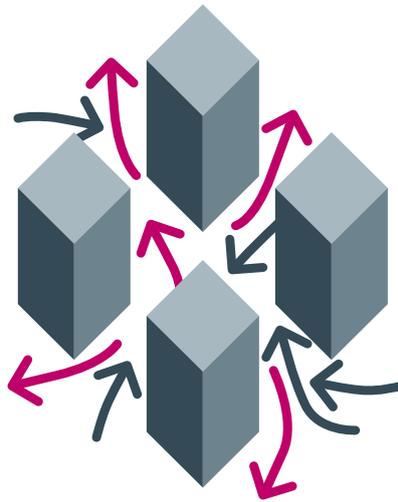




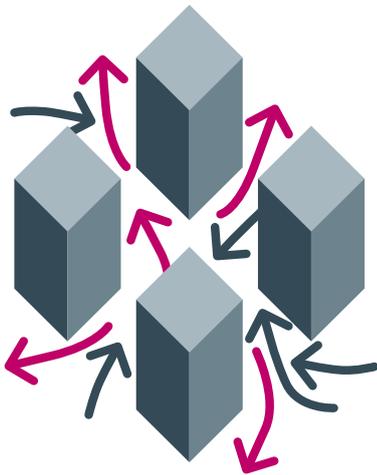
Collegio Ispasvi di Roma



Centro di Eccellenza per la Cultura
e la Ricerca Infermieristica

SCIENTIFIC ANNUAL REPORT

2014



INDICE

POLO PER L'ISTRUZIONE

VALUTAZIONE DEL CORE COMPETENCE INFERMIERISTICO	p. 4
GLI STAKEHOLDERS NELLA FORMAZIONE INFERMIERISTICA	p. 11
ETICA E RESPONSABILITÀ	p. 15
STRUMENTI PSICORELAZIONALI PER L'INFERMIERISTICA	p. 18
LA LIBERA PROFESSIONE INFERMIERISTICA PER GLI STUDENTI	p. 22
LA SICUREZZA DEI PAZIENTI E DEGLI OPERATORI	p. 27
PREVENZIONE DEL SUICIDIO E ASSISTENZA	p. 32
LA LIBERA PROFESSIONE INFERMIERISTICA	p. 34
NURSING RISK MANAGEMENT	p. 38

POLO PER LA RICERCA

ETICA NELLE CURE PALLIATIVE	p. 43
RISK MANAGEMENT NELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI ENDOVENOSI	p. 49
VALIDAZIONE ITALIANA DEL QUESTIONARIO SYSQ	p. 56

POLO PER LA FORMAZIONE

CORSO DI INGLESE SCIENTIFICO	p. 64
CORSO DI FONETICA E CONVERSAZIONE	p. 67
L'INFERMIERE E LA RICERCA BIBLIOGRAFICA NEL MONDO DELL'INFORMAZIONE DIGITALE	p. 70
L'INDICIZZAZIONE DELLA LETTERATURA SCIENTIFICA NEL NURSING	p. 74

POLO PER LA PRATICA CLINICA

FORMAZIONE IN EVIDENCE BASED PRACTICE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA PRATICA ASSISTENZIALE	p. 76
IMPLEMENTAZIONE DELLE BUONE PRATICHE INFERMIERISTICHE	p. 80
VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DI UN PERCORSO FORMATIVO IN EBP	p. 84



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

Presentazione del V 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 e lo sviluppo di nuovi scenari nella politica sanitaria nazionale e nella libera professione. In tal senso, sempre di più si pone al centro dell'interesse l'assistenza sanitaria alla persona e si auspicano cambiamenti organizzativi/assistenziali in ottica traslazionale attraverso l'implementazione di attività di ricerca e formazione.

Le attività di formazione e di ricerca sono attività cardine per una professione in crescita e che si sta inserendo nei contesti accademici. In tale ottica, il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI) del Collegio Ipasvi di Roma mira a rafforzare le conquiste ottenute dalla professione infermieristica stessa anche in contesti ambientali difficili, sia per la situazione economica globale che per la recrudescenza di alcune forme di regressione che mirano al non riconoscimento epistemologico o alla subalternità scientifica e pratica. Nel 2014 sono stati avviati ed approvati ben 19 progetti di ricerca e formazione con un importante coinvolgimento da parte della componente professionale infermieristica.

Con questo V Annual Report di fine 2014 il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica (CECRI), vista l'esperienza maturata, aspira ad essere un punto di riferimento importante per l'intera professione infermieristica italiana, europea ed internazionale.

È, quindi, con grande orgoglio che, attraverso questa pubblicazione, il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica del Collegio IPASVI di Roma mette a disposizione di tutti i colleghi gli studi presentati ed approvati nel 2014, certo di contribuire così allo sviluppo del sapere sanitario e della buona pratica assistenziale/organizzativa ed educativa. La pubblicazione *di questo Annual Scientific Report* registra lo stato dei progetti del 2014.

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.1.14.1

1. TITOLO PROGETTO

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

ABSTRACT

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

ABSTRACT

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

BACKGROUND

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

Il XXI sta portando, rispetto ad altri periodi, una spinta diffusa all'internazionalismo dei saperi, spostando



la prassi consolidata da decenni, di una sovranità statale verso una globalizzazione sempre più accentuata, determinata soprattutto dalla libera circolazione non soltanto delle merci e dei capitali ma anche delle professionalità^[1]. Le giurisprudenze internazionali, infatti, stanno iniziando a regolamentare oggetti che fino a pochi decenni fa erano appannaggio esclusivo degli Stati, uno di questi è rappresentato dalla formazione, (accademica e non), con la descrizione dei profili di competenze professionalizzanti, rendendo riconoscibili e spendibili i titoli formativi in contesti anche sovranazionali^[2].

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il progetto e il modello Tuning, in concreto, appartengono ad uno dei quei bracci operativi fondamentali che si sono creati per lo sviluppo di piattaforme utili ai vari Stati e organi accademici per migliorare l'offerta formativa in termini di risultati di apprendimento (*learning outcomes*) e di competenze (*competencies*). Nel 2000 si erano costituiti vari gruppi di ricerca che hanno compiuto un'ampia consultazione volta a identificare le competenze generali e specifiche di alcune discipline pilota. Uno dei gruppi più attivi è stato quello infermieristico che ha contribuito a identificare 40 *competence core* infermieristiche generalizzabili a tutti i percorsi formativi universitari degli Stati che si riconoscono nel Processo di Bologna^[16].

Nel 2005^[17] è stato elaborato un primo documento volto ad indentificare il core competence di diverse discipline, testo ampliato nel 2010 con il *'Tuning Eductional Structures in Europe 2010'*^[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. È costituito da 40 item che rappresentano le competenze core specifiche individuate dal gruppo di progetto Tuning, le competenze sono state suddivise in 6 domini^[17]. Attualmente da giugno 2012 sul sito di consultazione europeo del Tuning Project è stato pubblicato un Core Competence del Nursing in cui è stato presentato il risultato finale del lavoro di consultazione ed il profilo risultante che è di 47 competenze specifiche, divise in 4 aree tematiche^[18].

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

OBIETTIVI DI PROGETTO

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

4.1. Obiettivi specifici:

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

METODOLOGIA

Disegno del progetto

La ricerca iniziata nel 2010, articolata in un programma di ricerca di 5 anni, prevede 6 fasi e complessivamente 6 studi. Le fasi già portate avanti sono state quattro. Una prima fase volta a sviluppare la versione italiana del questionario sulle competenze core del progetto Tuning del Consiglio d'Europeo, testandone la validità linguistica e culturale. Una seconda fase è stata quella volta ad analizzare e descrivere, alla luce delle indicazioni del gruppo Tuning, le sincronie e le divergenze concettuali sulle competenze core, dei docenti universitari del settore disciplinare in Infermieristica italiani (MED/45) anche in riferimento ai nuovi ordinamenti e piani di studio formulati per l'anno accademico 2011/2012 e 2013/2014 (270/04 secondo indirizzo comunitario).

Fase 1

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



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

Fase 2

- 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- 2012/2013-2013-2014-2014/2015.
- c) Formazione di un gruppo di esperti per la prova finale dell'esame di abilitazione per la laurea in infermieristica.

Analisi dei dati

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

RISULTATI

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	Aprile 2013 - Aprile 2015
Verifica dei risultati attesi del progetto	Team di progetto	Aprile 2014 - Aprile 2015

DIAGRAMMA GANTT

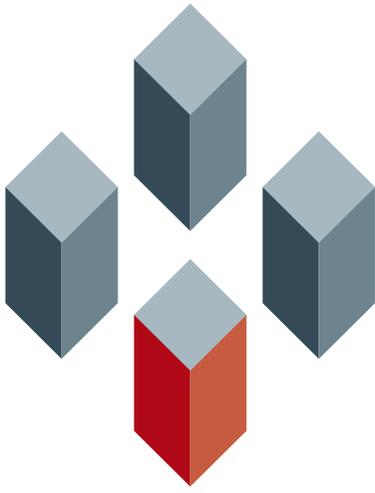
	Dicembre 2010	Gennaio- Marzo 2011	Aprile Luglio 2011	Settembre Dicembre 2011	Gennaio Maggio 2012	Giugno Ottobre 2012	Novembre Dicembre 2012	Gennaio Dicembre 2013	Gennaio Aprile 2013	Aprile 2013	Aprile 2015
PRESENTAZIONE DEL PROGETTO											
PROGETTAZIONE											
FASE 1											
FASE 2											
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. Construire 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/F0B248D53172DE80C1256C-C20052095F/\\$file/libro%20bianco%20commissione%20europea.PDF](http://db.formez.it/storicofontinor.nsf/0/F0B248D53172DE80C1256C-C20052095F/$file/libro%20bianco%20commissione%20europea.PDF) [consultato il 15 Aprile 2014].
6. Sironi C. Continuità assistenziale e sviluppo della competenza infermieristica: la formazione universitaria si interroga. Convegno Nazionale della Consociazione Nazionale delle Associazioni Infermiere/i Manfredonia 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/tuningeu/images/stories/Publications/italian_brochure_for_website.pdf [consultato il 20 Gennaio 2014].
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 2014].
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 Structures 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: Universidad 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.

- si. In: ICN. La struttura e le competenze del continuum dell'assistenza infermieristica del Consiglio Internazionale degli Infermieri. Roma: Consociazione Nazionale delle Associazioni 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 Perspectives* 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.



POLO PER L'ISTRUZIONE

TITOLO SINTETICO

GLI STAKEHOLDERS NELLA FORMAZIONE INFERMIERISTICA

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

RESP. DEL POLO
A.M. Pulimeno

COD.1.14.2

TITOLO PROGETTO

Gli stakeholders nella formazione universitaria: ruolo e coinvolgimento nei corsi di laurea in infermieristica

Stakeholders in academic education: Their role and involvement in the Nursing Degree Courses

ABSTRACT

In letteratura è dibattuta la necessità di coinvolgere tutte le parti interessate (*Stakeholders*) nella costruzione dei *curricula* in modo da migliorare l'efficacia esterna dei corsi di Laurea. In Italia il coinvolgimento degli *stakeholders* nella definizione dei percorsi formativi universitari è sancito da diverse norme. La questione riguarda anche la formazione Infermieristica, che a partire dal Processo di Bologna, è investita da un profondo processo di riforma.

Gli studi disponibili descrivono un coinvolgimento estremamente superficiale degli *Stakeholders* da parte delle Università e non chiariscono se il coinvolgimento abbia migliorato l'efficacia esterna dei corsi di Laurea. Bisognerebbe pertanto incentivare nuove esperienze di consultazione monitorandone gli esiti.

ABSTRACT

In the literature there is an open debate over the need to involve all stakeholders when designing the curricula in order to improve the external effectiveness of the Degree Courses. In Italy, the involvement of stakeholders in designing university courses is regulated by various laws. This also involves nursing education, which starting from the Bologna Process, has undergone a process of thorough reform.

Several studies report that universities involve stakeholders only very superficially and do not clarify whether their involvement has improved the external effectiveness of the Degree Courses.

Therefore, it would be necessary to encourage new surveys and monitor their outcomes.

BACKGROUND

L'Infermieristica, a partire dal Processo di Bologna, è impegnata in un complesso processo di riforma al fine di favorire una maggiore mobilità dello studente, futuro lavoratore, e al contempo ridurre le distanze tra il mondo del lavoro e quello formativo.

In alcuni Paesi Europei, come Danimarca e Regno Unito, l'assetto formativo dell'Infermieristica è stato fortemente influenzato dal "*Tuning Educational Structures in Europe*" (1). L'approccio *Tuning* consiste in una metodologia per progettare, attivare e valutare i corsi di studio ponendo particolare attenzione ai risultati di apprendimento (*learning outcomes*)(2) e alle competenze attese (*competences*)(3)(4) in forte connessione con le esigenze del mercato del lavoro e quindi dell'occupabilità. Nella metodologia *Tuning* il ruolo degli *stakeholders* (portatori d'interesse) è strategico in quanto essi contribuiscono a definire, in ciascuna area disciplinare, quali competenze generali e specifiche debbano essere enfatizzate e fino a che punto.

In letteratura, oltre l'esperienza *Tuning*, è possibile esaminare numerose esperienze riguardo la necessità di coinvolgere le parti interessate (*stakeholders*) nella costruzione dei *curricula* in modo da migliorare l'efficacia dei corsi di Laurea in infermieristica. Alcune Università, hanno sperimentato con successo un modello di costruzione curriculare *bottom-up* (*Home-base Model*)(5) prevedendo il coinvolgimento attivo di studenti, docenti universitari e *community-stakeholders*. Altre Università hanno messo in luce come la consultazione nel processo di costruzione curriculare migliori la soddisfazione delle parti interessate e permetta lo sviluppo, attraverso una strategia innovativa, di un curriculum maggiormente rispondente ai bisogni emergenti nella società, anche in riferimento alle minoranze etniche presenti nel territorio (6). Gli *stakeholders* sono stati introdotti nella pianificazione curriculare e nella definizione dei risultati di apprendimento (*learning outcomes*) anche per la formazione specialistica d'infermieri in area critica (7).

Considerando la formazione universitaria un vero e proprio servizio, essa deve essere costantemente soggetta ad un processo di controllo qualità: In questa prospettiva, migliorando il servizio (la formazione) erogato dalle università, si migliora la qualità e la soddisfazione del professionista formato (l'infermiere) con ricadute positive anche rispetto alle aspettative di ulteriori *stakeholders* (aziende che assumono, pazienti che ricevono cure)(8). Inoltre, migliorando il servizio, le Università aumentano l'attrattiva: gli studenti, infatti, avendo possibilità di scelta, agiscono come *clienti* in un *mercato* in cui le Università sono in competizione tra loro e ricorrono a tecniche di *marketing* per attrarre nuovi studenti. In questo scenario, la progettazione e la valutazione del percorso di studio devono prioritariamente prevedere il coinvolgimento di *stakeholders* per determinarne il successo (8).

Analizzando la consultazione degli *stakeholders* per quanto riguarda la formazione infermieristica Italiana, non si distinguono esperienze particolarmente significative. L'unica esperienza è descritta nell'ambito del Progetto Campus (9), che prevedeva la costituzione di un "Comitato d'indirizzo".

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

Individuare e definire un nuovo modello di "*coinvolgimento degli stakeholders*" (*stakeholders engagement*) riferendosi a realtà dove lo *stakeholders engagement* nella formazione infermieristica appare prerogativa essenziale.

Implementare il nuovo modello di *stakeholders engagement* presso un corso di laurea in infermieristica di un'università Italiana.

Monitorare gli esiti dello *stakeholders engagement*. In particolare, valutare se la corrispondenza tra l'efficacia interna della formazione (intesa come raggiungimento delle conoscenze e delle capacità attese dai docenti e dagli studenti) ed esterna (intesa come corrispondenza tra la figura professionale "formata" e quella "richiesta" dal mondo del lavoro) migliori.

METODOLOGIA

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

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

Strumenti

- Questionario predisposto *ad hoc* per condurre la *survey*.
 - Banche dati per condurre la revisione sistematica sull'argomento.
 - Questionari predisposti *ad hoc* per condurre la validazione del modello attraverso "*Delphy Technique*".
- Analisi statistica condotta attraverso *software* statistici (SPSS)

RISULTATI ATTESI

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

PIANIFICAZIONE

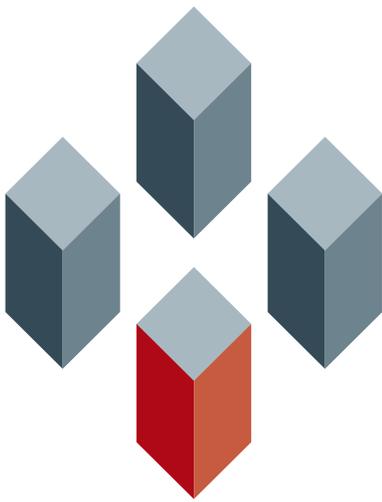
DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Analisi di sfondo (anche attraverso lettura di documenti) e revisione della letteratura	Coordinatori	01/01/2014 - 31/03/2014



Elaborazione strumenti di indagine per la <i>survey</i>	Project manager e coordinatori e project team	01/04/2014 - 30/04/2014
Somministrazione questionari	Coordinatori e project team	30/04/2014 -31/05/2014
Elaborazioni statistiche	Coordinatori e project team	01/06/2014 - 31/06/2014
Definizione del modello di <i>stakeholders engagement</i>	Coordinatori e project team	31/06/2014 - 31/08/2014
Delphy Technique per consenso e validazione del modello di <i>stakeholders engagement</i>	Project manager Coordinatori e project team	31/08/2014 - 30/09/2014
Implementazione del modello	Project manager Coordinatori e project team	01/10/2014 ----->
Monitoraggio degli esiti	Project manager Coordinatori e project team	2015 ----->
Stesura report di ricerca, Pubblicazione finale, Chiusura progetto	Project manager Coordinatori e project team	2016 ----->

DIAGRAMMA GANTT

MESE	Gen 2014	Feb 2014	Mar 2014	Apr 2014	Mag 2014	Giu 2014	Lug 2014	Ago 2014	Set 2014	Ott 2014	Nov 2014	Dic 2014	2015	2016
Analisi di sfondo (anche attraverso lettura di documenti) e revisione della letteratura														
Elaborazione strumenti di indagine per la <i>survey</i>														
Somministrazione questionari														
Elaborazioni statistiche														
Definizione del modello di <i>stakeholders engagement</i>														
Delphy Technique per consenso e validazione del modello di <i>stakeholders engagement</i>														



POLO PER L'ISTRUZIONE

TITOLO SINTETICO

ETICA E RESPONSABILITÀ

COORDINATORE PROGETTO
A. Basile

RESP. DEL POLO
A.M. Pulimeno

COD.1.14.3

TITOLO PROGETTO

Etica – Responsabilità – Relazione – Formazione (E.R.R.F) Ethics – accountability – relationship – education (E.A.R.E.)

