavorano presso ASL/AO/IRCCS laziali).

Strumenti
E' previsto un percorso di formazione tutoriale ECM.

Procedure
Il gruppo di infermieri esperti clinici formato nella prima fase del progetto costituirà dei gruppi operativi

(task force) intra-aziendali o interaziendali, che applicheranno le strategie di implementazione dell'evidence based practice. La presenza capillare nei contesti clinici permetterà anche di individuare quali problemi di pratica clinica non hanno ancora una soluzione efficace e darà indicazione ai CNL sugli argomenti da approfondire nella loro produzione di letteratura secondaria.

RISULTATI ATTESI

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

Indicatori

- Sono Individuati almeno 20 CNL.
- Il 90% dei CNL parteciperanno agli incontri del gruppo di miglioramento EBP.
- Saranno prodotti almeno 4 documenti per il miglioramento della pratica clinica infermieristica.

Rilevanza

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

PIANIFICAZIONE

Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
Incontro con i clinical nurse leader formati attraverso il 1, 2 e 3 corso di EBP nel mese di gennaio 2013 per lanciare la seconda fase del progetto		
Valutazione delle competenze dei CNL e suggerimento di un percorso di formazione specifico a seconda delle competenze possedute e da acquisire entro febbraio 2013	Sala Collegio per la riunione	1 pomeriggio
Organizzazione di una riunione nella sede del Collegio, nel mese di febbraio 2013, con i Direttori/Dirigenti dei Servizi Infermieristici romani per presentare il progetto	Sala Collegio per la riunione. Personale amministrativo per la preparazione della convocazione e per i contatti telefonici e per posta elettronica.	1 pomeriggio 1 amministrativo per 2 o 3 giorni
Pianificazione di almeno un percorso ECM di gruppo di miglioramento o più di uno se l'adesione è maggiore per permettere la partecipazione di tutti i CNL. I docenti e tutor dovranno essere esclusivamente esperti nazionali di EBN (Centro EBN italiano del S.Orsola, docenti universitari o ricercatori) che predisporranno un programma di formazione ed interventi tutoriali calati sulle necessità dei partecipanti.		
Realizzazione dell'evento formativo ECM, con la partecipazione di almeno il 90% dei CNL individuati.	2 docenti per il corso sull'EBN e 6 tutor per la formazione tutoriale; Sala Collegio nella quale si svolgerà il corso. Un amministrativo	Da marzo 4 incontri complessivamente formali
Analisi dei problemi critici all'interno delle istituzioni interessate da parte dei CNL. Confronto con i dati di letteratura e le evidenze scientifiche Definizione da parte della task force dei documenti EBP		
Organizzazione di una riunione con gli Infermieri Dirigenti delle Aziende nelle quali saranno attivati i progetti	Sala Collegio per le riunioni	Aprile 1 pomeriggio
Creazione del portale EBP da parte di un informatico per la condivisione di materiale e per favorire il contatto tra tutti i CNL e docenti e tutori Addestramento all'uso del portale e sua valutazione da parte dei CNL	1 informatico esperto	
Verifica e certificazione delle competenze acquisite dai partecipanti ai gruppi di miglioramento attraverso la produzione di documenti e presentazione in sede di convegno	2 docenti	

DIAGRAMMA GANTT

	Gen 2013	Feb 2013	Mar 2013	Mag 2013	Giu 2013	Lug 2013	Sett 2013	Ott 2013	Nov 2013
Fase 1									
Fase 2									
Fase 3									
Fase 4									
Fase 5									
Fase 6									
Fase 7									
Fase 8									
Fase 9									

BIBLIOGRAFIA

1. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. BMJ. 1998; 15;317(7156):465-468.
2. Thompson C, McCaughan D., Cullum N, Sheldon TA, Mulhall A, Thompson DR. Research utilization in nurses' clinical decision-making: what is useful? Journal of Advanced Nursing 2001 36: 376-388.
3. Larsen K, Adamsen L, Bjerregaard L, Madsen JK. There is no gap 'per se' between theory and practice: research knowledge and clinical knowledge are developed in different contexts and follow their own logic. Nursing Outlook 2002 50: 204-212.
4. Milner M, Estabrooks CA. Research utilization and clinical nurse educators: a systematic review. J of Evaluation of Clinical Practice 2006; 12(6): 639-655.