ABSTRACT

Tali giornate formative si ispirano a modelli di natura antropologica, di un personalismo ontologicamente fondato intrinseci per fatto culturale ad una visione fisiologica di approccio alla persona quale centro e fine di ogni azione assistenziale.

La consapevolezza dell'atto sanitario, quale atto umano, implica una geografia lessicale che non può esimersi dalla problematica del sapere etico.

I professionisti sanitari infermieri, posseggono intrinsecamente una finalità di approccio naturalmente convalidata deontologicamente.

Difatti la stessa etica si declina come norma nel fatto deontologico e di sottolineamento delle responsabilità.

La stessa formazione cambia il modo e si trasforma in possibilità di trasmissione valoriale, nella quale può "quantizzarsi" anche la qualità dell'agire etico.

ABSTRACT

This educational 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.

BACKGROUND

In virtù della creazione recente, basata sulla "tradizione" del nuovo Codice Deontologico infermieristico dell'anno 2009, si ritiene necessario declinare termini quali l'Etica, la Responsabilità, Relazione e Formazione, che tengano conto dei mutamenti normativi ed antropologici nel campo formativo, politico sociale, teoretico e della prassi, basati sull'evidenza scientifica.

Essi si traducono in un monitoraggio di natura educativa continua, per tutti i professionisti sanitari.

Ancor più, si terrà conto dell'importanza dei contesti relazionali, bisognosi di esperienze sul campo, di interattività, di simulazione d'immaginazione.

Difatti, il trattare argomenti di natura etico normativa, è ampliare i saperi e renderli fruibili, sviluppando una consapevolezza relativa agli ECM ed alla loro finalità educativa

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

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

Obiettivi specifici

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

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

Indicatori

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

METODOLOGIA

- Presentazione di *case histories*
- Ricerca bibliografica
- Somministrazione del pre-test
- Briefing di apertura
- Lezioni magistrali
- Valutazione apprendimento con test a risposta multipla
- Confronto dibattito tra pubblico e docenti

**RISULTATI
ATTESI**

Condividere il significato e l'uso dei termini, etica, responsabilità, relazione e formazione.
Proporre 30 eventi formativi itineranti nell'area geografica del Collegio di Roma.

Rilevanza

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

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Costituzione del Team di Progetto di corso di formazione	Coordinatori	Dicembre 2013
Elaborazione – Approvazione e Accreditemento ECM del progetto	Project manager, Coordinatori	Dicembre 2013
Approvazione del corso di formazione e accreditemento ECM	Project manager e coordinatori e project team	Dicembre 2013
Programmazione degli eventi formativi	Coordinatori e project team	Gennaio 2014
Pianificazione e organizzazione delle Giornate di Studio	Coordinatori e project team	Gennaio 2014
Realizzazione 1° evento formativo	Coordinatori e project team	Gennaio 2014
Realizzazione eventi formativi come da richieste delle strutture	Project manager Coordinatori e project team	Aprile 2014
Verifica e relazione finale	Team di progetto	Dicembre 2014

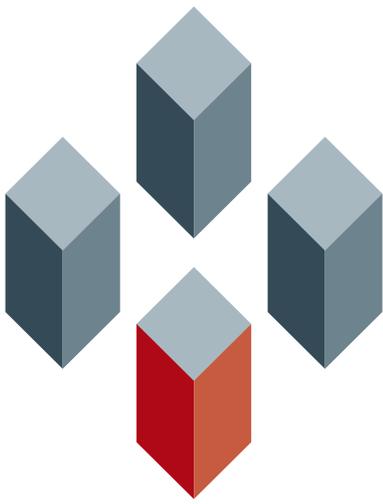


DIAGRAMMA GANTT

MESE	Dic 2013	Gen 2014	Feb 2014	Mar 2014	Apr 2014	Mag 2014	Giug 2014	Sett 2014	Ott 2014	Nov 2014	Dic 2014
Costituzione del Team di Progetto di corso di formazione											
Elaborazione- Approvazione e Accredimento ECM del progetto											
Programmazione degli eventi come da richieste delle strutture											
Pianificazione e organizzazione delle Giornate di Studio											
Realizzazione eventi formativi											
Verifica e relazione finale											

BIBLIOGRAFIA

- Aristotele. Etica Nicomachea. Milano: Bompiani; 2010.
- D.Lgs 502/92. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'Art. 1 della Legge 23 ottobre 1999, n. 421 e successive modifiche ed integrazioni.
- D.M 739/94. Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'Infermiere.
- Federazione Nazionale dei Collegi Ispasvi. Codice Deontologico dell'Infermiere, 1 Marzo 2009.
- Guilbert JJ. La guida pedagogica per il personale sanitario. Trad. it. Palasciano G, Lotti A. (a cura di). Modugno: Edizioni dal Sud; 2002.
- McIntyre A. Dopo la virtù. Saggio di teoria morale. Milano: Feltrinelli; 1972.
- Ramon L.L. L'uomo, spirito incarnato, Roma: Edizioni Paoline; 2011.
- Rhonheimer M. La prospettiva della morale. Roma: Armando Editore; 1994.



POLO PER L'ISTRUZIONE

TITOLO SINTETICO

STRUMENTI PSICO-RELAZIONALI PER L'INFERMIERISTICA

COORDINATORE PROGETTO
F. Musti

RESP. DEL POLO
A.M. Pulimeno

COD.1.14.4

TITOLO PROGETTO

Da Panacea a Igea: "il potere della relazione di aiuto". Strumenti relazionali e professione infermieristica

From Panacea to Hygieia: "the power of the helpful relationship". Relational tools and nursing

ABSTRACT

La consapevolezza di sé 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 - Esperienziale, fondato sull'incontro tra osservatore e oggetto osservato (secondo le teorizzazioni della II cibernetica), il progetto intende focalizzare la propria attenzione sul potere "della relazione di aiuto". Secondo tale modello epistemologico, la relazione è intesa come un insieme di azioni comunicative ricorsive di tipo circolare che implicano anche la presenza di un mondo interno, di una soggettività, non solo legata a ogni singolo membro coinvolto nella relazione, ma anche legata al mondo di chi diventa l'osservatore di quel particolare contesto. La potenza "della relazione di aiuto", in questo senso, acquista significato mediante l'incontro interattivo, quale processo di conoscenza in divenire, legato tanto al mondo interno di chi osserva tanto di chi è osservato.

ABSTRACT

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



BACKGROUND

Dal confronto tra le esperienze maturate riteniamo sia indispensabile qualificare l'assistenza infermieristica e in particolare nel suo aspetto di relazione con la sofferenza e il "soffrire". Da recenti ricerche si è potuto osservare che l'eccessiva mole di lavoro, la burocratizzazione dei servizi, le remunerazioni inadeguate, l'imprecisa definizione dei ruoli, la sottoutilizzazione delle risorse esistenti, unita spesso a sensazioni di inutilità della propria attività lavorativa soprattutto nei reparti a maggior impatto emotivo quali le aree critiche, pediatria e oncologia, possano essere fonte della manifestazione di marcato disagio esistenziale. Tale situazione di disagio emotivo si realizza con fenomeni di perdita di sensibilità verso gli assistiti e i colleghi, ostilità, distacco, cinismo e successivamente sentimenti di inefficienza, frustrazione ed impotenza. Questo sentimento negativo verso di sé, verso il proprio lavoro porta l'infermiere o qualsiasi operatore sanitario a lavorare sempre peggio fino a precipitare in una completa mancanza di competenza e di valore. Associati ai fenomeni di disaffezione si presentano frequentemente anche sintomi psicosomatici, frequenti mal di testa, disturbi gastroenterici, vulnerabilità del sistema immunitario. Queste alterazioni emotive e fisiche di vario genere si riflettono ovviamente sulla relazione di aiuto professionale e sul benessere organizzativo. L'utenza ne risulta danneggiata, non si instaura infatti un rapporto di fiducia tra operatore e paziente ma una relazione frustrante, inefficace e nella stragrande maggioranza dei casi dannosa. A livello organizzativo si riscontra spesso rivalità accentuata nei confronti della struttura gerarchica e nei confronti dei colleghi. In particolare si registra un aumento delle assenze e un incremento della conflittualità all'interno delle equipe. A tale proposito proponiamo un progetto dalle modalità innovative e originali che vuole promuovere il benessere degli operatori sanitari, il benessere dell'utenza e il miglioramento del clima psicosociale del servizio sanitario.

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

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

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

Obiettivi specifici

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

Indicatori

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

METODOLOGIA

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

- A. **Gruppo "esperienziale"** di interazione e scambio sulla tematica del "burnout" e le dinamiche tipiche

di una "relazione di aiuto".

- B. *Brainstorming***, mediante il quale ogni partecipante condividerà la propria esperienza lavorativa riguardo determinate tematiche
- C. *Il role-playing***, cioè simulate dove ogni partecipante, interpretando il proprio ruolo nel contesto lavorativo, avrà l'opportunità di comprenderlo ed eventualmente modificarlo.
- D. *La scultura relazionale***, vera e propria rappresentazione "teatrale" attraverso la quale osservare le dinamiche relazionali presenti nel proprio contesto lavorativo ed eventualmente trasformarle e arricchirle.
- E. *Presentazione di stimoli audiovisivi*** con l'intento di soffermarsi su una tipologia di comunicazione efficace nel rispetto di sé e dell'altro all'interno del gruppo di lavoro

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

RISULTATI ATTESI

Rilevanza

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

PIANIFICAZIONE

Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
Progettazione Corso	Dott.ssa T. Fiore Dott.ssa S. Giona Dr. F. Musti	2 mesi (dicembre - gennaio 2014)
Convenzione con il committente IPASVI	Comitato esecutivo Centro di Eccellenza Docenti (Ass. tra Professionisti)	1 mese (febbraio 2014)
Pianificazione attività formativa	Centro di Eccellenza Polo 1 Segreteria ECM IPASVI Docenti	2 mesi (30 gg per ECM) gennaio - febbraio 2014
Svolgimento Evento formativo	Segreteria IPASVI Docenti	3 gg (24 ore formative) x6 Edizioni Marzo - Ottobre 2014
Revisione dei risultati	Docenti Comitato esecutivo Centro di Eccellenza	1 mese (dal termine dell'ED. 6) Novembre - Dicembre 2014

DIAGRAMMA GANTT

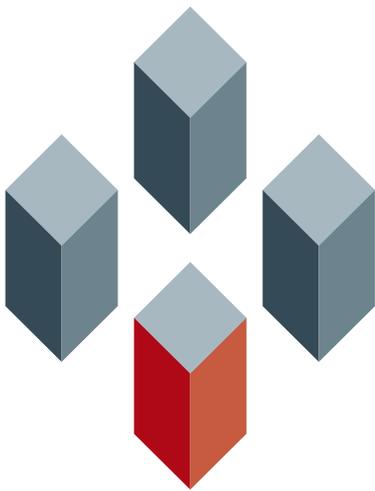
MESE	Dic 2013	Gen 2014	Feb 2014	Mar 2014	Apr 2014	Mag 2014	Giu 2014	Lug 2014	Set 2014	Ott 2014	Nov 2014	Dic 2014
Progettazione corso												
Convenzione con IPASVI-CDE												
Pianificazione attività formativa												



Svolgimento eventi formativi												
Revisione dei risultati												

BIBLIOGRAFIA

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



POLO PER L'ISTRUZIONE

TITOLO SINTETICO

LA LIBERA PROFESSIONE INFERMIERISTICA PER GLI STUDENTI

COORDINATORE PROGETTO

S. Bartolucci - S. Ceccarelli

V. Coppola - M. Curzi

G. De Andreis - M. Fiorda

L. Macale - P. Masi - F. Stagno

A. Stievano - A. Testa - M. Vargiu

RESP. DEL POLO

A.M. Pulimeno

COD.1.14.5

TITOLO PROGETTO

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

ABSTRACT

Nell'attuale contesto politico, economico e sociale Europeo e del nostro Paese il tasso di disoccupazione non accenna a diminuire. Inoltre, nel nostro Paese, dove è previsto il blocco del turnover e dei contratti nell'ambito della pubblica amministrazione, ulteriormente prorogati dal 2013 fino al 2015 e dove è presente un numero di precari operanti nelle aziende sanitarie in attesa di stabilizzazione ormai da anni, i giovani che decidono di intraprendere la professione infermieristica continuano a chiedersi in che modo poterla esercitare. In questo nuovo scenario, è opportuno che laureandi e neolaureati infermieri siano formati ed informati sulla possibilità e modalità di intraprendere la libera professione infermieristica, considerandola una opportunità di sbocco e realizzazione professionale.

ABSTRACT

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

BACKGROUND

La professione infermieristica si caratterizza come professione intellettuale ai sensi dell'art. 2229 del Codice Civile.

Il campo proprio dell'attività dell'infermiere, ai sensi dell'art. 1 comma 2 della legge 42/99 è determinato dal profilo professionale, dal codice deontologico e dagli ordinamenti didattici della formazione di base e post base.

Fino ai primi anni novanta, la domanda di assistenza infermieristica proveniva quasi esclusivamente da strutture assistenziali ospedaliere sia pubbliche che private e la richiesta era sempre superiore al numero di Infermieri diplomati.

In questi anni le attività di assistenza infermieristica richieste dal cittadino, fuori dal regime di ricovero, venivano per lo più garantite dagli stessi Infermieri già dipendenti di una struttura pubblica o privata, determinando lavoro sommerso.

In seguito, alcuni cambiamenti legislativi favorirono la nascita e la crescita della libera professione infermieristica, tra questi:



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

Contestualmente i Collegi IPASVI cominciarono a occuparsi degli aspetti normativi, fiscali e contributivi che avrebbero consentito all'infermiere di poter esercitare la libera professione in un ambito dai confini ancora da definire. A metà degli anni Novanta vede la luce la cassa nazionale di previdenza (D.Lgs. 10 febbraio 1996, n. 103), oggi denominata Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica (ENPAPI).

Nonostante il nuovo assetto normativo e il riconoscimento dell'attività libero professionale dell'infermiere, si è assistito ad una grande difficoltà ad implementare questa forma di esercizio professionale.

A tutt'oggi e soprattutto in alcune realtà territoriali, l'attività di lavoratore dipendente è quella più auspicata dagli stessi professionisti.

Bisogna considerare che il nuovo assetto giuridico professionale dell'infermiere ha visto sempre più crescere il numero di giovani che intraprendono la professione infermieristica e le statistiche dimostrano che i laureati in infermieristica trovano tutti un'occupazione entro un anno dalla Laurea (dati Censis Congresso Ipasvi Bologna 2012) e molti di essi intraprendono la libera professione infermieristica, considerandola una ulteriore opportunità di sbocco professionale.

L'infermiere libero professionista, non vincolato a sistemi organizzativi rigidi, può offrire alla persona un'assistenza personalizzata sempre nel rispetto dei diritti della persona e della professione.

Nell'attuale contesto politico, economico e sociale europeo e del nostro Paese il tasso di disoccupazione non accenna a diminuire. Inoltre, nel nostro Paese, dove è previsto il blocco del turnover e dei contratti nell'ambito della pubblica amministrazione, ulteriormente prorogati dal 2013 fino al 2015 e dove è presente un numero di precari operanti nelle aziende sanitarie in attesa di stabilizzazione ormai da anni, i giovani che decidono di intraprendere la professione infermieristica continuano a chiedersi in che modo poterla esercitare. In questo nuovo scenario, è opportuno che laureandi e neolaureati infermieri siano formati ed informati sulla possibilità e modalità di intraprendere la libera professione infermieristica, considerandola una opportunità di sbocco e realizzazione professionale e non un ripiego.

Con il passaggio da un'attività infermieristica ospedale-centrica a un'attività libero professionale in cui diventa prevalente una progettualità di tipo imprenditoriale. L'Infermiere diventa imprenditore di se' stesso.

OBIETTIVI DI PROGETTO

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

Obiettivi specifici

Il neolaureato in infermieristica dovrà essere a conoscenza di:

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

Gli sviluppi professionali del libero professionista.

METODOLOGIA

Valutazione del bisogno formativo dei laureandi in Infermieristica sulle norme che regolano la libera professione e sulle modalità di esercizio, attraverso la somministrazione di un questionario strutturato a tutti gli studenti delle Sedi dei Corsi di Laurea in Infermieristica che insistono nel territorio Laziale e che daranno adesione al progetto.

Confronto delle informazioni attese e realmente in possesso degli studenti.

Strutturazione di seminari per completare le conoscenze sull'argomento.

Disegno dello studio:

- Descrittivo – Osservazionale

Campione :

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

Strumenti :

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

Procedura:

Ogni Collegio si farà carico di :

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

Il team di lavoro si farà carico di:

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

Indicatori

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

**RISULTATI
ATTESI**

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

Rilevanza

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

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

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Background	Coordinatori	Dal 1 al 31 gennaio 2014
Elaborazione strumenti di indagine e pre-test	Project manager, Coordinatori e project team	Dal 1 al 31 gennaio 2014



Somministrazione questionari	Coordinatori e project team	Dal 1 Febbraio al 31 Marzo 2014
Elaborazioni dei dati	Coordinatori e project team	Dal 1 Febbraio al 31 Marzo 2014
Strutturazione seminari	Project manager, Coordinatori e project team	Dal 1 al 31 Marzo 2014
Seminari nelle Sedi formative	Project manager, Coordinatori e project team	Dal 1 Aprile al 30 giugno 2014
Chiusura progetto	Project manager Coordinatori e project team	Dal 1 ottobre al 30 Novembre 2014
Pubblicazione finale	Project manager Coordinatori e project team	Dal 1 al 30 Dicembre 2014

DIAGRAMMA GANTT

MESE	Gen 14	Feb 14	Mar 14	Apr 14	Mag 14	Giu 14	Lug 14	Ago 14	Set 14	Ott 14	Nov 14	Dic 14
Background												
Elaborazione strumenti di indagine e pre-test												
Somministrazione questionari												
Elaborazioni dei dati												
Strutturazione seminari												
Seminari nelle sedi formative universitarie												
Chiusura progetto												
Pubblicazione finale												

BIBLIOGRAFIA

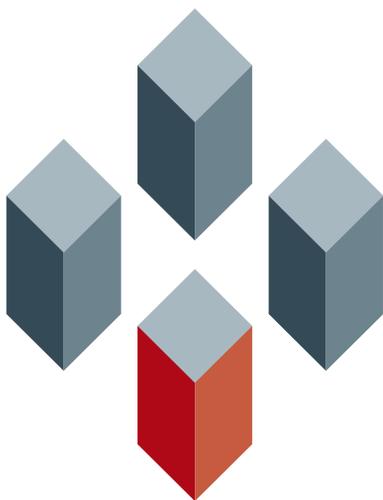
Riferimenti normativi

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

Riferimenti bibliografici

- Baldini L., *La libera professione come opportunità*. Providence, 2009, 3,20.
- Barbieri G., Pennini A., *Le responsabilità dell'infermiere*, Carocci Faber, Roma, 2008.

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



POLO PER L'ISTRUZIONE

TITOLO SINTETICO

LA SICUREZZA DEI PAZIENTI E DEGLI OPERATORI

COORDINATORE PROGETTO
S. Bartolucci
A. Basile
A. Stievano

RESP. DEL POLO
A.M. Pulimeno

COD.1.14.6

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

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 favorevoli e quelli sfavorevoli 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, vo-

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

ABSTRACT

This didactic proposal is drawn from the guidelines of the Ministry of Health described in the handbooks for the safety of patients and health workers, to create an audit tool and for clinical risk management, Root Cause Analysis (RCA), and the analysis of the root causes aimed at helping healthcare workers set up clinical governance.

The word Governance comes from a Latin word that means Healm and this concept will be embedded in the topics of this study.

The key elements developed in the teaching contents are:

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



BACKGROUND

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

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

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

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

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

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

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

Obiettivi specifici

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

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

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

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

Indicatori

Realizzazione di 7 eventi formativi rivolti a 50 partecipanti della durata di otto ore, svolti in una giornata sviluppata con relazioni sugli argomenti indicati e con didattica attiva di partecipazione dei discenti a momenti di analisi e discussione di casi.

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

METODOLOGIA

Metodologia didattica:

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

Briefing di apertura per la conoscenza dei partecipanti e la presentazione dei contenuti e della metodologia di lavoro.

Lezione frontale con supporti audiovisivi e presentazione di case-study.

Presentazioni di casi clinici e discussione in gruppi con produzione di rapporto finale

Role playing

Presentazione di problemi e case histories

Confronto dibattito tra pubblico e docente

Verifiche di apprendimento intermedio secondo la seguente agenda dell’evento formativo:

Test di apertura evento formativo

Discussioni su casi/temi

Test di apprendimento finale e valutazione gradimento evento formativo

RISULTATI ATTESI

Svolgimento di 7 edizioni nel corso del 2014

Formazione di 350 partecipanti

Raggiungimento del 80% risposte esatte nel test finale su almeno 70% dei partecipanti

Presenza di 3 docenti per ciascun evento

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	Un mese
Convenzione con il committente IPASVI	Responsabile progetto	Un mese



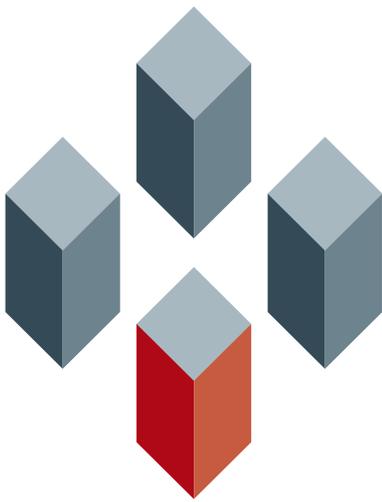
Pianificazione attività formativa	Team progetto	Un mese
Svolgimento eventi formativi	Team di progetto (Docenti)	Nove mesi
Revisione dei risultati	Team di progetto	Un mese

DIAGRAMMA GANTT

ATTIVITÀ	Ott 2013	Nov 2013	Dic 2013	Gen 2014	Feb 2014	Mar 2014	Apr 2014	Mag 2014	Giu 2014	Lug Ago 2014	Sett 2014	Ott 2014	Nov 2014	Dic 2014
Progettazione Corso														
Convenzione con il committente IPASVI-CDE														
Pianificazione attività formativa														
Svolgimento eventi formativi														
Revisione dei risultati														

BIBLIOGRAFIA

- Ascenzi A., Bergasio G.L. Il mobbing. Il marketing sociale come strumento per combatterlo. Torino: Giappichelli Editore; 2000.
- Avallone F, Paplomatas A. Salute organizzativa. Psicologia del benessere nei contesti lavorativi. Milano: Cortina; 2005.
- Basini V, Cinotti R, Damen V. La *root cause analysis* per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie dell'Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia Romagna. Sussidi per la gestione del rischio. Collana Dossier dell'Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia Romagna. Bologna; 2006.
- Benci L. La prescrizione e la somministrazione dei farmaci. Milano: McGraw-Hill; 2007.
- D'Amato A, Marcato A., Majer V. Dall'amministrazione alla gestione delle risorse umane. Risorse Umane in Azienda. XIV: 92; 2003.
- Manghi S. Indignazione, riparazione, perdono. Dalla difesa delle vittime alla cultura della vittima. In: Bosi A, Manghi S. (a cura di), Lo sguardo della vittima, Milano: Franco Angeli; 2009, 15-27.
- Manuti M, Mininni G. (a cura di). Il senso dell'organizzazione. Carocci: Roma; 2008.
- Musolino M, Olzai G, Sesti E. Gestione reattiva del rischio clinico: la logica fuzzy come innovativo strumento di supporto decisionale per l'attivazione dell'audit di Risk Management, L'ospedale - ANMDO - 4; 2011.
- Piccardo C, Colombo L. Governare il cambiamento. Milano: Cortina; 2007.
- Poletti P. Safety walkaround. Care 2009; 2.
- Poletti P, Cultura della sicurezza. Care, 2011; 4:16-24.
- Quaglino GP, Casagrande S, Castellano A. Gruppo di lavoro, lavoro di gruppo. Milano: Cortina; 1992.
- Raccomandazione Ministero della Salute n° 7 per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivanti da errori in terapia farmacologica, Un uso non corretto dei farmaci può determinare eventi avversi con conseguenze gravi per i pazienti - Marzo; 2008.
- Valdambri A. La gestione dei conflitti in ambito sanitario. Roma: il Pensiero Scientifico; 2008.



POLO PER L'ISTRUZIONE

TITOLO SINTETICO

PREVENZIONE DEL SUICIDIO E ASSISTENZA

COORDINATORE PROGETTO
M. Pompili
G. Carbut
C. Turci

RESP. DEL POLO
A.M. Pulimeno

COD.1.14.7

TITOLO PROGETTO

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

A project to train nurses how to prevent suicide

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.

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'equipe sia fondamentale e strategico nell'affrontare la fenomenologia di un evento così tragico e solo apparentemente ineluttabile; la figura dell'infermiere come interfaccia comunicativa e elemento di protezione e di autocontrollo appare come indispensabile nel pensare, progettare, 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 "Therapeutic 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 e acquisizione evidenze basate su buona pratica; studio e comparazione dei modelli di *nursing assessment* 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 quattro 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

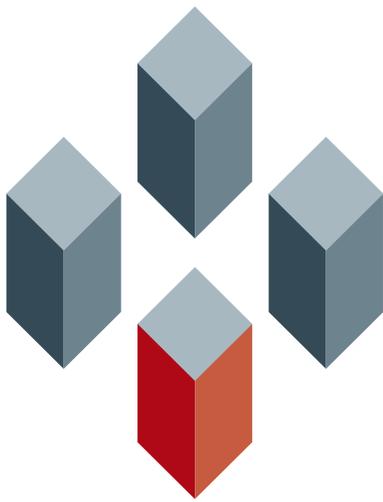
Job description		Team	Period of time
0	Analisi di background	Ricercatori principali e project team	01/01/2014 - 30/03/2014
1	Formulazione evento e preparazione interventi	Ricercatori principali, project team e docenti	01/04/2014 - 01/05/2014
2	Primo Blocco dei tre corsi formativi	Ricercatori principali e docenti	15/05/2014 - 15/06/2014
3	Revisione e valutazione	Ricercatori principali e docenti	01/06/2014 - 30/06/2014
4	Secondo Blocco di tre eventi formativi	Ricercatori principali e docenti	15/09/2014 - 15/10/2014
5	Selezione del materiale per pubblicazione	Ricercatori principali, project team e docenti	1/11/2014 - 02/01/2015

DIAGRAMMA GANTT

		Gen 14	Feb 14	Mar 14	Apr 14	Mag 14	Giu 14	Lug 14	Ago 14	Sett 14	Ott 14	Nov 14	Dic 14	Gen 15
0	Analisi di background	■	■	■										
1	Formulazione evento e preparazione interventi				■									
2	Primo blocco dei tre corsi formativi					■	■							
3	Revisione e valutazione						■							
4	Secondo blocco di tre eventi formativi									■	■			
5	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, 2014]; 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 of imminent 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.



Centro di Eccellenza
per la Cultura
e la Ricerca Infermieristica

POLO PER L'ISTRUZIONE

TITOLO SINTETICO

LA LIBERA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

COORDINATORE PROGETTO

S. Bartolucci
M. Fiorda
A. Stievano

RESP. DEL POLO

A.M. Pulimeno

COD.1.14.8

TITOLO PROGETTO

La libera professione infermieristica. Informazioni, proposte, quesiti e risposte **Nursing as an independent job: Information, proposals, questions, and answers**

ABSTRACT

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 disponibili.

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 ai cambiamenti legislativi avvenuti negli ultimi 15 anni, la libera professione infermieristica sta acquisendo un'importanza fondamentale per garantire l'occupabilità degli infermieri e, in tale cornice, l'infermiere libero professionista, non vincolato a sistemi organizzativi rigidi, può offrire alla persona un'assistenza personalizzata, individualizzata ed olistica di enorme qualità.

ABSTRACT

Until the beginning of the 1990s, the demand for nursing care came almost exclusively from public and private hospitals, and this demand was always higher than the number of nurses available.

In these years, the nursing care activities requested by the community were usually provided by the same nurses working in the public or private hospitals, giving rise to illegal labour.

After the legislation changed in the last 15 years, nursing as an independent job is becoming instrumental to ensure occupation for nurses, and in this framework, the independent nurse, now free from rigid organizational systems, can provide people with high quality customized, holistic care on an individual basis.

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 disponibili.

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 una occupazione entro un anno dalla laurea (Censis Congresso Ipsvi Bologna 2012) e molti di essi intraprendono la libera professione infermieristica, considerandola una ulteriore opportunità di sbocco professionale.

L'infermiere libero professionista, non vincolato a sistemi organizzativi rigidi, può offrire alla persona un'assistenza personalizzata sempre nel rispetto dei diritti della persona e della professione.

Nell'attuale contesto politico, economico e sociale europeo e del nostro Paese il tasso di disoccupazione non accenna a diminuire. Inoltre, nel nostro Paese, dove è previsto il blocco del turnover e dei contratti nell'ambito della pubblica amministrazione i neolaureati in infermieristica intraprendono la libera professione, considerandola una opportunità di sbocco e realizzazione professionale e non un ripiego.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Fornire agli infermieri che si avvicinano o già esercitano la libera professione le conoscenze necessarie per scegliere la modalità di esercizio più adeguata alle risorse umane e strutturali a disposizione e nel rispetto, della normativa ordinistica, fiscale, previdenziale e di tutela assicurativa.

Obiettivi specifici

- Fornire elementi che contestualizzino le possibilità della libera professione.
- Presentare le caratteristiche della libera professione infermieristica in termini di competenze, organizzazione, strumenti, specificità di comportamenti.
- Indicare le opportunità offerte dall'esercizio libero-professionale per l'infermiere, per i cittadini, per il sistema pubblico per la salute.
- Fornire indicazioni tecniche per istituire la libera professione individuale e/o associata: aspetti normativi, amministrativi, fiscali.
- Fornire aspetti previdenziali e presentazione dei servizi di ENPAPI offerti ai liberi professionisti ed alla categoria professionale – la Gestione separata ENPAPI.
- Evidenziare eventuali quesiti ancora aperti sull'esercizio libero-professionale infermieristico e proporre possibili risposte.

METODOLOGIA

Sviluppo di un programma formativo organizzato in collaborazione con Enpapi.

Briefing di apertura per la conoscenza dei partecipanti e la presentazione dei contenuti e della metodologia di lavoro.

Lezione frontale con supporti audiovisivi.

Confronto dibattito tra discenti e docenti.

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

L'infermiere che si avvicina o esercita la libera professione infermieristica, può interfacciarsi consapevolmente con la realtà dinamica del mondo del lavoro pubblico e privato-libero professionale.

Rilevanza

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

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

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Costituzione del Team di progetto del corso di formazione	Coordinatori	Dicembre 2013 - Gennaio 2014
Elaborazione progetto	Project manager, Coordinatori	Dicembre 2013 - Gennaio 2014
Approvazione del corso di formazione e accreditamento ECM	Project manager e coordinatori e project team	Gennaio - Febbraio 2014
Programmazione degli eventi formativi	Coordinatori e project team	Gennaio - Marzo 2014
Pianificazione e organizzazione delle giornate di studio	Coordinatori e project team	Marzo - Maggio 2014
Realizzazione 1° evento formativo	Coordinatori e project team	Giugno 2014
Realizzazione 2° evento formativo	Coordinatori e project team	Ottobre 2014
Verifica e relazione finale	Team di progetto	Dicembre 2014

DIAGRAMMA GANTT

MESE	Dic 2013	Gen 2014	Feb 2014	Mar 2014	Apr 2014	Mag 2014	Giug 2014	Sett 2014	Ott 2014	Nov 2014	Dic 2014
Costituzione del Team di Progetto del corso di formazione											
Elaborazione- approvazione e accreditamento ECM del progetto											
Programmazione degli eventi											
Pianificazione e organizzazione delle Giornate di Studio											
Realizzazione eventi formativi											
Verifica e relazione finale											



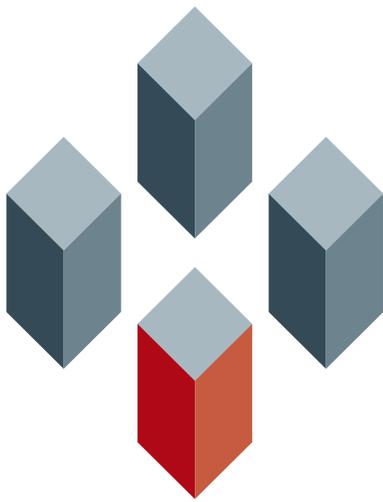
BIBLIOGRAFIA

Riferimenti normativi

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

Riferimenti bibliografici

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



Centro di Eccellenza
per la Cultura
e la Ricerca Infermieristica

POLO PER L'ISTRUZIONE

TITOLO SINTETICO

NURSING RISK MANAGEMENT

COORDINATORE PROGETTO
C. Turci

RESP. DEL POLO
A.M. Pulimeno

COD.1.14.9

TITOLO PROGETTO

Nursing risk management Nursing risk management

ABSTRACT

L'aumento delle aspettative di salute, il ruolo più attivo dei pazienti meno disposti ad accettare l'errore del professionista in sanità, l'aumento del contenzioso sanitario e del ricorso alla magistratura per danno subito, nonché la crescente preoccupazione del cittadino che non si sente sicuro quando entra in ospedale sono alcuni degli elementi che richiamano l'attenzione sull'errore in sanità.

Le profonde modifiche che hanno coinvolto la professione infermieristica nell'ultimo decennio producendo l'attuale assetto normativo, hanno di fatto ridefinito a partire dal profilo del professionista gli ambiti delle competenze e dell'autonomia professionale configurando nuovi scenari di responsabilità. L'infermiere in questo contesto è quindi chiamato a:

- Prevedere i bisogni e/o potenziali rischi della persona assistita.
- Scegliere, cioè decidere le azioni migliori per favorire il benessere e l'autonomia della persona.
- Agire, ovvero mettere in atto interventi di comprovata efficacia e con abilità tecnica e relazionale.
- Valutare i risultati, ovvero l'esito definitivo o conclusivo di un'azione, un'attività.