POLO DELLA PRATICA CLINICA

TITOLO SINTETICO

LA COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE

COORDINATORE PROGETTO
N. Barbato
M.G. Montalbano
D. Tartaglini

RESP. DEL POLO
S. Casciato

COD. 4.13.3

TITOLO PROGETTO

La complessità assistenziale: il punto di vista degli infermieri
Healthcare complexity: The nurses' point of view

2. ABSTRACT

Nell'attuale panorama assistenziale, la misurazione della complessità assistenziale è la chiave per dimostrare qualitativamente e quantitativamente le prestazioni erogate e dunque quantificare l'assistenza prestata e definire le risorse necessarie.
In particolare, non esistono strumenti che, all'interno di setting assistenziali per pazienti con patologie acute, in cui le condizioni cliniche e organizzative possono variare da un momento all'altro, permettano una misurazione istantanea della complessità presente, al fine di definire quale sia la reale capacità assistenziale dell'Unità Operativa e di programmare o bilanciare sia la domanda assistenziale (nuovi ricoveri o pazienti in entrata), sia l'offerta assistenziale (bilanciamento del personale tra i Servizi).

ABSTRACT

In the current healthcare panorama, the measurement of healthcare complexity is instrumental to qualitatively and quantitatively provide the proof for the care provided, and therefore measure the care provided and establish how many resources are needed.
In particular, there are no tools that in the healthcare settings for patients affected by acute diseases, where the clinical and organizational conditions can change at any moment, allow to instantly measure the level of complexity, to establish what is the actual healthcare capacity of a Unit and to plan or balance both the demand of care (new admissions or number of patients presenting) and the health services provided (equally staffing the various services).

3. BACKGROUND

Quando si parla di bisogni di salute spesso si utilizza il termine "complesso" e questo perché negli ultimi anni la domanda di salute da parte del cittadino si è modificata per un diverso cambiamento nello stile di vita, un aumento dell'aspettativa di vita e una modificazione nella tipologia delle patologie da acute a sempre più cronico-degenerative. Trovare degli strumenti atti alla misura della complessità assistenziale può diventare un valido supporto per pianificare l'assistenza e le attività infermieristiche stabilendo anche la possibilità di avvalersi di personale di supporto o meno1.
La complessità assistenziale è un concetto che difficilmente trova una definizione condivisa, anzi molto spesso sono utilizzati sinonimi specialmente tra coloro che li utilizzano per l'allocazione delle risorse infermieristiche2. In ambito nazionale la complessità sta ad indicare prevalentemente criticità, urgenza, emergenza, la gravità di un paziente o l'impegno assistenziale che questo richiede ma anche un sistema di classificazione dei pazienti, il carico di lavoro o una condizione che richiede elevati livelli di expertise3. Facendo riferimento al modello delle prestazioni infermieristiche di Marisa Cantarelli, la complessità dell'assistenza infermieristica può essere definita come l':insieme delle prestazioni infermieristiche che si riferiscono alle diverse dimensioni dell'assistenza infermieristica espresse in termini d'intensità d'impegno e quantità-lavoro dell'infermiere4. Il lavoro infermieristico secondo l'International Council of Nurses (ICN) è costituito da attività di cura dirette e indirette sul paziente e da attività relative al nursing come le riunioni organizzative, la supervisione degli studenti e attività di ricerca5. Il carico di lavoro infermieristico comprende attività dirette/indirette assistenziali, attività di gestione dell'unità operativa e formativa del nursing2 mentre l'intensità assistenziale corrisponde alla quantità di tempo necessario per fornire l'assistenza6,7 oppure alla misura della quantità e della complessità dell'assistenza infermieristica necessaria per paziente8.
In letteratura esistono diversi termini che direttamente o indirettamente sono connessi alla complessità

assistenziale come il carico di lavoro, l'intensità assistenziale, la gravità della malattia e l'acuity del paziente. Cologna et al.3, hanno raggruppato questi concetti in tre gruppi che meglio rappresentano il concetto della complessità assistenziale: il nursing intensity, il nursing workload e la patient acuity. Il primo racchiude i concetti di dipendenza, gravità e complessità della cura del paziente e si basa sulla quantità di attività infermieristica diretta e indiretta. Il secondo ingloba il concetto di nursing intensity più le attività infermieristiche non correlate al paziente. Infine, il terzo rappresenta la gravità della malattia e dell'intensità assistenziale che a sua volta si basa sui bisogni assistenziali dei pazienti e determina il carico di lavoro e la complessità assistenziale intesa come abilità, concentrazione mentale e livello di sorveglianza richiesti al personale medico e infermieristico per assistere i pazienti.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

Lo studio intende comprendere il concetto della complessità assistenziale attraverso l'analisi del pensiero degli infermieri al fine di proporre una definizione della complessità assistenziale ed uno strumento di valutazione che la rappresenti.
Lo strumento sarà successivamente studiato secondo specifiche metodologie e reso operativo dopo uno studio mirato.

Obiettivi specifici

1. Conoscere le diverse definizioni che gli infermieri attribuiscono al concetto della complessità assistenziale.
2. Conoscere le esperienze che gli infermieri correlano al concetto di complessità assistenziale
3. Identificare i descrittori di significato con i quali gli infermieri possono definire la complessità assistenziale.
4. Far emergere le variabili che per ogni descrittore influenzano la complessità assistenziale
5. Elaborare una proposta di definizione che tenga conto di quanto emerso dagli infermieri.
6. Elaborare una prima versione di strumento di valutazione della complessità assistenziale che includa le variabili esplorate.

Indicatori

E' possibile evidenziare gli aspetti di una definizione lessicale (collegamento tra concetto e termine) e una definizione operativa (criteri che definiscono il concetto) del concetto di complessità assistenziale.

1. E' possibile identificare almeno una variabile per ogni descrittore che influenza la complessità assistenziale.
2. E' creato uno strumento di valutazione della complessità che includa le variabili descritte.

METODOLOGIA

Disegno del progetto

Il progetto di ricerca si propone di effettuare una indagine conoscitiva sul concetto di complessità assistenziale attraverso uno studio multicentrico al fine di indentificare possibile variabili riferite da infermieri operanti in diversi contesti e di creare un conseguente strumento per la valutazione della complessità assistenziale. Lo studio si articolerà in 2 fasi di ricerca, che utilizzeranno prima un metodo qualitativo (prima fase) e poi il metodo quantitativo (seconda fase).

Materiali e metodi

Campione

Nel periodo di tempo compreso tra Maggio 2012 e Giugno 2014 verrà effettua una indagine sugli infermieri di 8 strutture complesse per assistenza a pazienti con patologie acute e situate 4 differenti Regioni italiane. In particolare saranno selezionate 2 strutture per ognuna delle seguenti Provincie: Torino (in fase di selezione), Roma (Policlinico Tor Vergata, Policlinico Campus Bio-Medico), Napoli (in fase di selezione), Palermo (ISMET, in fase di selezione).

Strumenti

Prima fase

Nella prima fase verrà condotta una ricerca qualitativa attraverso l'utilizzo del focus group. Verranno condotti 2 focus group, ciascuno comprendente da 8 a 10 persone, per ogni centro coinvolto per un totale di 160 partecipanti. I dati verranno conseguentemente raccolti e analizzati secondo le metodologia prevista. Verrà previamente organizzato un evento formativo per i conduttori dei focus group al fine di uniformare il metodo di indagine.

Seconda fase
Nella seconda verrà elaborato un questionario a risposta multipla attraverso l'analisi dei fattori emergenti dai risultati dei focus group e dall'analisi della letteratura al fine di identificare i principali item che esplorino il concetto di complessità assistenziale.
Il questionario sarà validato su un campione e conseguentemente somministrato al personale infermieristico delle strutture coinvolte, per una percentuale del 20% del personale infermieristico in organico.

Analisi dei dati
I dati raccolti dai focus group verranno registrati e riportati su appositi format dai conduttori incaricati. L'analisi e la suddivisione in principali categorie di significato verrà effettuata da 2 distinti operatori.
Per la costruzione e la validazione del questionario verranno utilizzate le comuni metodologie statistiche.
Per l'analisi dei dati raccolti dai questionari verranno utilizzate metodiche di statistica descrittiva e correlazionale, in funzione delle variabili analizzate.