Le principali prestazioni infermieristiche che dovrebbero essere sottoposte ad esame possono essere: l'identificazione dei bisogni di assistenza al paziente (diagnosi infermieristica), la pianificazione e documentazione dell'attività infermieristica, l'esecuzione di attività infermieristiche e delle prescrizioni mediche, la sorveglianza del confort e della sicurezza del paziente, l'educazione sanitaria e sostegno psicologico al paziente ed ai suoi familiari, la tenuta della documentazione sanitaria ed in particolare la gestione di quella infermieristica. Questi elementi critici devono essere necessariamente trattati e seguiti, ed è in questo contesto che poi l'infermiere va a rispondere.

ABSTRACT

Increased health expectations, patients playing a more active role unwilling to accept health professionals' errors, increased controversy in healthcare and resort to the court for harm suffered, as well as the public's increasing concerns about safety in hospitals, are some of the aspects that draw major attention to errors in healthcare.

The radical changes in nursing during the last decade that have led to the current policy framework have changed the scope of nursing competence and the nurses' professional profile, outlining new scenarios of accountability. In this context, nurses are required to:

Predict the needs and/or potential risks of the person receiving care.

- Select, identify the actions that best foster a person's well-being and autonomy
- Act, perform evidence-based interventions, with technical and relational skills
- Evaluate results, the outcome or conclusion of an action, an activity

The main nursing services that ought to be examined can be: the identification of the patient's healthcare needs (nursing diagnosis), planning and reporting nursing activities, the nursing activities performed and the medical prescriptions, monitoring patient comfort and safety, healthcare education and psychological support to the patient and his family members, keeping healthcare documentation, and in particular the management of nursing documentation. These critical elements have to be necessarily dealt with and followed, and this is the context nurses are accountable for.



BACKGROUND

Il problema della sicurezza dei pazienti rientra nell'ambito delle competenze del Sistema Qualità ed è strettamente correlato alla problematica più generale della sicurezza nelle organizzazioni sanitarie.

Gli errori correlati al fattore personale possono essere legati ad una cattiva organizzazione, alla mancanza di sistemi e flussi che garantiscano il passaggio delle informazioni, alla mancanza di comunicazione, al cattivo clima di lavoro, al personale non preparato o non abituato a lavorare in équipe, ai carichi di lavoro eccessivi. Quindi si può parlare di "nursing malpractice" quando si fa un errore che reca danno al paziente e l'errore è uno di quelli che un infermiere sufficientemente attento non avrebbe commesso in una situazione analoga. L'"errore" è l'esito negativo dell'assistenza, generato da una situazione non prevista, in grado di produrre attualmente o potenzialmente un "incidente".

Generalmente si considera l'errore solo come diretta conseguenza della azione dell'operatore sanitario. Non sempre, tuttavia, la produzione di un danno o di una lesione può essere ricondotta esclusivamente alla azione degli operatori. È il caso degli incidenti riconducibili a cause organizzative, per i quali l'evento è il risultato della combinazione e dell'intreccio della azione dell'operatore e di condizioni latenti. Sono latenti tutte quelle condizioni frutto di decisioni assunte a un livello superiore a quello degli operatori (da manager, autorità politiche, amministrative, di controllo). Sono condizioni latenti, per esempio, la eccessiva mancanza di tempo per le prestazioni;

l'inadeguatezza degli strumenti e delle apparecchiature; la manutenzione non sufficiente dei macchinari; la carenza di formazione; la scarsa supervisione; l'ambiguità delle procedure; la mancanza di comunicazione. Le condizioni latenti sono sempre presenti in sistemi complessi come si è descritto in precedenza.

Tra i principali eventi avversi che coinvolgono gli infermieri sono riportati in letteratura errori nel processo terapeutico, infezioni ospedaliere, danni fisici (es. cadute accidentali), lesioni da pressione, danni trasfusionali, danni nella gestione dei pazienti critici.

Alla luce di quanto descritto le possibili condizioni favorevoli all'errore possono riferirsi alla comunicazione inefficace tra utente / sanitari nella continuità delle cure, alla documentazione sanitaria con criteri di compilazione non adeguati, alle gestione e manutenzione delle apparecchiature medicali e relative responsabilità non chiaramente definite, alla gestione del personale inadeguata (turnistica stressante, assenza di criteri di mobilità, ...), all'organizzazione del lavoro (lavoro per compiti vs lavoro in equipe multidisciplinare, clima ed ambiente stressante, mancanza di cultura della sicurezza), alla mancanza di esperienza / conoscenza / abilità del personale, alla non adeguata formazione e addestramento

È fondamentale che il mondo infermieristico si interroghi in profondità su quali applicazioni l'analisi sistematica dei problemi correlati agli errori può portare al miglioramento delle prestazioni assistenziali e quale sia il reale contributo che il mondo infermieristico può portare. In sostanza, non serve individuare e colpevolizzare l'operatore che ha sbagliato, ma è più "razionale" ricercare le cause che hanno determinato l'evento negativo.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

Offrire agli infermieri, indipendentemente dal loro setting assistenziale, un'opportunità di formazione nello specifico ambito del Risk Management

Obiettivi specifici

Favorire l'acquisizione di conoscenze e competenze per:

- Favorire il cambiamento culturale.
- Condividere e non imporre.
- Tutelare i professionisti.
- Utilizzare strumenti metodologici adeguati.

Indicatori

Realizzazione di un evento formativo rivolto a 100 partecipanti della durata di otto ore, svolto in una giornata sviluppata con relazioni sugli argomenti indicati e con didattica attiva di partecipazione dei discenti a momenti di analisi e discussione di casi.

Realizzazione dell'evento formativo nell'arco del 2014 per un totale di n. 6 edizioni per un totale di 600 partecipanti.

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

METODOLOGIA

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

Progettazione degli eventi formativi.

Metodologia didattica:

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

- Briefing 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.
- Presentazione di problemi e case histories.
- Confronto dibattito tra pubblico e docente.
- Verifiche di apprendimento intermedio secondo la seguente agenda dell'evento formativo:
 - g) Test di apertura evento formativo.
 - h) Discussioni su casi/temi.
 - i) Test di apprendimento finale e valutazione gradimento evento formativo.

RISULTATI ATTESI

Indicatori

Svolgimento di N° 6 edizioni nel corso del 2014.

Formazione di almeno 800 partecipanti.

Raggiungimento del 80% risposte esatte nel test finale su almeno 85% dei partecipanti

Presenza di almeno 5 relatori per evento.

Rilevanza

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
Costituzione del Team di Progetto di corso di formazione	Coordinatori	Un mese
Progettazione Corso	Team di progetto	Un mese
Pianificazione attività formativa	Team progetto	Un mese
Svolgimento Evento formativo	Team di progetto (Docenti)	8 mesi
Report attività	Team di progetto	Un mese



DIAGRAMMA GANTT

Attività	Gen 2014	Feb 2014	Mar 2014	Apr 2014	Mag 2014	Giu 2014	Set. 2014	Ott. 2014	Nov. 2014	Dic 2014
Costituzione del Team di Progetto di corso di formazione										
Progettazione Corso										
Pianificazione attività formativa										
Svolgimento Evento formativo										
Report attività										

BIBLIOGRAFIA

1. Benci L. Aspetti giuridici della professione infermieristica. Milano: McGraw-Hill: 2002.
2. Benci L. La responsabilità giuridica e deontologica della professione infermieristica nelle infezioni ospedaliere. *I Quaderni dell'Infermiere* 2002; 3:27-29.
3. Benedetti T., Piovaticci S., Tonucci S. La gestione del rischio clinico nell'azienda ospedaliera "Ospedale San Salvatore" di Pesaro. *Rischio Sanità* 2009(34):27-31
4. Borgia L.. Ecco la strategia anti errore. Il sole 24 ore Sanità 27 marzo 2006:26.
5. Bozzi M., Santullo A.. Mod. A Governo clinico e Risk management. Tesi Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche Università Tor Vergata 2005
6. Caminati A., Beccari D., Ceccarelli P., Mambelli S., Mazzoni R. Pensare, progettare, realizzare un modello organizzativo infermieristico per il risk management. *NEU* 2003; (2/3):34-39.
7. Casati M., Maricchio R. Sicurezza in sala operatoria, un'importante svolta: sintesi del manuale ministeriale dell'ottobre 2009. *I Quaderni dell'Infermiere* 2010(27):1-20
8. Cinotti R., Basini V., Di Denia P. (a cura di). Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie Sussidi per la gestione del rischio 2. Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna 86 - 2003 DOSSIER
9. Lamanna O., Cristofolini A., Rubertelli M. L'identificazione come processo: sua importanza nella prevenzione degli errori. *Rischio Sanità* 2009(34):4-9.
10. Marchetti E. Sviluppare il Risk Management per la sanità. *Rischio Sanità* 2004; (17):12-14.
11. Marcon G. Dal Risk Management alla cultura della sicurezza: parte prima. *Rischio Sanità* 2002; (7):9-10.
12. Marcon G. Dal Risk Management alla cultura della sicurezza: parte seconda. *Rischio Sanità* 2002; (8):17-22
13. Marinello S. Attività sanitaria, consenso, scriminanti e reati connessi: Le sezioni unite della Corte di Cassazione fanno chiarezza. *Rischio Sanità* 2009(33):33-49.
14. Mer. B. Italia terrorizzata dagli errori. Il Sole 24 Ore Sanità 20.3.2006:18.
15. Ministero della Salute, Dipartimento della Qualità, Direzione Generale Della Programmazione Sanitaria, Dei Livelli Di Assistenza E Dei Principi Etici Di Sistema Ufficio III. Risk management in Sanità. Il problema degli errori. Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003
16. Ministero della Salute Dipartimento Della Qualità Direzione Generale Della Programmazione Sanitaria, Dei Livelli Di Assistenza E Dei Principi Etici Di Sistema Ufficio III. Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella. 2005
17. Motta P. C., Signorotti L. Il contributo dell'infermieristica nella gestione del rischio clinico. *AICO. Organo ufficiale dell'associazione italiana infermieri di camera operatoria* 2009;21(2):216-230.
18. Negrini G., Martelli L. Strategie per una continuità di terapia farmacologica sicura. *Rischio Sanità*

- 2009(33):12-19.
19. Palmiere C., Picchioni D.M., Molinelli A., Celesti R. Carezza delle strutture sanitarie: a chi la responsabilità?. *Difesa Sociale* 2004; LXXXIII (2): 99-114.
 20. Regione Emilia Romagna - Agenzia Sanitaria Regionale. FMEA/FMECA analisi dei modi di errore/ guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Dossier 75/2002
 21. Rutigliano L., Raponi M., Messina G., Nante N. La cultura della sicurezza: strumento di governo del rischio clinico nell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù. *Mondo sanitario* 2009;16(6):7-15.
 22. Savignani G., Malagodi D., Sestini C., Autieri F., Lupoli A., Nante N. Incident reporting: confronto sulla gestione del rischio clinico in Emilia Romagna e in Toscana. *Mondo sanitario*; 2008(9):1-8.
 23. Taurino R. Responsabilità in ambito sanitario e problematiche assicurative in sanità. *Sanità Pubblica e Privata* 2010(1):41-49
 24. Tomassetti R. Se gli infermieri sono pochi le terapie falliscono (e si muore di più). *L'infermiere* 2003; (1): 28 - 20.



POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

ETICA NELLE CURE PALLIATIVE

COORDINATORE PROGETTO
A. Stievano - N. Barbato
M. Galluccio - E. Lisanti

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.14.1

TITOLO PROGETTO

Il rispetto dell'etica della dignità nei rapporti interprofessionali: un'analisi multicentrica nell'ambito delle cure palliative **Respect for the ethics of dignity in interprofessional relations: A multi-centre analysis in the field of palliative care**

ABSTRACT

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 agli infermieri come *professionals*; concetto molto meno esplorato nella letteratura infermieristica.^{1,2} 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 e in differenti setting assistenziali.

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 interprofessionali^{4,5} 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 etici^{7,8} o addirittura la professione. Tale studio è, altresì, significativo per evidenziare i fattori di rispetto della dignità professionale e per cercare di promuoverli in ambiti particolari come le cure palliative. Tale studio costituirebbe una continuazione significativa per rappresentatività dei dati, a carattere multicentrico, di uno studio italiano già pubblicato sull'argomento.⁹

ABSTRACT

By dignity in healthcare professions we refer to two key concepts of values. On one hand, a value that has to be expressed towards others, the patients, the key element in nursing care and, on the other, a value that refers to nurses as professionals: the latter is a concept that has been explored less by nursing literature.^{1,2} The first part of the concept of 'dignity', that is the respect for the dignity of the patient, is an ontological concept for nursing care, which ought to be analysed subjectively in every single person, taking into account the specific differences between every recipient of care. The second part of the same concept, should be analysed subjectively but should also include objective elements, such as the basic value of interprofessional relations and in different healthcare settings.

An ethical working place for nurse professionals is increasingly characterised by the respect for basic and identity-making human dignity³ in the social inter-collaborative and inter-professional relations^{4,5} with all the health workers and those not working in healthcare settings. Unfortunately, the environment in which these relations take place often becomes uninhabitable⁶, tensions arise in some specific areas that involve individual and collective professional subjects, in the gap between needs and resources, between effectiveness and efficiency of treatment and care, between the sphere of autonomy and that of professional

authority, in the rhetoric between theoretical and factual reality.

It is therefore unavoidable to examine the relationship between the respect for human and nursing professional dignity in the interpersonal and inter-professional relations within healthcare organisations to understand the indicators of nurses' moral anguish and the eventual desire to let go particularly burdensome clinical roles, unethical work settings^{7,8} or even the profession. This study is also significant to highlight the factors of respect for professional dignity and to promote them in particular areas, such as palliative care. This study, would be a significant prosecution for the representativeness of the data, at a multicentre level, of an Italian study already published on this topic.⁹

BACKGROUND

Nel 1994 e nel 1996 due infermiere anglosassoni Elaine Mairis e Jane Haddock hanno chiarito meglio il significato di dignità. Su queste definizioni di identità abbiamo basato l'approfondimento della dignità sociale dell'infermiere.

Mairis¹⁰ afferma che: *"La dignità esiste quando un individuo è capace di esercitarla attraverso i suoi comportamenti, e dalla maniera in cui è trattato dagli altri. Il soggetto dovrebbe essere in grado di capire le informazioni e di prendere decisioni in proposito. Inoltre, si dovrebbe sentire a suo agio sia fisicamente che psico-socialmente nell'ambiente di vita"*.

Haddock¹¹, dichiara che: *"La dignità è la capacità di sentirsi importante di fronte agli altri, comunicare questo sentimento alle altre persone, anche in ambienti non favorevoli. La dignità è un concetto dinamico soggettivo ma ha anche alcune basi condivise in tutti gli esseri umani"*.

La dichiarazione di Haddock è ripresa con enfasi nel quarto articolo del codice etico-deontologico infermieristico elaborato dalla Fepi a livello continentale¹² dove si afferma che è proprio la dignità espressa dall'autrice anglosassone che deve essere presa a riferimento a livello internazionale e dove la frase seguente esemplifica molto bene il concetto di *Menschenwürde* sulla dignità del soggetto:

.....The German expression Menschenwürde summarizes very well this sort of basic dignity that is inextricably linked to fundamental human rights and to the right to health. It is a dignity all human beings have from birth, not a dignity to aspire to, which is strongly reaffirmed by this Code. It is a dignity linked to the right to health, as recognized by the United Nations and other international documents, which every human being should be able to express without influences and obstacles. This dignity needs to be ensured for all citizens of the EU. It is still not the dynamic concept identified by Haddock, but it is a good basis for development of the ethics of dignity.

Nordenfelt³ presenta quattro tipi dignità e ne esplica le differenze: la dignità di merito, la dignità morale o di statura esistenziale, la dignità di identità e la dignità universale umana (*Menschenwürde*). Le persone hanno la *Menschenwürde* disgiunta dal loro livello di competenza, coscienza, autonomia, abilità relazionale. Questa dignità si ha semplicemente perché si è umani. Nordenfelt, ha disquisito di questa visione della dignità come *"dignità degli uomini"* e si riferisce ad una dignità che hanno tutti gli esseri umani o si assume che posseggano proprio per la loro umanità.

L'espressione tedesca *"Menschenwürde"*, sintetizza in maniera ottimale la dignità di base inestricabilmente legata ai diritti umani fondamentali. Inoltre, Nordenfelt aggiunge, come abbiamo accennato, altre tre tipologie di dignità che chiama: dignità della statura morale, dignità di merito e dignità di identità. L'idea che sottende la dignità di merito e di statura morale è che entrambe tendono a valutare la dignità delle persone rispetto al loro merito ed ai risultati raggiunti nella vita. La dignità identitaria è abbastanza difficile da definire, poiché non è dipendente dai meriti del soggetto ne ha a che fare con la status morale del soggetto. Fu definita inizialmente da Statman¹³, ed è un tipo di identità molto legata all'inclusione sociale, all'integrità morale del soggetto e all'autonomia delle persone. Questa dignità è insita in noi stessi come persone autonome, persone con una storia ed un futuro e con le nostre relazioni interpersonali e intraprofessionali. Ma questo rispetto può facilmente essere infranto e diminuito da azioni non adeguate, umilianti, da parte di altri individui, altri professionisti sanitari nel nostro caso.

Pullman^{14,15} distingue ulteriormente tra dignità di base e dignità personale. La dignità personale è un concetto costruito socialmente e variabile dove le persone esprimono loro stesse in maniera differente e dove il loro senso del valore dignità può essere legato al senso di autonomia; è quella dignità sociale che Jacobson¹⁶ descrive come suddivisa: in dignità del sé, legata al proprio rispetto e al proprio valore, e, dignità in relazione, contrassegnata da comportamenti sociali individuali e collettivi. Riflettendo sulla dignità sociale Shotton e Seedhouse¹⁷, riflettendo sulle loro esperienze concludono che: *".....non abbiamo dignità quando ci troviamo in circostanze imbarazzanti, quando siamo in situazioni dove ci sentiamo ridicoli, stupidi, incompetenti, inadeguati e vulnerabili"*.

Mettere in evidenza indicatori di rispetto della dignità professionale infermieristica e di un buon clima etico permetterà di confermare che un ambiente etico ed un ambiente di lavoro costruttivo abbassano il *moral distress* per un miglior outcome di lavoro professionale e di qualità assistenziale erogata.



OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

Tale progetto si inquadra nell'ambito di una iniziativa strategica, che potrebbe produrre un alto ritorno di immagine per la professione infermieristica e per l'implementazione di *setting* assistenziali etici che migliorano la qualità dell'assistenza per il paziente e producono meno turn-over infermieristico e minor possibilità di abbandonare la professione e per una minore sofferenza morale infermieristica legata al mancato rispetto della dignità professionale.

- Pubblicazione di un articolo di ricerca su importante rivista internazionale di nursing e possibilità di continuare lo studio in altri setting assistenziali con pubblicazione dei risultati a livello internazionale.

Obiettivi specifici

La necessità di esplorare più approfonditamente i fattori che promuovono la dignità o provocano distress morale nella pratica infermieristica e la relazione tra il *moral distress*^{18,19,20} e gli ambienti di lavoro etici diventa fondamentale per alcuni ordini di motivi:

- Comprendere l'impatto che il *moral distress* esercita sul professionista infermiere con possibili conseguenze riguardanti la sua sofferenza morale e il conseguente desiderio di abbandonare la professione o lasciare posizioni cliniche che comportano elevato stress e *burn-out*.
- Comprendere l'impatto che il *moral distress* infermieristico esercita sull'organizzazione che si manifesta in un elevato turn-over infermieristico ed una difficoltà nel reclutare risorse umane infermieristiche specialmente in aree cliniche che comportano elevato stress e *burn-out*.
- Comprendere l'impatto che il *moral distress* infermieristico esercita sul paziente in termini di diminuita qualità assistenziale erogata e di mancata soddisfazione assistenziale da parte della persona presa in cura.
- Sensibilizzare i dirigenti infermieristici dell'area assistenziale sull'importanza del clima etico e del rispetto della dignità umana e professionale come variabile fondamentale organizzativa per la valorizzazione delle risorse umane.
- Esaminare il rapporto che intercorre tra rispetto della dignità umana e professionale infermieristica nei rapporti interprofessionali e intercollaborativi nelle organizzazioni sanitarie.

Indicatori

- Evidenziare indicatori di rispetto o mancato rispetto della dignità professionale infermieristica.
- Evidenziare gli indicatori caratterizzanti un buono od un cattivo clima organizzativo etico.

METODOLOGIA

Disegno dello studio

Tale progetto è sviluppato come uno studio qualitativo multicentrico che coinvolge infermieri operanti in realtà sanitarie di cure palliative lavoranti in ambito hospice o di assistenza domiciliare in diverse realtà di cure palliative italiane. Il focus group è un metodo di ricerca qualitativo tipicamente usato per esplorare esperienze, significati, credenze e valori relativi ad un determinato tema^{21,22} 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 5-8 partecipanti (infermieri con minimo 1 anno di esperienza clinica nelle cure palliative) per un totale di 8-12 focus group fino alla saturazione dei dati.

Strumenti

L'analisi dei focus group 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 nastri verranno trascritti entro 2-3 settimane dal completamento del 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 un 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 *burn-out* 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.

Si prevede la pubblicazione di un articolo di ricerca su importante rivista internazionale di nursing 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 di cure palliative.

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^{24,25, 26,27} 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.

**PIANIFICAZIONE**

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
0	Reperimento risorse bibliografiche	Coordinatore e project team	01/01/2014 - 01/08/2014
1	Analisi e definizione del modello concettuale di riferimento	Coordinatore e project team	01/01/2014 - 01/08/2014
2	Esecuzione dei focus group	Coordinatore e project team	01/01/2014 - 01/08/2014
3	Analisi qualitativa della ricerca	Coordinatore e project team	01/05/2014 - 01/11/2014
4	Validazione dei risultati	Coordinatore e project team	01/09/2014 - 31/12/2014
5	Redazione rapporto finale di ricerca	Coordinatore e project team	01/01/2015 - 31/01/2015

DIAGRAMMA GANTT

2014	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	Gen 15
Reperimento risorse bibliografiche												
Analisi e definizione del modello concettuale di riferimento												
Esecuzione dei focus group												
Analisi qualitativa della ricerca												
Validazione dei risultati												
Redazione rapporto finale di ricerca												

BIBLIOGRAFIA

1. Gallagher A. Dignity and respect for dignity - two key health professional values: implications for nursing practice, *Nurs Ethics* 2004; 11(6): 587-599.
2. Lawless J., Moss C. Exploring the value of dignity in the work-life of nurses, *Cont Nurse* 2007; 24(2): 225-236.
3. Nordenfelt L. The Varieties of Dignity. *Health Care Anal* 2004; 12(2): 69-89.
4. Duddle M, Boughton M. Intraprofessional relations in nursing. *J Adv Nurs* 2007; 59(1): 29-37.
5. Daiski I. Changing nurses dis-empowering relationship patterns, *J Adv Nurs* 2004, 48, (1), 43-50.

6. Peter E, Macfarlane AV, O'Brien-Pallas LL. Analysis of the moral habitability of the nursing work environment. *J Adv Nurs* 2004; 47(4): 356–67.
7. Pauly B., Varcoe C., Storch J., Newton L. Registered Nurses' Perceptions of Moral Distress and Ethical Climate. *Nurs Ethics* 2009; 16(3): 561-573.
8. Schluter J., Winch S., Holzhauser K., Henderson A. Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review. *Nurs Ethics* 2008; 15(3): 304-321.
9. Stievano A, De Marinis MG, Rocco G, Russo MT, Alvaro R. Professional dignity in nursing in clinical and community workplaces. *Nurs Ethics* 2012; 19: 341-356.
10. Mairis E.D. Concept clarification in professional practice: dignity. *J Adv Nurs* 1994; 19(5): 947-53.
11. Haddock J. Towards further clarification of the concept 'dignity'. *J Adv Nurs* 1996; 24(5): 924-31.
12. Sasso L, Stievano A, González Jurado M, Rocco G. Code of Ethics and Conduct for European Nursing, *Nurs Ethics* 2008;15(6): 821-36.
13. Statman D. Humiliation, Dignity and Self-Respect, *Philos Psychol* 2000; 13(4): 523 –40.
14. Pullman, D. Dying with dignity and the death of dignity, *Health Law J* 1996; 4: 197–219.
15. Pullman, D. The ethics of autonomy and dignity in long-term care. *Can J Aging* 1999; 18(1): 26–46.
16. Jacobson N. A taxonomy of dignity: a grounded theory study. *BMC Int Health Hum Rights*. 2009; 9: 3.
17. Shotton L, Seedhouse D. Practical dignity in caring. *Nurs Ethics* 1998; 5(3): 246-55.
18. Corley M. C., Elswick R.K., Gorman M., Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale *J Adv Nurs* 2000; 33(2): 250-256.
19. Corley M. C. Nurse Moral Distress: a proposed theory and research agenda. *Nurs Ethics* 2002; 9(6): 636-650.
20. Corley M. C., Minick P., Elswick R.K., Jacobs M. Nurse Moral Distress and Ethical Work Environment, *Nurs Ethics* 2005; 12(4): 381-390.
21. Acocella I. L'uso dei focus groups nella ricerca sociale: vantaggi e svantaggi. *Quaderni di Sociologia* 2005; 49 (37): 61-79.
22. Acocella I. Il focus group: teoria e tecnica. Milano: Franco Angeli; 2008.
23. Bégat I., Ellefsen B., Severinnson E. Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being – a Norwegian study. *Journal of Nurs Manag* 2005; 13: 221-230.
24. Laschinger H.K., Shamian J., Thomson D. Impact of magnet hospital characteristics on nurses' perceptions of trust, burnout, quality of care, and work satisfaction. *Nurs Econ* 2001; 19(5): 209-220.
25. Laschinger H.K. Hospital nurses' perceptions of respect and organizational justice. *Journal of Nurs Adm* 2005; 34(7-8): 354-364.
26. Buerhaus P.I., Donelan K., Norman L., Dittus R. Nursing students' perceptions of a career in nursing an impact of a national campaign designed to attract people into the nursing profession. *Journal of Prof Nurs* 2005; 21(2): 75-83.
27. Malloy D.C., Hadjistavropoulos T., McCarthy E., Evans R.J., Zakus D.H., Park I., Lee Y., Williams J. Culture and organizational climate: nurses' insights into their relationship with physicians. *Nurs Ethics* 2009; 16(6): 719-33.



POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

RISK MANAGEMENT NELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI ENDOVENOSI

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

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.14.2

TITOLO PROGETTO

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

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

ABSTRACT

Gli errori da terapia farmacologica nelle terapie intensive/rianimazioni possono mettere a rischio i pazienti da eventi avversi o morte ogni giorno¹.

Per errore di terapia si intende ogni evento avverso, indesiderabile, non intenzionale, prevenibile che può causare o portare ad un uso inappropriato del farmaco o ad un pericolo per il paziente. Tale episodio può essere dovuto ad errore di prescrizione, di trasmissione della prescrizione, etichettatura, confezionamento o denominazione, allestimento, dispensazione, distribuzione, somministrazione, educazione, monitoraggio ed uso (www.nccmerp.org). Questi errori hanno ripercussioni umane, economiche e sulla società².

I pazienti ricoverati nelle terapie intensive ricevono quasi il doppio dei farmaci rispetto ai pazienti ricoverati in unità operative generali e la maggior parte delle prescrizioni comportano calcoli elaborati per la somministrazione in bolo o in infusione continua. Gli errori provocati dalle somministrazioni multiple di farmaci possono essere particolarmente comuni in area critica. Gli infermieri sono responsabili della maggior parte di questi errori, pertanto la priorità dello studio è dimostrare se la carenza di conoscenze e formazione, comportamenti non conformi alle linee guida (come per esempio una insufficiente pulizia delle mani) e attitudini professionali possano mettere a rischio un paziente critico ricoverato in terapia intensiva/rianimazione. Pertanto lo scopo di questo studio è descrivere se c'è una relazione tra conoscenze, formazione, comportamenti e attitudini degli infermieri per la prevenzione degli errori durante la preparazione e somministrazione dei farmaci per via endovenosa.

ABSTRACT

Medication errors in ICUs put patients at risk for injury or death every day¹. A medication error is defined as "any preventable event that may cause or lead to inappropriate medication use or patient harm while the medication is in the control of the health care professional, patient, or consumer". These errors are costly from human, economic, and societal perspectives². Medication safety in ICUs can be compromised because of the complexities of patient conditions, the number of medications administered, the frequent changes in medication orders, the need for weight-based dosages, potential for incompatibilities of intravenous (IV) medications, and the calculation of infusion rates for IV medications. Nursing is responsible for most of these errors and prior studies have shown that lack of knowledge and training, incorrect behaviors (e.g. poor hand washing) and attitudes put ICU patients at risk. Therefore, the aim of this study is to describe which elements of nurses' knowledge, training, behavior, and attitude prevent errors in intensive care units during preparation and administration of intravenous medications.

BACKGROUND

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

struttura sanitaria (aspetto gestionale - organizzativo), sia come perdita di fiducia dei pazienti nei confronti dell'Azienda (perdita di immagine).

Una revisione narrativa della letteratura stima che la percentuale degli errori di terapia farmacologica sia compresa tra il 12% e il 20% del totale degli errori³. Questi errori sono costosi dal punto di vista umano, economico e sociale².

Alcuni studi hanno evidenziato che gli errori di terapia farmacologica nelle unità di terapia intensiva/rianimazione possono presentarsi a causa della complessità clinica del paziente⁴, dal numero di farmaci somministrati, dalle frequenti variazioni delle prescrizioni, dalla necessità di definire il dosaggio in base al peso del paziente, dalle potenziali incompatibilità tra i farmaci endovenosi e dalla velocità di somministrazione⁵. Rothschild JM, et al. sostengono che gli errori di terapia farmacologica rappresentano il 78% degli errori clinici nelle unità di terapia intensiva/rianimazione, e i pazienti sperimentano in media 1,75 errori ogni giorno durante la permanenza in terapia intensiva. Circa il 20% degli errori di terapia farmacologica mettono il paziente in pericolo di vita, mentre il 40% richiedono un trattamento⁶.

Gli errori di terapia farmacologica nelle unità di terapia intensiva/rianimazione possono mettere a rischio la salute dei pazienti ricoverati o provocarne il decesso¹.

Secondo la definizione proposta dal National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP), per errore di terapia farmacologica si intende ogni evento avverso, indesiderabile, non intenzionale, prevenibile che può causare o portare ad un uso inappropriato del farmaco o ad un pericolo per il paziente⁷. Tale episodio può essere dovuto ad errore di prescrizione, di trasmissione della prescrizione, etichettatura, confezionamento o denominazione, allestimento, dispensazione, distribuzione, somministrazione, educazione, monitoraggio ed uso⁷.

I danni iatrogeni correlati ad errori di terapia farmacologica sono considerati un "evento sentinella", ovvero un evento avverso di particolare gravità, rappresentando un indicatore della qualità delle cure erogate, che può causare gravi danni al paziente determinando anche una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Sistema Sanitario^{8,9}.

Sebbene gli errori possano verificarsi durante tutto il processo di gestione del farmaco e pertanto ai fini della prevenzione¹⁰ si deve prendere in considerazione l'intero sistema di gestione delle terapie, la letteratura riporta che la fase di somministrazione rappresenta il momento più critico del processo¹¹.

Gli eventi avversi possono verificarsi durante tutto il processo di gestione del farmaco: approvvigionamento, immagazzinamento, conservazione, prescrizione, preparazione, distribuzione, somministrazione, monitoraggio (Ministero della Salute, Raccomandazione n. 7, marzo 2008, per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica)⁸.

L'atto della somministrazione della terapia farmacologica rappresenta il 40% dell'attività clinico-assistenziale di un Infermiere¹².

Gli errori provocati dalla somministrazioni multiple di farmaci possono essere particolarmente comuni in terapia intensiva¹³. I pazienti critici ricevono quasi il doppio dei farmaci rispetto ai pazienti ricoverati in unità operative generali, e la maggior parte dei farmaci comportano calcoli per la somministrazione in bolo o in infusione continua^{14,15}.

Gli errori di terapia farmacologica che interessano gli infermieri e che possono accadere sono:

1. paziente sbagliato
2. farmaco sbagliato
3. dose sbagliata
4. frequenza di somministrazione sbagliata
5. via di somministrazione sbagliata
6. interazione nota
7. mancata documentazione di allergie
8. mancato controllo della documentazione di allergie
9. mancanza di informazioni cliniche.

In letteratura si evidenzia che sono 4 le variabili osservate considerate come fattori che possono influenzare gli errori di terapia farmacologica: conoscenze, attitudini, comportamenti e bisogni formativi. La letteratura ci dice che una conoscenza e formazione inadeguata degli infermieri sull'utilizzo dei farmaci endovenosi può essere segnalata come causa di errore¹⁶. Alcuni autori sono d'accordo che comportamenti professionali sbagliati (come ad esempio un lavaggio delle mani non corretto) possono essere la causa di errori di terapia farmacologica², così come le attitudini professionali che Leape considera l'approccio migliore per identificare gli errori¹⁷.

Allo stato attuale delle conoscenze non sono ancora disponibili dati certi riferiti agli errori di terapia farma-



cologica negli adulti ricoverati in terapia intensiva/rianimazione.

Pochi sono gli studi che correlano conoscenze, attitudini, comportamenti e bisogni formativi degli infermieri agli errori di somministrazione dei farmaci ev.

Dalla revisione della letteratura da noi effettuata e dai documenti reperiti non esistono strumenti in grado di valutare se conoscenze, attitudini, comportamenti e bisogni formativi degli infermieri che lavorano nelle terapie intensive/rianimazioni sull'utilizzo dei farmaci per via endovenosa nelle terapie intensive determinano un errore di terapia farmacologica.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

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

Obiettivi specifici

- Valutazione della tipologia di errori e corrispondenza con la letteratura di riferimento.
- Valutazione e attivazione di un percorso formativo per gli infermieri che lavorano in reparti di terapia intensiva per la riduzione degli errori nella preparazione e somministrazione di farmaci endovenosi.
- Valutazione dell'efficacia di poster ed opuscoli informativi, nelle stazioni di cura, riguardo la somministrazione dei farmaci EV, al fine di ridurre gli errori durante la fase di preparazione e somministrazione dei farmaci stessi.

Indicatori

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

Rilevanza

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

METODOLOGIA

Disegno dello studio

La survey è un metodo di ricerca empirica in cui si usa il questionario, in questo caso autosomministrato, per la rilevazione dei dati e i metodi statistici.

La presente survey è un utile strumento proprio per l'acquisizione di informazioni.

Lo studio prevede la somministrazione di un questionario agli infermieri che lavorano presso le terapie intensive/rianimazioni italiane di maggiore rilevanza nazionale; tale questionario è diviso in 7 sezioni (A-G). Nella sezione A sono contenute le informazioni anagrafiche del nostro campione; nella sezione B quelle riferite all'attività professionale, mentre nella sezione C si indaga sulle modalità di accesso all'aggiornamento bibliografico. Dalla sezione D alla sezione G si raccolgono informazioni riguardo le conoscenze, attitudini, comportamenti e bisogni formativi degli infermieri sull'utilizzo dei farmaci per via endovenosa nelle terapie intensive.