RISULTATI ATTESI

Con l'analisi qualitativa attraverso la metodologia del focus group, il gruppo di ricerca si aspetta di arrivare ad una proposta di definizione della complessità assistenziale e di indentificare le diverse variabili che la descrivono. Con la successiva analisi quantitativa le variabili identificate saranno o meno confermate attraverso di un campione statisticamente significativo. Al termine dell'indagine il gruppo di lavoro si aspetta di riuscire ad avere variabili definite che possano essere incluse all'interno di uno strumento per la valutazione della complessità assistenziale.

Rilevanza
Nel panorama scientifico nazionale ed internazionale si arriverà ad avere una definizione di complessità assistenziale che tenga conto delle variabili individuate direttamente dagli infermieri colmando l'attuale lacuna inerente una chiara definizione del concetto. Attraverso la ricerca si potrà proporre uno strumento di facile misurazione della complessità assistenziale che riassuma tutte le variabili individuate, e che possa essere utilizzato nella pratica clinica al fine di misurare in modo semplice ed istantaneo la complessità assistenziale presente nelle diverse unità operative di una struttura per acuti.

PIANIFICAZIONE

Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
Approvazione del progetto e nomina del Team Contatti e consenso strutture sanitarie coinvolte nel progetto	Approvazione del progetto e nomina del Team Contatti e consenso strutture sanitarie coinvolte nel progetto	4 settimane 4 settimane
Strutturazione dei gruppi di lavoro Programmazione e attuazione di evento formativo ECM per conduttori focus group	Team di progetto (Coordinatori ed Esperti) Team di progetto(Coordinatori ed Esperti)	1 settimana 3 settimane
Programmazione e attuazione di sessione informativa sul progetto (convegno Centro di Eccellenza)	Team di progetto(Coordinatori ed Esperti	4 settimane
Sessioni focus group	Conduttori formati	3 mesi
Analisi dati focus group: registrazione dati Analisi dati focus group: attribuzione categorie	Esperti Esperti	2 mesi 1 mese
Pubblicazione dei risultati dell'analisi qualitativa: articolo su rivista italiana Pubblicazione dei risultati: incontro Centro di Eccellenza	Team di progetto(Coordinatori ed Esperti) Responsabili progetto	2 settimane 2 settimane
Strutturazione del questionario: analisi delle variabili recepite dai focus group e dalla letteratura Strutturazione del questionario: validazione su un campione	Esperti Esperto in statistica, Team di progetto, conduttori	Esperti Esperto in statistica, Team di progetto, conduttori
Somministrazione del questionario	Referenti presso le strutture	5 mesi
Analisi e discussione dei risultati con elaborazione strumento di valutazione complessità	Esperto in statistica, Team di progetto (Coordinatori ed Esperti)	4 mesi
Pubblicazione dei risultati: articolo su rivista internazionale Pubblicazione dei risultati: convegno Centro di Eccellenza	Team di progetto (Coordinatori ed Esperti) Responsabili progetto	1 mese 1 mese

DIAGRAMMA GANTT

2013	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Sett	Ott	Nov	Dic
Fase 0: Chiusura del progetto e contatti con strutture sanitarie												
Fase 1: Strutturazione dei gruppi di lavoro e formazione accreditata ECM dei collaboratori												
Fase 2: Lancio del progetto (convegno del CE)												
Fase 3: Sessioni di focus group (conduttori)												
Fase 4: Analisi dei focus group (esperti)												
Fase 5: Pubblicazione dei risultati dell'analisi qualitativa su rivista												

2014	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Sett	Ott	Nov	Dic
Fase 6: Sstrutturazione del questionario con delle variabili quantitative (esperti e coordinatori scientifici)												
Fase 7: Somministrazione del questionario in setting multicentrici (referenti strutture con restituzione dei questionari)												
Fase 8: Analisi e discussione dei risultati con elaborazione proposta nuovo strumento di classificazione												
Fase 9: Pubblicazione dei risultati con evento CE												

BIBLIOGRAFIA

1. Pagiusco G, Falloppi P. Complessità assistenziale: modelli a confronto. Management Infermieristico 2006; 1:11-21.
2. Morris R, MacNeela P et al. Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review. J Adv Nurs 2007; 57(5): 463-471.
3. Cologna M, Zanolli D et al. Complexity of care: meanings and interpretation. Ass Inf e Ric 2010; 29(4): 184-191.
4. Moiset C, Vanzetta M. Misurare l'assistenza. Il SIPI: dalla progettazione all'applicazione. Milano: McGraw-Hill; 2009.
5. McCloskey Dochterman J, Bulechek G. Classificazione NIC degli interventi infermieristici. Rozzano: CEA; 2007.
6. Welton JM, Unruh L et al. Nurse staffing, nursing intensity, staff mix, and direct nursing care costs across Massachusetts hospitals. J Nurs Adm 2006; 36(9): 416-425.
7. Brennan CW, Daly J. Patient acuity: a concept analysis. J Adv Nurs 2009; 65(5): 1114-1126.
8. Adomat R, Hewison A. Assessing patient category/dependence systems for determining the nurse/patient ratio in ICU and HDU: a review of approaches. J Nurs Manag 2004; 12(5): 299-308.

POLO DELLA PRATICA CLINICA

TITOLO SINTETICO

COLLOQUIO MOTIVAZIONALE

COORDINATORE PROGETTO
E. Vellone
F. D'Agostino
S. Casciato

RESP. DEL POLO
S. Casciato

COD. 4.13.4

TITOLO PROGETTO

Migliorare il self-care nella persona con scompenso cardiaco attraverso il colloquio motivazionale: un'esperienza internazionale

Improving self-care in heart failure patients using motivational interviewing: An international experience

2. ABSTRACT

Lo scompenso cardiaco (SC) è una malattia cronica ad elevata prevalenza ed incidenza che richiede un adeguato self-care difficilmente ottenibile con la semplice informazione. Da recenti evidenze emerge che il Colloquio Motivazionale (CM) è in grado di motivare i pazienti al self-care ed al cambiamento degli stili di vita. L'obiettivo generale di questo progetto è di formare un gruppo di infermieri che già lavorano con pazienti con SC all'utilizzo del CM nella pratica clinica. Questo percorso formativo verrà effettuato con lezioni frontali e simulazioni (in tutto 60 ore).

Parole chiave: scompenso cardiaco, self-care, colloquio motivazionale, infermieri

ABSTRACT

Heart Failure (HF) is a chronic disease with a high prevalence and incidence that requires appropriate self-care but difficult to achieve through the mere provision of information. The latest evidence showed that Motivational Interviewing can motivate patients to perform self-care and change their lifestyle. The aim of this project is to train a group of nurses who already work with HF patients how to use Motivational Interviewing in clinical practice. This course will include both frontal lessons and simulations (for a total of 60 hours).

Parole chiave: heart failure, self-care, motivational interviewing, nurses

3. BACKGROUND

Lo scompenso cardiaco (SC) è una malattia cronica ad elevata prevalenza ed incidenza nei paesi occidentali1, 2 ed è accompagnato da diminuzione nella qualità di vita3 ed elevati tassi di riospedalizzazione, accessi in pronto soccorso e mortalità4. È stato dimostrato da diversi studi che il self-care nello SC, ovvero l'insieme di quei comportamenti messi in atto dal paziente per monitorare i sintomi, aderire ai trattamenti e reagire ai sintomi di riacutizzazione5, è in grado di migliorare la qualità di vita, ridurre l'ospedalizzazione e l'utilizzo dei servizi di emergenza6, 7. Tuttavia, i comportamenti di self-care richiedono forti motivazioni che difficilmente si raggiungono con la semplice informazione che generalmente il paziente riceve dopo una diagnosi di SC8 . Da diversi studi è emerso che il Colloquio Motivazionale (CM) 9 è in grado di modificare i comportamenti e quindi motivare i pazienti al cambiamento degli stili di vita10, 11.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivo generale

L'obiettivo generale di questo progetto è di formare un gruppo di infermieri che già lavorano con pazienti con SC all'utilizzo del CM nella pratica clinica. Questo progetto sarà integrato con il progetto di ricerca del Polo 2 "Self-care nel paziente con scompenso cardiaco" (n. 2.12.5) in quanto l'intervento che verrà effettuato dagli infermieri formati in questo percorso formativo, sarà testato con un trial clinico randomizzato controllato.

Obiettivi specifici
Alla fine del percorso formativo gli infermieri che parteciperanno a questo corso:
1. Avranno conoscenze aggiornate sullo SC;
2. Avranno conoscenze sul self-care nello scompenso cardiaco
3. Saranno in grado di utilizzare il CM nella pratica clinica.

Indicatori
Numero di infermieri formati al CM che termineranno il corso.