La ricerca si articola in 8 fasi:

- ❖ Fase 1: revisione sistematica della letteratura
- ❖ Fase 2: preparazione del questionario
- ❖ Fase 3: invio di notifica al Comitato etico
- ❖ Fase 4: coinvolgimento (somministrazione) di un numero limitato di infermieri per verificare la comprensibilità delle domande e delle risposte (fase pilota) presso 4/6 unità operative dei maggiori ospedali romani

- ❖ Fase 5: immissione dei dati raccolti in un data base appositamente costruito e validazione del questionario;
- ❖ Fase 6: pubblicazione del primo rapporto di ricerca;
- ❖ Fase 7: somministrazione estesa anche agli infermieri che lavorano presso le più rappresentative unità operative del nord Italia e del sud Italia ed elaborazione dei dati;
- ❖ Fase 8: pubblicazione del secondo rapporto di ricerca.

Il questionario è preceduto da una breve descrizione che spiega i dettagli e le finalità dello studio e garantisce ai partecipanti l'anonimato (consenso informato).

Il questionario è stato costruito *ad hoc*, sulla base della ricerca bibliografica e successiva revisione sistematica della letteratura, pertinente al quesito di ricerca, utilizzando domande volte ad individuare le caratteristiche demografiche (sezione A), professionali (sezione B), modalità di accesso all'aggiornamento bibliografico (sezione C), conoscenze sull'utilizzo dei farmaci per via endovenosa nelle terapie intensive dell'efficacia (sezione D), attitudini sull'utilizzo dei farmaci per via endovenosa nelle terapie intensive (sezione E), comportamenti sull'utilizzo dei farmaci per via endovenosa nelle terapie intensive (sezione F) e dei bisogni formativi sull'utilizzo dei farmaci per via endovenosa nelle terapie intensive (sezione G).

Il disegno dello studio è di tipo cross-sectional.

Campione

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

Strumenti

Strutturati: questionari validati statisticamente.

Identificazione delle strutture per proporre la partecipazione alla ricerca:

- Creare una mappa con evidenziati i criteri di esclusione / inclusione (nursing team – uso scheda di terapia – orari ...)
- Identificare le terapie intensive/rianimazioni che fungeranno da campione sperimentale e di controllo in ogni struttura

Convocazione dei dirigenti e referenti

- Presentazione ricerca ed eventuali modificazioni della stessa
- Descrizione degli strumenti di indagine
- Aspettative ipotizzate dall'effettuazione del progetto

Percorso informativo sulla gestione degli strumenti di ricerca ai partecipanti del progetto stesso da parte del team di coordinamento:

- Questionario strutturato e validato

Incontro informativo presso le u.o. partecipanti al progetto

- Informazione su questionari

Monitoraggio relativo alla compilazione dei questionari e griglie di osservazione ed eventuale rilevamento problemi

- Contattare ciclicamente le unità operative di terapia intensiva coinvolte nello studio per monitorare il buon andamento dei lavori e per evidenziare eventuali problemi e naturalmente cercare di risolverli.

Ritiro questionari, conteggio, decodificazione ed inserimento dati:

- Analisi dei dati

Elaborazione dati specifici per ogni UO e complessivi studio dati e formulazione ipotesi

- Strategie per il cambiamento ed il miglioramento degli eventi avversi legati alla preparazione e alla somministrazione dei farmaci E.V. in terapia intensiva

**RISULTATI
ATTESI**

Lo studio attraverso le risposte degli infermieri, si propone di evidenziare eventuali criticità nell'organizzazione ed eventuali carenze nelle conoscenze, attitudini e bisogni formativi sull'utilizzo dei farmaci per via endovenosa nelle terapie intensive/rianimazioni; tali informazioni si riveleranno fondamentali nella progettazione di possibili soluzioni al problema degli errori di somministrazione di farmaci EV nelle terapie intensive con danno dei pazienti non intenzionale.

L'analisi dei dati ci permetterà di evidenziare che esiste una correlazione tra conoscenze, attitudini e bisogni formativi sull'utilizzo dei farmaci per via endovenosa nelle terapie intensive e gli errori di terapia farmacologica. Conoscere gli errori e le correlazioni ci permetterà di finalizzare gli interventi per ridurli.

Un altro risultato atteso è valutare il grado di accordo da parte del personale infermieristico nel dare importanza alla segnalazione dell'errore come occasione per il miglioramento dell'assistenza.

PIANIFICAZIONE

FASI	RISORSE NECESSARIE	RESP	DURATA
1. Preparazione 1.1. Approvazione dell'ipotesi di ricerca 1.2. Costituzione del gruppo di lavoro 1.3. Revisione bibliografica 1.4. Elaborazione del progetto dettagliato di ricerca	XX gg stagista	Gruppo di progetto	Febbraio - Dicembre 2014
2. Identificazione del metodo/ strumento 2.1. Elaborazione di un questionario 2.2. Presentazione del Progetto di ricerca ai Dirigenti dell'Area Infermieristica 2.3. Raccolta delle adesioni di partecipazione al progetto 2.4. Mappatura delle strutture oggetto dello studio 2.5. Elaborazione data base ed analisi strumento	XX gg statistico XX gg stagista	Gruppo di progetto	Gennaio - Dicembre 2015
3. Attuazione 3.1. Individuazione delle unità operative aderenti al progetto 3.2. Stampa dei questionari 3.3. Avvio dello studio pilota per la validazione del questionario 3.5. Raccolta dei questionari e immissione dati in data base 3.6. Somministrazione estesa anche agli infermieri che lavorano presso le più rappresentative unità operative del nord Italia e del sud Italia ed elaborazione dei dati 3.7. Monitoraggio e verifica del processo 3.8. Elaborazione dei dati	Materiale di progetto XX gg stagista Evento formativo	Gruppo di progetto	Gennaio - Dicembre 2016
4. Validazione e pubblicazione 4.1. Analisi dei dati raccolti, interpretazione dei risultati ottenuti e stesura del rapporto finale 4.2. Consensus Conference con le Aziende che hanno aderito al Progetto di ricerca 4.3. Pubblicazione del rapporto di ricerca 4.4. Realizzazione di un evento per la presentazione dei risultati della ricerca	XX gg stagista Editing Evento	Gruppo di progetto	Gennaio - Giugno 2017

DIAGRAMMA GANTT

MESE	Gen 14	Feb 14	Mar 15	Apr 15								
FASE 1												
MESE	Mag 14	Giu 14										
FASE 2												
MESE	Lug 14											
FASE 3												
MESE	Set 14	Ott 14	Nov 14	Dic 14								
FASE 4												
MESE	Gen 15	Feb 15	Mar 15	Apr 15								
FASE 5												
MESE	Mag 15											
FASE 6												
MESE	Giu 15	Lug 15	Set 15	Ott 15	Nov 15	Dic 15						
FASE 7												
MESE	Gen 16	Feb 16	Mar 16	Apr 16	Mag 16	Giu 16	Lug 16	Set 16	Ott 16	Nov 16	Dic 16	
FASE 7												
MESE	Gen 17	Feb 17	Mar 17	Apr 17								
FASE 8												

BIBLIOGRAFIA

- Frith KH. Medication errors in the intensive care unit: literature review using the SEIPS model. *AACN Adv Crit Care*. 2013;24(4):389-404.
- Dennison RD. A medication safety education program to reduce the risk of harm caused by medication errors. *J Contin Educ Nurs*. 2007;38(4):176-184.
- Alvaro R, Bagnasco A, Del Negro L, Lancia L, Rubbi I, Sasso L et al. La sicurezza nella somministrazione della terapia farmacologica: una revisione narrativa della letteratura. *L'Infermiere* 2009;53(3):22-26.
- Kiekkas P, Karga M, Lemonidou C, Aretha D, Karanikolas M. Medication errors in critically ill adults: a review of direct observation evidence. *Am J Crit Care*. 2011;20(1):36-44.
- Moyen E, Camiré E, Stelfox HT. Clinical review: medication errors in critical care. *Crit Care* 2008;12(2):208.
- Rothschild JM, Landrigan CP, Cronin JW, Kaushal R, Lockley SW, Burdick E, Stone PH, Lilly CM, Katz JT, Czeisler CA, Bates DW. The Critical Care Safety Study: The incidence and nature of adverse events and serious medical errors in intensive care. *Crit Care Med* 2005;33(8):1694-1700.
- National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention – NCCPMERP disponibile presso: www.nccmerp.org (data ultimo accesso: 31-05-2014).
- Ministero della Salute. Dipartimento della qualità Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema - ufficio III. Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologia. Raccomandazione n. 7, Marzo 2008.
- Ministero della Salute. Dipartimento della qualità, Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema ufficio III. Risk management in Sanità. Il problema degli errori. Commissione Tecnica sul Rischio Clinico D.M. 5 marzo 2003.
- Cullen DJ, Sweitzer BJ, Bates DW, Burdick E, Edmondson A, Leape LL. Preventable adverse drug events in hospitalized patients: a comparative study of intensive care and general care units. *Crit Care Med* 1997;25(8):1289-1297.
- Krahenbuhl-Melcher A, Schlienger R, Lampert M, Haschke M, Drewe J, Krahenbuhl S. Drug-related problems in hospitals: a review of the recent literature. *Drug Saf* 2007;30(5):379-407.



12. Armitage G, Knapman H. Adverse events in drug administration: a literature review. *J Nurs Manag* 2003;11(2):130-140.
13. van den Bemt PM, Fijn R, van der Voort PH, Gossen AA, Egberts TC, Brouwers JR. Frequency and determinants of drug administration errors in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2002;30(4):846-850.
14. Hussain E, Kao E. Medication safety and transfusion errors in the ICU and beyond. *Crit Care Clin* 2005;21(1):91-110.
15. Jones SW. Reducing medication administration errors in nursing practice. *Nurs Stand* 2009;23(50):40-46.
16. Abbasinazari M, Zareh-Toranposhti S, Hassani A, Sistanizad M, Azizian H, Panahi Y. The effect of information provision on reduction of errors in intravenous drug preparation and administration by nurses in ICU and surgical wards. *Acta Med Iran* 2012;50(11):771-777.
17. Leape LL. Error in medicine. *JAMA*. 272(23):1851-1857. doi:10.1001/jama.1994.03520230061039



POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

VALIDAZIONE ITALIANA DEL QUESTIONARIO (SYSQ)

COORDINATORE PROGETTO
C. Uras

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD.2.14.3

TITOLO PROGETTO

Studio di validazione della versione Italiana del Questionario Systemic Sclerosis (SySQ)

Validation study of the Italian version of the Systemic Sclerosis Questionnaire (SySQ)

ABSTRACT

La sclerodermia è una malattia cronica multi sistemica che colpisce il tessuto connettivo. In Italia non esiste uno strumento specifico di valutazione delle disabilità associate a tale patologia.

Si intende validare in lingua italiana il Systemic Sclerosis Questionnaire (SySQ) –lingua originale/tedesco-, per la valutazione di tali disabilità al fine di utilizzarlo in pazienti affetti da sclerodermia cutanea, sia ricoverati sia afferenti al Day Hospital.

Per la validazione verrà seguita la procedura internazionalmente riconosciuta.

Nei medesimi pazienti e contemporaneamente al SySQ saranno utilizzati anche strumenti per la determinazione della Qualità di Vita (Skindex-17) e per la valutazione della severità della patologia.

In tre mesi si recluteranno 115 pazienti, consecutivi, afferenti all'IDI IRCCS. In un sottogruppo saranno effettuate due valutazioni per saggiare la riproducibilità del questionario. Si valuteranno le differenti tipologie di sclerodermia, si ricercheranno differenze di genere e correlazioni con la QoL e con la severità.

ABSTRACT

Scleroderma is a multi-systemic chronic disease that alters the connective tissue. In Italy there is no specific tool that measures impairments associated with this pathology.

The purpose was to validate the Italian version of the Systemic Sclerosis Questionnaire (SySQ) – the original language was German – to assess such impairments and use it in patients affected by scleroderma, both as inpatients and outpatients.

For its validation, the internationally recognised procedure will be used.

In the same patients and contemporaneously with SySQ, we shall also use tools to determine their Quality of Life (Skindex-17) and assess the level of seriousness of the disease.

In three months, 115 patients presenting at the IDI-IRCCS hospital will be consecutively enrolled. In a subgroup, two evaluations will be performed to test the reproducibility of the questionnaire. Various types of scleroderma will be studied, and gender differences and correlations with QoL and severity will be investigated.

BACKGROUND

Il protocollo è stato elaborato seguendo, per quanto di pertinenza, le indicazioni riportate al capitolo 6 dell'allegato 1 (Linee guida per la buona pratica clinica) al DM 15 luglio 1997. La ricerca sarà condotta in ottemperanza al protocollo.

La sclerodermia (SSc) è una malattia cronica multi-sistemica che colpisce il tessuto connettivo, con conseguente indurimento della pelle, interessamento degli organi interni, compromissione del sistema muscolo-scheletrico e del microcircolo[1]. Secondo il grado di coinvolgimento prossimale o distale della cute ed interessamento degli organi interni, la SSc è classificata rispettivamente come diffusa cutanea (dcSSc) o limitata cutanea (lcSSc) [2] o senza interessamento cutaneo [3]. La sintomatologia varia a seconda della classificazione e dell'organo colpito. L'etiologia è sconosciuta, ma sembrerebbero coinvolti fattori genetici e ambientali [4].

Studi epidemiologici hanno rilevato un'incidenza annuale della sclerodermia tra 0.6 e 19/100.000 ed una prevalenza compresa tra 5 e 30/100.000 [5-10]. La prevalenza in Italia viene riportata, con dati contrastanti da circa 10 casi per milione [11] a 10.000 per milione [12].



La SSc è associata a peggioramento della qualità della vita (QoL), depressione [13,14] e disabilità [13,15,16]. Quest'ultima è stata misurata spesso con l'Health Assessment Questionnaire (HAQ) [17], strumento generico non esauriente per misurare le limitazioni funzionali nei soggetti con SSc. A tal fine è stato validato, nel 1999 in Germania, il Systemic Sclerosis Questionnaire (SySQ) [18] che utilizza la tassonomia della disabilità di Nagi [19]. In Italia non esiste uno strumento in grado di misurare la disabilità nei pazienti con SSc sia in termini discriminativi (i.e., in modo da distinguere "trasversalmente" differenze tra persone con diversi livelli di disabilità), sia in termini valutativi (i.e., in modo da misurare "longitudinalmente" differenze in una persona a mano a mano che la sua malattia evolve e viene modificata dai trattamenti in corso).

Tale strumento potrebbe essere utile all'assistenza sia medica, per lo screening e l'individuazione dei problemi su cui focalizzare gli approfondimenti diagnostici e valutare l'evoluzione della patologia, sia infermieristica, per misurare i problemi derivanti dall'handicap e introdurre opportuni interventi al fine di orientare il paziente all'educazione e all'autogestione di alcuni aspetti della patologia.

Obiettivo dello studio è validare la versione Italiana del SySQ e valutarne l'affidabilità sia nelle due differenti forme cliniche e nei differenti sessi.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi principali:

- Validare la versione in lingua italiana il **Systemic Sclerosis Questionnaire (SySQ)** per la misurazione della disabilità delle persone con Sclerodermia, attualmente ancora non disponibile in Italia;
- Valutare se esistano differenze di disabilità per i diversi tipi di SSc (ad esempio, Localizzata e Diffusa);
- Fornire ai medici ed infermieri un valido strumento per individuare problemi di disabilità nei soggetti con sclerodermia.

Obiettivi secondari:

- *Valutare la riproducibilità e la validità di criterio.*
- Valutare il grado di correlazione tra il punteggio del questionario SySQ con lo Skindex-17.
- Porre le basi per una misurazione "longitudinale" della QoL nei pazienti sclerodermici, indispensabile per valutare i cambiamenti di QoL nel tempo (storia naturale della malattia /interventi terapeutici).
- Individuare condizioni di disabilità fisiche determinate dalla patologia con conseguente possibilità di intervenire con un approccio educativo/terapeutico.

Fornire alle Associazioni dei pazienti, agli Istituti che si occupano di diagnosi e cura della sclerodermia, nonché agli organi istituzionali preposti alla pianificazione e al controllo delle attività all'interno del SSN (Ministero della Salute, Regione), una valutazione puntuale della disabilità nella SSc.

METODOLOGIA

Disegno dello studio

Lo studio è disegnato come studio prospettico "concurrent" (ovvero, come studio di coorte prospettica), con una componente trasversale al baseline.

La discussione trasversale è necessaria per testare le proprietà discriminative del SySQ. La componente prospettica comprenderà un ulteriore punto di osservazione a distanza di 15 giorni dal basale per la valutazione della riproducibilità (reliability) del SySQ.

Popolazione

Soggetti affetti da SSc afferenti alle Unità Cliniche dell'IDI IRCCS (Roma)

Criteri d'inclusione e d'esclusione

Verranno inclusi nello studio tutti i pazienti consecutivi con Sclerodermia ricoverati sia nei reparti di degenza sia nel Day Hospital Dermatologico e che rispondano ai criteri di classificazione di diagnosi dell'American College of Rheumatology (ACR) [20] e di LeRoy [21] e inoltre che abbiano:

- maggiore età (≥ 18 aa)
- capacità di leggere e capire la lingua italiana
- capacità di capire le modalità e le finalità dello studio, e decidere liberamente di partecipare firmando il consenso informato.

Intervento

I pazienti saranno reclutati durante il ricovero nei singoli reparti dermatologici e DH dermatologico che partecipano al progetto.

A ogni paziente verranno consegnati i questionari (SySQ, Skindex-17, PGA e una scheda anagrafica), il consenso informato. L'infermiere che somministrerà i questionari dovrà essere sempre lo stesso, e dovrà

inoltre raccogliere le informazioni riportate nella scheda anagrafica:

- reparto codice individuale paziente;
- data della somministrazione del questionario;
- anni dalla patologia;
- sesso;
- età;
- livello di istruzione;
- residenza;
- pressione arteriosa e frequenza cardiaca;
- peso e altezza del paziente [sia il peso e altezza riferiti dal paziente che quelli effettivamente misurati al momento della visita];
- trattamento sistemico e tempi di somministrazione (giorni, ore);
- valutazione del cavo arale;
- misurazione in cm dell'apertura della bocca in presenza di microcheilia;
- presenza di lesioni agli arti superiori ed inferiori;
- altre patologie.

La somministrazione degli strumenti dello studio avverrà 2 volte:

Tempo 0. I pazienti potenzialmente arruolabili, contattati dall'infermiere, vengono intervistati, si procede alla verifica dei criteri di inclusione/esclusione, all'informazione, all'acquisizione del consenso informato. Una volta ottenuto il consenso informato si procede alla raccolta dei dati sopra elencati e alla somministrazione dei questionari. Eventuali dubbi del paziente riguardo i quesiti, sono chiariti in questa sede.

Tempo 1. A distanza di 15 giorni si prevede la ri-somministrazione dei questionari. Il questionario viene somministrato dal medesimo infermiere per non influenzare la test-retest reliability.

Strumenti

Questionari:

Il SySQ [18] è un questionario autosomministrato che valuta la disabilità funzionale, il coinvolgimento degli organi e le condizioni generali nella SSc. Presenta 32 item (punteggio da 0 a 3 e punteggio totale da 0 a 96). Sono raffigurate 12 scale e 4 categorie. Scala 1: Dolore (2 item: 1,2), scale 2: Contrattura (3 item: 3,4,5), scala 3: Freddo (3 items: 6,7,8), scale 4: Funzioni complesse (4 items: 9,10,11,12), scale 5: Forza delle mani (3 item: 13,14,15), scala 6: Sollevarsi (2 items: 16,17), scale 7: Camminare (2 item: 18,19), scala 8: Respiro corto (3 item: 20,21,22), scala 9: Sintomi delle vie aeree superiori (3 item: 23,24,25), scale 10: Mangiare (2 item: 26,27), scala 11: Ingoiare (3 item: 28,29,30), scala 12: Bruciori/rigurgiti (2 item: 31,32).

Le modalità di risposta sono: "mai"=0, "a volte"=1, "spesso"=2, "sempre"=3 (per le domande 1,6,14,15,28-31); "per nulla"=0, "poco"=1, "molto"=2, "moltissimo"=3 (per le domande 2-5-7,8,20-25); "senza difficoltà"=0, "con poca difficoltà"=1, "con molta difficoltà"=2 e "non in grado di farlo"=3 (per le domande 9-13, 16-19, 26,27).

Le scale poi possono essere raggruppate in 4 categorie: 1) Sintomi generali (scale: dalla 1° alla 3°), 2) Sintomi muscolo scheletrici (scale: dalla 4[^] alla 7[^]), 3) Sintomi cardiopolmonari (scale: 8[^] e 9[^]) e 4) Sintomi gastrointestinali alti (scale: dalla 10[^] alla 12[^]) [17].

Il punteggio totale è dato dalla somma di tutti gli item.

Un punteggio più alto indica maggiore disabilità.

Lo *Skindex-17* [22] è uno strumento specifico per la valutazione della QoL nelle patologie con interessamento cutaneo. Consta di 17 domande con tre possibili risposte: mai, raramente, spesso/ sempre. Dai singoli item si calcolano due punteggi di scala finali, uno per i sintomi e uno per gli aspetti psicosociali.

Un punteggio più alto indica una peggiore QoL.

La valutazione oggettiva della severità della patologia è stata effettuata da un sanitario con il *Physician's Global Assessment (PGA)* [23] consistente in una domanda sulla severità e con 5 possibili risposte: molto lieve=0, lieve=1, moderata=2, severa=3, molto severa=4

Traduzione del questionario

Il gruppo di ricerca ha prodotto una traduzione – e una verifica della stessa – secondo le linee guida tracciate nelle pubblicazioni [24,25]:



Obiettivo della validazione linguistica

Lo scopo della validazione linguistica di un questionario, originariamente sviluppato in un dato linguaggio è di produrre una versione tradotta in un'altra lingua e che tale versione sia concettualmente equivalente all'originale, mantenendone in particolare la chiarezza e la facilità di comprensione.

La validazione linguistica di un questionario consiste in tre stadi:

- traduzione nella "lingua bersaglio" [forward translation]
- ri-traduzione della prima traduzione nella "lingua fonte" [back-translation]
- test "pilota" della versione su un numero limitato di pazienti con la condizione d'interesse

Fase 1: Forward translation

Produzione di una versione "pooled", da parte dei due traduttori e degli altri ricercatori coinvolti nel progetto. Nel nostro caso, le prime stesure delle due versioni indipendenti, prodotte da un dermatologo e da un epidemiologo, sono state sottoposte al gruppo dei ricercatori che le hanno discusse in dettaglio, item per item. La scelta della versione (definitiva concordata) pooled, per ciascun item, è avvenuta sulla base del consenso o in caso di disaccordi residui, a maggioranza.

Fase 2: Back-translation

- Due traduttori indipendenti, che siano madrelingua nella "lingua fonte" e bilingui per quanto riguarda la "lingua bersaglio", ritraducono nella lingua originale la versione del questionario prodotta nella Fase 1. I traduttori non devono avere accesso alla versione originale del questionario.
- Produzione di una versione "pooled", da parte dei due traduttori e degli altri ricercatori coinvolti nel progetto.
- Confronto della versione originale con la back-translation

Eventuali pecche della versione ottenuta nella Fase 1, e messe in evidenza dalla back-translation vengono corrette. Se le modifiche sono sostanziali, può rendersi necessaria una seconda back-translation.

Fase 3: Test "pilota" sui pazienti

- Questa fase ha lo scopo di verificare "sul campo" se il questionario tradotto è comprensibile e accettabile nello stesso modo in cui lo è il questionario originale, e se il linguaggio usato è appropriato per i pazienti a cui si rivolge.
- La versione ottenuta dopo la Fase 2 andrà testata su un gruppo di almeno cinque pazienti (nel nostro caso con Sclerodermia). I pazienti dovranno tutti essere madrelingua nella "lingua bersaglio".
- Il test di comprensione va eseguito attraverso un colloquio faccia-a-faccia con il paziente, durante il quale l'intervistatore chiede al paziente, per ciascun item, se ha avuto qualche difficoltà nel capire la domanda, e verifica l'interpretazione che il paziente dà della domanda. In caso vi siano problemi di comprensione, l'intervistatore potrà proporre al paziente soluzioni alternative (se ne ha) o chiedere al paziente come si esprimerebbe lui rispetto al problema in questione.

In caso di problemi rilevanti e costanti si dovrà considerare l'opportunità di apportare modifiche alla versione sottoposta a test. Dopo di che la versione ottenuta viene considerata definitiva.

Metodi statistici

Le misure continue derivate dai questionari saranno riassunte con la media e la deviazione standard o, nei casi in cui ciò sia più appropriato, dalla mediana e dal range interquartile.

Verrà esplorata la struttura fattoriale della versione italiana del SysQ, valutando inoltre la consistenza interna delle sottoscale che lo compongono tramite il calcolo delle correlazioni item-totale e del coefficiente alfa di Cronbach.

Per la test-retest reliability [26] verrà testata domanda per domanda sui questionari somministrati al T0 e al T1 utilizzando i coefficienti di correlazione non parametrica di Pearson. Inoltre la riproducibilità del punteggio totale e di scala verrà testata utilizzando i coefficienti di correlazione intraclassa (CCI) del software statistico STATA. Il CCI è l'equivalente della Kappa di Cohen per le misure continue e ha il vantaggio, rispetto ai coefficienti di Pearson o di Spearman, di essere una vera misura di accordo in quanto combina informazioni sia sulla correlazione e sulle differenze sistematiche tra le misurazioni. Le analisi verranno condotte utilizzando il pacchetto statistico Stata 11.

Stima del campione

Non vi sono criteri generali accettati per la determinazione delle dimensioni di un campione necessario alla validazione di un questionario "patient-centered". Una regola pratica che si trova citata sia in manuali di psicometria [27] che in articoli che valutano la qualità degli studi di validazione richiede l'arruolamento circa 4 pazienti per ogni item del questionario.

Nello studio di validazione precedentemente citato [18], gli autori hanno arruolato 61 pazienti.

Per il nostro studio, assumendo una perdita al follow-up (i.e., 20%), il campione finale disponibile per l'analisi si attesta su circa 115 pazienti.

Si è ritenuto fattibile stabilire in tre mesi la durata del periodo di arruolamento.

Caratteristiche organizzative

I pazienti verranno arruolati al momento del ricovero. I questionari saranno consegnati, illustrati e ritirati nelle stanze di degenza lo stesso giorno del ricovero. L'immissione dei dati nel database avverrà in contemporanea con il ritiro.

Fattibilità

Nei mesi che vanno da ottobre a giugno si ricoverano mensilmente presso il nostro Istituto, circa 90 pazienti sclerodermici. Si stima di reclutare circa 115 pazienti nell'arco di 3 mesi.

È necessaria la disponibilità del personale infermieristico

Tempi

Lo studio avrà la durata di 6 mesi.

Tre mesi per il primo reclutamento più due settimane per il re-test degli ultimi pazienti arruolati

Si prevedono due somministrazioni al T0 e al T1 a distanza di 15 giorni.

Controllo di pulizia dei dati, data entry, analisi dei dati: due mesi.

Stesura del rapporto finale: due settimane

Gestione dei dati

I questionari verranno esaminati individualmente per verificarne la completezza e quindi la possibilità di essere inseriti nell'analisi. A ciascuno di essi verrà assegnato un codice numerico progressivo disgiunto da qualsiasi altro codice possa essere disponibile nell'Istituto (e.g., numero progressivo visita ambulatoriale, codice fiscale, ecc.), con l'unico scopo di rendere possibile il linkage tra supporto cartaceo e supporto elettronico, essenziale per la verifica di qualità e l'individuazione di eventuali errori di "data entry".

I dati cartacei, anonimi dall'origine, saranno trasferiti su supporto elettronico in un unico database dedicato (Microsoft Access o Excel).

Nel SySQ, come per gli altri questionari, i punteggi di eventuali mancate risposte (sempre che non costituiscano più del 25% delle risposte totali) verranno "imputed" sulla base della media dei punteggi assegnati ad altre domande che appartengono allo stesso sottoinsieme.

Accesso e riservatezza dati

L'accesso ai dati/documenti originali è riservato ai ricercatori del gruppo di studio, con l'eventuale eccezione di rappresentanti del Comitato Etico dell'Istituto che ritenga opportuno verificare la congruenza dei dati e documenti con il protocollo di ricerca.

Inoltre, a volte le riviste scientifiche si riservano di chiedere i dati originali per verificare l'appropriatezza delle analisi effettuate. Per quanto questa eventualità sia rara, in caso di tale richiesta da parte di una rivista, noi forniremo i dati alla rivista stessa.

I questionari e i file di dati, anonimi, verranno trattati secondo le norme vigenti, e sono ovviamente coperti da segreto professionale e segreto d'ufficio.

I dati individuali originali non saranno in alcun modo diffusi.

I rapporti, le comunicazioni a congressi e gli articoli scientifici che deriveranno dalla ricerca presenteranno risultati esclusivamente in forma di dati aggregati

Conservazione degli archivi dei dati e della documentazione

Gli archivi dei dati e la documentazione cartacea relativa allo studio (e.g., moduli di consenso informato, questionari raccolti, ecc.) verranno conservati per almeno cinque anni dalla data di chiusura della raccolta dati



Aspetti etici

Il progetto verrà sottoposto al Comitato Etico dell'IDI-IRCCS.

Le persone che parteciperanno allo studio non godranno alcun beneficio diretto personale a parte forse la rassicurazione derivante dal fatto che l'Istituto IDI mostri di studiare modi per arrivare a un miglioramento della qualità dell'assistenza.

La ricerca intende provare che

- lo strumento misura effettivamente il fenomeno che si intende misurare (i.e., la disabilità nella sclerodermia e il suo impatto sulla qualità della vita);
- l'eventuale implementazione della misurazione della qualità della vita e del disabilità nella Sclerodermia sia sostenibile logisticamente e finanziariamente e utilizzabile nella pratica clinica.

RISULTATI ATTESI

La validazione della versione in lingua italiana della Systemic Sclerosis Questionnaire (SySQ) per la misurazione della disabilità delle persone con Sclerodermia, attualmente ancora non disponibile in Italia permetterà di osservare eventuali differenze di disabilità per i diversi tipi di SSc (ad esempio, localizzata e diffusa). I rapporti e gli articoli scientifici saranno redatti in prima stesura dal gruppo di scrittura, composto dai ricercatori proponenti il protocollo. I criteri per la "authorship" saranno quelli stabiliti dagli Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals [28].

Resta inteso che verrà riconosciuta la partecipazione allo studio di tutti coloro che effettivamente collaboreranno, inserendoli in tutti i rapporti e lavori scientifici, sia in inglese che in italiano.

PIANIFICAZIONE

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
1	Costituzione Team Progetto ed elaborazione progetto	Infermieri, Coordinatori sanitari, Statistico, Epidemiologo e Medico	15 giorni
2	Sottomissione e approvazione al Comitato del Centro di Eccellenza IPASVI-Roma	Comitato Centro di Eccellenza IPASVI Roma	15 giorni
3	Sottomissione e approvazione al Comitato Etico IDI-IRCCS- Roma	Comitato Etico IDI-IRCCS	15 giorni
4	Traduzione del SySQ e Back-translation	2 professionisti sanitari	15 giorni
5	Reclutamento pazienti e somministrazione questionari al T0 e T1	3 Infermieri	3,5 mesi
6	Raccolta e immissione dati, controllo di pulizia dei dati, data entry, analisi dei dati Raccolta e immissione dati	Infermieri, Statistico	2 mesi
7	Stesura report	Team di progetto	15 giorni
8	Pubblicazione finale	Team di progetto	15 giorni

DIAGRAMMA GANTT

	2014	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio
Attività'								
1. Costituzione Team Progetto ed elaborazione dello stesso								



15. Poole J.L., Steen V.D. The use of the health assessment questionnaire (HAQ) to determine physical disability in systemic sclerosis. *Arthritis Care Res* 1991; 4:27–31.
16. Lawrence E., Pope J., Al Zahraly Z., et al. The relationship between changes in self-reported disability (measured by the Health Assessment Questionnaire – HAQ) in scleroderma and improvement of disease status in clinical practice. *Clin Exp Rheumatol* 2009; 27:32-7.
17. Steen V.D., Medsger T.A. Jr. The value of the Health Assessment Questionnaire and special patient-generated scales to demonstrate change in systemic sclerosis patients over time. *Arthritis Rheum* 1997; 40:1984–91.
18. Ruof J., Bruhlmann P., Michel B. A., Stuckil G. Development and validation of a self-administered systemic sclerosis questionnaire (SySQ) *Rheumatology* 1999; 38:535–542.
19. Nagi S.Z. Disability concepts revisited: implications for prevention. In Pope AM, Tarlov AR, eds. *Disability America. Toward a national agenda for prevention*. Washington, DC: National Academy Press 1991:309–27.
20. Preliminary criteria for the classification of systemic sclerosis (scleroderma). Subcommittee for Scleroderma Criteria of the American Rheumatism Association Diagnostic and Therapeutic Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1980; 23:581-90.
21. LeRoy E.C., Medsger T.A. Jr. Criteria for the classification of early systemic sclerosis. *J Rheumatol* 2001;28:1573-6.
22. Nijsten T.E., Sampogna F., Chren M.M., Abeni D. Testing and reducing skindex-29 using Rash analysis: Skindex-17 *J invest Dermatol* 2006; 126:1244-50.
23. Sampogna F., Picardi A., Chren M.M. et al. Association between poorer quality of life and psychiatric morbidity in patients with different dermatological condition. *Psychosom Med* 2004 ; 66 :620-4.
24. Guillemin F., Bombardier C., Beaton D E. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol* 1993 ; 46 :1417-1432.
25. Beaton D.E., Bombardier C., Guillemin F., et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000 15;25:3186-91.
26. Deyo R.A., Diehr P., Patrick D.L. Reproducibility and responsiveness of health status measures: Statistics and strategies for evaluation. *Control Clin Trials* 1991;12:142S-158S.
27. de Vet H.C., Adèr H.J., Terwee C.B., et al. Are factor analytical techniques used appropriately in the validation of health status questionnaires? A systematic review on the quality of factor analysis of the SF-36. *Qual Life Res*. 2005;14:1203-1218.
28. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *JAMA*. 1997; 277:927-934.



POLO PER LA FORMAZIONE

TITOLO SINTETICO

CORSO DI INGLESE SCIENTIFICO

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

RESP. DEL POLO
M.G. Proietti

COD.3.14.1

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

ABSTRACT

La pratica clinica potrebbe essere enormemente migliorata se l'infermiere avesse le piene competenze per comunicare in altre lingue in un mondo sempre più complesso, interconnesso e globalizzato dove la professione infermieristica nei contesti dinamici e instabili che caratterizzano la post-modernità si contraddistingue per mutamenti profondi e sostanziali che concernono sia il contributo epistemologico e fattuale specifico all'interno dei sistemi sanitari, sia la relazione con il cittadino [1, 2].