METODOLOGIA

Questo percorso formativo verrà effettuato con lezioni frontali e simulazioni. Sarà sviluppato con due moduli iniziali di 15 ore ciascuno e 10 incontri di supervisione di 3 ore, per un totale di 60 ore. Gli incontri di supervisione sono necessari per perfezionare le abilità dei partecipanti nel CM.

Di seguito viene riportata la strutturazione degli incontri

Primo incontro
Ore 15:00 – 17:00
Lo Scompenso Cardiaco: epidemiologia, clinica e trattamento
Ore 17:00 – 19:00
Il self-care nello scompenso cardiaco

Secondo incontro
Ore 9:00 – 13:00
Il colloquio motivazionale I
Ore 14:00 – 17:00
Il colloquio motivazionale II

Terzo incontro
Ore 9:00 – 13:00
Il colloquio motivazionale III

Quarto incontro
Ore 15:00 – 19:00
Il colloquio motivazionale IV

Quinto incontro
Ore 9:00 – 13:00
Il colloquio motivazionale V
Ore 14:00 – 17:00
Il colloquio motivazionale VI

Sesto incontro
Ore 9:00 – 13:00
Il colloquio motivazionale VII

Incontri di supervisione
Uno ogni settimana per 10 settimane di 3 ore ciascuno

RISULTATI ATTESI

Alla fine di questo corso formativo i partecipanti avranno conoscenze aggiornate sullo SC e sul self-care nello SC e saranno in grado di utilizzare il CM nella pratica clinica.

Rilevanza
Considerati i trend demografici ed il continuo aumento dei pazienti con SC e la difficoltà dei pazienti affetti da questa patologia di modificare i comportamenti, l'impiego di metodologie di intervento che agiscono sulla motivazione è di rilevante importanza.

PIANIFICAZIONE

Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
Preparazione del progetto	Ricercatori di Tor Vergata	Gennaio 2013
Implementazione del progetto	Ricercatori di Tor Vergata e docenti italiani e stranieri incaricati nella docenza	Febbraio - Novembre 2013

2013	Giugno 2013	Settembre 2013	Ottobre 2013	Novembre 2013	Dicembre 2013
Preparazione del progetto					
Moduli formativi iniziali					
Supervisione					

BIBLIOGRAFIA

1. Bui AL, Horwich TB, Fonarow GC. Epidemiology and risk profile of heart failure. Nat Rev Cardiol. 2011;8(1):30-41.
2. McDonagh GK. Heart Failure Epidemiology: European Perspective. Current cardiology reviews. 2013.
3. Banerjee T, Lee KS, Browning SR, et al. Limited Association Between Perceived Control and Health-Related Quality of Life in Patients With Heart Failure. J. Cardiovasc. Nurs. 2013.
4. Heidenreich PA, Albert NM, Allen LA, et al. Forecasting the Impact of Heart Failure in the United States: A Policy Statement From the American Heart Association. Circ Heart Fail. 2013.
5. Riegel B, Dickson VV. A situation-specific theory of heart failure self-care. J. Cardiovasc. Nurs. 2008;23(3):190-196.
6. Jones CD, Holmes GM, Dewalt DA, et al. Is adherence to weight monitoring or weight-based diuretic self-adjustment associated with fewer heart failure-related emergency department visits or hospitalizations? J. Card. Fail. 2012;18(7):576-584.
7. Buck HG, Lee CS, Moser DK, et al. Relationship Between Self-care and Health-Related Quality of Life in Older Adults With Moderate to Advanced Heart Failure. J. Cardiovasc. Nurs. 2012;27(1):8-15.
8. Hershberger RE, Nauman DJ, Byrkit J, et al. Prospective evaluation of an outpatient heart failure disease management program designed for primary care: the Oregon model. J. Card. Fail. 2005;11(4):293-298.
9. Rollnick S, Miller WR, Butler CC. Motivational Interviewing in Health Care. New York, NY: Guilford Press; 2008.
10. Song HY, Yong SJ, Hur HK. Effectiveness of a Brief Self-Care Support Intervention for Pulmonary Rehabilitation Among the Elderly Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Korea. Rehabil. Nurs. 2013.
11. Janssen V, De Gucht V, van Exel H, Maes S. A self-regulation lifestyle program for post-cardiac rehabilitation patients has long-term effects on exercise adherence. J. Behav. Med. 2013.