L'avvento della "*società complessa*", in altre parole plurale, dismorfica, asimmetrica, non lineare, dinamica, multidimensionale, il suo irrompere in forme, modelli e tendenze che la fanno somigliare spesso ad un'immensa rete di significati, pone la necessità della riflessione e del confronto per riformulare le scelte dell'operatore sanitario, per riposizionare l'infermiere e le sue competenze all'interno delle organizzazioni sanitarie. La società plurale, caratterizzata dal superamento delle visioni *unilineari* dell'esistenza, dal superamento della frammentarietà dei singoli saperi, dall'approccio interdisciplinare alla soluzione dei problemi, dal profondo cambiamento dell'esperienza del tempo e dello spazio per tutti gli abitanti del nostro pianeta, dall'aumento vertiginoso delle comunicazioni con la crescita delle reti digitali, dall'interdipendenza economica sempre più accentuata e dal rimodellamento continuo delle identità personali e collettive, oltre a cambiare senza soluzione di continuità, produce nuove identità, sempre in divenire, anche in relazione alle maggiori possibilità di contatto con le diversità portate da individui provenienti da tutto il mondo. Questa situazione impone al professionista infermiere di sviluppare nuove competenze linguistiche per rispondere ai bisogni di assistenza infermieristica della persona e per lavorare a fianco di colleghi provenienti da molti paesi diversi [3]. Il nostro mondo simultaneo frutto della rivoluzione informatica, e dell'interdipendenza dei paesi poveri da quelli opulenti occidentali ha proiettato le persone portatrici di culture "*altre*" al nostro fianco.

Inoltre, in ambito sanitario oggi più che mai, conoscere l'inglese significa avere accesso al patrimonio immenso della letteratura scientifica internazionale e a tutta una serie di informazioni preziose ed eventi formativi all'estero, che spesso sono preclusi proprio perché espresse in una lingua che si padroneggia in modo insufficiente.

Questi corsi di inglese scientifico (4) di base – pre-intermedio – intermedio – avanzato, dedicati agli infermieri nascono dall'esigenza di superare l'ostacolo della lingua inglese per poter effettuare un'assistenza culturalmente e linguisticamente attenta ai bisogni complessi dell'altro.

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 epistemological and factual aspects of the health systems, and on the relationship with the citizens^{1,2}.

With the advent of the so-called '*complex society*' (i.e. a pluralistic, dysmorphic, asymmetrical, non-linear, dynamic, and multidimensional society), swarming with forms, models and tendencies that make it resemble to an enormous network of meanings, calls for reflection and exchange to reformulate the choices of the health workers, thus repositioning nurses and their competences within the health-



care 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.

BACKGROUND

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

- a) la **sinergia tra ricerca e cultura** fornisce l'energia necessaria a sostenere le attività del Centro di Eccellenza. La prospettiva di un approccio scientifico configura per gli infermieri l'opportunità di acquisire le conoscenze e le abilità che li renderanno protagonisti di progetti finalizzati a trovare soluzioni nuove ai problemi assistenziali e a realizzare nuove scoperte. D'altra parte la crescita culturale sostiene e motiva alla ricerca dell'eccellenza. Secondo i principi che ispirano il Centro di Eccellenza, come in un circolo virtuoso, la costruzione di una nuova cultura infermieristica apre la strada ad attività significative, che a loro volta danno significato al *nursing*.
- b) La "**conoscenza scientifica**" rappresenta l'obiettivo del Centro di Eccellenza, in linea con l'orientamento internazionale alla ricerca e alla cultura del *nursing* del 21° Secolo. Il modello di *Scholarship* di Boyer consente di definire lo scopo del Centro di Eccellenza e il concetto di cultura infermieristica basata sulla conoscenza e sulla ricerca, finalizzata a formare i futuri cultori del *nursing* in Italia.

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

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

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

Obiettivi specifici

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

Indicatori

- numero di partecipanti a ciascuna edizione del corso: 25 (minimo 20)
- frequenza media alle lezioni: 100% (minimo 70%)
- produzione di un resoconto per ogni edizione: 12

METODOLOGIA

Disegno dello studio

Ampia accessibilità: 12 edizioni nel 2014 (sui 4 livelli)

Accreditamento ECM

Minimo contributo economico da parte partecipanti (120 Euro) per la partecipazione ad ogni livello. Sede

del corso di formazione: Collegio IPASVI di Roma.

Requisiti richiesti dal committente

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

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

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

**RISULTATI
ATTESI**

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

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

PIANIFICAZIONE

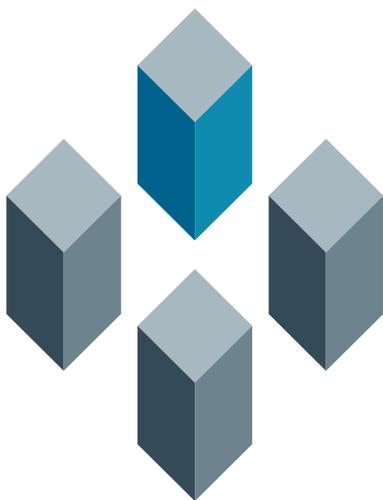
DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
0	Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Consiglio Direttivo	gennaio 2014
1	Accreditamento ECM	Comitato Scientifico	gennaio 2014
2	Realizzazione delle 12 edizioni del corso	Comitato scientifico, docenti	febbraio - dicembre 2014
3	Report dei corsi effettuati e delle certificazioni dei crediti ECM	Comitato Scientifico	dicembre 2014

DIAGRAMMA DI GANTT

	gen-mar 2014	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic 2014
Fase 0										
Fase 1										
Fase 2										
Fase 3										

BIBLIOGRAFIA

1. Cipolla C. (2003). Introduzione. Verso il Nursing Care. In Cipolla C., Artioli G. (a cura di), La professionalità del care infermieristico. Franco Angeli: Milano, p. 9-40.
2. Malaguti A., Parini B., Roberts (2006). English for nurses and healthcare providers. Ambrosiana, Milano.
3. Aleo G., Sasso L. (2010). Pubblicare nella letteratura scientifica internazionale. McGraw-Hill: Milano.



POLO PER LA FORMAZIONE

TITOLO SINTETICO

CORSO DI FONETICA E CONVERSAZIONE

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

RESP. DEL POLO
M.G. Proietti

COD.3.14.2

TITOLO PROGETTO

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

ABSTRACT

La ricerca infermieristica potrebbe avere un grande impulso con questo corso preparato specificatamente per formare professionisti infermieri in grado di conversare in inglese con i pazienti e gli altri professionisti sanitari. Per fare ciò bisogna possedere le competenze per utilizzare un linguaggio tecnico scientifico in lingua anglosassone che possa far reperire le migliori risorse per quello specifico atto assistenziale.

Questo corso orienta il professionista infermiere a sviluppare nuove competenze linguistiche per rispondere ai bisogni di corretta espressione in lingua anglosassone, sempre più diffusa nel mondo, ma anche per rispondere esaurientemente ai numerosi bisogni assistenziali di una società sempre più interconnessa e per lavorare a fianco di colleghi provenienti da molti paesi diversi.

Inoltre, in ambito sanitario oggi più che mai, conoscere l'inglese significa avere accesso al patrimonio immenso della letteratura scientifica internazionale e a tutta una serie di informazioni preziose ed eventi formativi all'estero, che spesso sono preclusi proprio perché si svolgono in una lingua che non si padroneggia sufficientemente.

Questo corso di fonetica e conversazione in inglese, dedicato agli infermieri nasce dall'esigenza di superare l'ostacolo della lingua inglese per poter comunicare in un corretto inglese con l'altro.

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.

BACKGROUND

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

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

basata sulla conoscenza e sulla ricerca, finalizzata a formare i futuri cultori del *nursing* in Italia.

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

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

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

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

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

Obiettivi specifici

Al termine del corso i discenti dovranno essere in grado di comprendere l'inglese scientifico per comunicare in maniera corretta per le espressioni più semplici [2, 3].

Indicatori

- numero di partecipanti a ciascuna edizione del corso: 25 (minimo 20)
- frequenza media alle lezioni: 100% (minimo 80%)
- produzione di un resoconto per ogni edizione: 4

METODOLOGIA

Disegno dello studio

Ampia accessibilità: 4 edizioni nel 2014

Accreditamento ECM

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

Sede del corso di formazione: Collegio IPASVI di Roma.

Requisiti richiesti dal committente

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

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

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

RISULTATI ATTESI

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

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

PIANIFICAZIONE

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
0	Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Consiglio Direttivo	Febbraio 2014
1	Accreditamento ECM	Febbraio 2014	Febbraio 2014



2	Realizzazione di 4 edizioni dei corsi	Comitato scientifico, docenti, tutor	Febbraio - Dicembre 2014
3	Report dei corsi effettuati e delle certificazioni e dei crediti ECM	Comitato Scientifico	Dicembre 2014

DIAGRAMMA DI GANTT

	feb 2014	mar	apr	mag	giu	lug	set	ott	nov	dic 2014
Fase 0										
Fase 1										
Fase 2										
Fase 3										

BIBLIOGRAFIA

- Aleo G., Sasso L. (2010). *Publicare nella letteratura scientifica internazionale*. McGraw Hill: Milano.
- Roach P. (2009). *English phonetics and phonology: A practical course* (4th ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Rotatori A. (2014). *L'inglese medico-scientifico: pronuncia e comprensione all'ascolto*. EdiSES: Napoli.
- Wells J. (2008). *Longman pronunciation dictionary* (3rd ed.). 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.3.14.3

TITOLO PROGETTO

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

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

ABSTRACT

Coerentemente con la mission del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica, costruito sulla sinergia tra ricerca e cultura, e fondato sul concetto di "conoscenza scientifica" (*scholarship*), si presenta il corso "L'infermiere e la ricerca bibliografica", con lo scopo di contribuire all'offerta formativa nazionale con una formula completamente nuova, che vada ad incidere profondamente sull'apprendimento del professionista, mirato al conseguimento di un core scientifico di alto livello per il reperimento e l'elaborazione pratica di conoscenze scientifiche disciplinari attraverso le banche dati biomediche, offerte peraltro dal Collegio Ipasvi di Roma ai propri iscritti.

Il corso vuole offrire a tutti i professionisti che lo frequenteranno informazioni specifiche ed operative per il recupero e l'analisi della letteratura scientifica necessaria ad implementare le innovazioni in tutti i settori dove gli infermieri operano: clinica, formazione, gestione, territorio.

In particolar modo verranno affrontate le modalità di recupero e consultazione offerte dalla rete e dalle banche dati che il Collegio IPASVI mette a disposizione di tutti gli iscritti, attraverso la Biblioteca digitale. La diffusione delle informazioni sull'utilizzo delle risorse del WEB è una delle linee di sviluppo della disciplina infermieristica, infatti solamente diminuendo il divario tra mondo della ricerca e settori della formazione e della pratica clinica si otterrà più velocemente lo sviluppo auspicato.

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 through 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.

BACKGROUND

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



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

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

Apprendimenti teorici concernenti la ricerca bibliografica nell'infermieristica.

Obiettivi specifici

- Capacità di reperire l'informazione scientifica attraverso le banche dati Cinahl, PubMed, ILISI, Nursing Reference Centre 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 Ispasvi di Roma.

Indicatori

- numero di partecipanti al corso di formazione: 60 (minimo 50)
- frequenza media alle lezioni: 100% (minimo 90%)
- rispetto dei tempi previsti nel diagramma di Gantt

METODOLOGIA

Disegno dello studio

- Il corso è strutturato su 5 ore formative e sarà tenuto presso sedi di Ospedali e Scuole infermieristiche di Roma e Provincia Il corpo insegnante è costituito da tutti docenti universitari.

Requisiti richiesti dal committente

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

RISULTATI ATTESI

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

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

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
0 Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Consiglio Direttivo	gennaio - marzo 2014

1	Realizzazione lezioni Accreditamento ECM	Comitato Scientifico, docenti,	febbraio - maggio 2014
2	Realizzazione dei corsi di formazione teorico-pratica	Comitato scientifico, docenti, tutor	febbraio - dicembre 2014
3	Disseminazione dei risultati dell'intervento formativo	Comitato Scientifico	dicembre 2014

DIAGRAMMA DI GANTT

2014	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	gen 2015
Fase 0													
Fase 1													
Fase 2													
Fase 3													

BIBLIOGRAFIA

- Chiari P., Mosci D., Naldi E. (a cura di) (2006). L'infermieristica basata su prove di efficacia. Guida operativa per l'evidence based nursing. Mc Graw-Hill: Milano.
- Cipolla C., Rocco G. (a cura di) (2014), Manuale per la ricerca bibliografica on-line. Fare tagging nella web society. FrancoAngeli, Milano.
- Fain J.A. (2004). La ricerca infermieristica: leggerla, comprenderla e applicarla. Mc Graw-Hill: Milano.
- Hamer S, Collison G. (2002), Evidence based practice. Ed. it. Chiari P., Santullo A. (a cura di). Evidence-based practice. Assistenza basata su prove di efficacia. Mc Graw-Hill: Milano.
- Lo Biondo-Wood G., Haber J. (1997). Metodologia della ricerca infermieristica. Mc Graw-Hill: Milano.
- Lo Palco P.L., Tozzi A.E. (2003). Epidemiologia facile. Il Pensiero Scientifico Editore: Torino.
- Sackett D.L., Straus S.E., Richardson S.W., Rosenberg W., Haynes B.R. (2002). La medicina basata sulle evidenze scientifiche. Centro Scientifico Editore: Torino.
- Vellone E., Piredda M. (2009), La ricerca bibliografica. Strumenti e metodi per trovare e utilizzare la letteratura sanitaria. Mc Graw-Hill: Milano.
- Vellone E., Sciuto M. (2001). La ricerca bibliografica. Applicazione nel nursing e nelle scienze sanitarie. Mc Graw-Hill: Milano.



POLO PER LA FORMAZIONE

TITOLO SINTETICO

L'INDICIZZAZIONE DELLA LETTERATURA SCIENTIFICA NEL NURSING

COORDINATORE PROGETTO
C. Turci

RESP. DEL POLO
M.G. Proietti

COD.3.14.4

TITOLO PROGETTO

L'indicizzazione della letteratura scientifica nelle scienze infermieristiche Indexing scientific literature related to nursing

ABSTRACT

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

- a) la **sinergia tra ricerca e cultura** fornisce l'energia necessaria a sostenere le attività del Centro di Eccellenza. La prospettiva di un approccio scientifico configura per gli infermieri l'opportunità di acquisire le conoscenze e le abilità che li renderanno protagonisti di progetti finalizzati a trovare soluzioni nuove ai problemi assistenziali e a realizzare nuove scoperte. D'altra parte la crescita culturale sostiene e motiva alla ricerca dell'eccellenza. Secondo i principi che ispirano il Centro di Eccellenza, come in un circolo virtuoso, la costruzione di una nuova cultura infermieristica apre la strada ad attività significative, che a loro volta danno significato al *nursing*.
- b) La "**conoscenza scientifica**" rappresenta l'obiettivo del Centro di Eccellenza, in linea con l'orientamento internazionale alla ricerca e alla cultura del *nursing* del 21° Secolo. Il modello di *Scholarship* di Boyer consente di definire lo scopo del Centro di Eccellenza e il concetto di cultura infermieristica basata sulla conoscenza e sulla ricerca, finalizzata a formare i futuri cultori del *nursing* in Italia.

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 implementing 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’

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

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

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

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

Accreditemento ECM

**RISULTATI
ATTESI**

Costituzione di un team di ricerca che sviluppi le competenze acquisite nel corso per:

- produrre nuovi corsi di formazione e parteciparvi come tutor.
- immettere dati nella banca informazioni infermieristica ILISI prodotta dal Collegio Ipasvi di Roma
- produrre materiale e documentazione infermieristica validata scientificamente e fruibile immediatamente dai colleghi iscritti al collegio Ipasvi di Roma e da tutti gli studenti italiani di infermieristica

PIANIFICAZIONE

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
0	Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Consiglio Direttivo	gennaio - marzo 2014
1	Realizzazione lezioni Accreditemento ECM	Comitato Scientifico, docenti,	febbraio - aprile 2014
2	Realizzazione del corso di formazione teorico-pratica	Comitato scientifico, docenti, tutor	aprile 2014 - gennaio 2015
3	Disseminazione dei risultati della ricerca	Comitato Scientifico	gennaio 2015

DIAGRAMMA DI GANTT

2014	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	gen 2015
Fase 0													
Fase 1													
Fase 2													
Fase 3													

BIBLIOGRAFIA

- Chiari P, Mosci D., Naldi E. (a cura di) (2006). L'infermieristica basata su prove di efficacia. Guida operativa per l'evidence based nursing. Mc Graw-Hill: Milano.
- Fain J.A. (2004). La ricerca infermieristica: leggerla, comprenderla e applicarla. Mc Graw-Hill: Milano.
- Hamer S, Collison G. (2002), Evidence based practice. Ed. it. Chiari P. Santullo A. (a cura di). Evidence-based practice. Assistenza basata su prove di efficacia. Mc Graw-Hill: Milano.
- Lo Biondo-Wood G., Haber J. (1997). Metodologia della ricerca infermieristica. Mc Graw-Hill: Milano.
- Lo Palco P.L., Tozzi A.E. (2003). Epidemiologia facile. Il Pensiero Scientifico Editore: Torino.
- Sackett D.L., Straus S.E., Richardson S.W., Rosenberg W., Haynes B.R. (2002). La medicina basata sulle evidenze scientifiche. Centro Scientifico Editore: Torino.
- Vellone E., Piredda M. (2009), La ricerca bibliografica. Strumenti e metodi per trovare e utilizzare la letteratura sanitaria. Mc Graw-Hill: Milano.
- Vellone E., Sciuto M. (2001). La ricerca bibliografica. Applicazione nel nursing e nelle scienze sanitarie. Mc Graw-Hill: Milano.



POLO DELLA PRATICA CLINICA

TITOLO SINTETICO

FORMAZIONE IN EVIDENCE BASED PRACTICE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA PRATICA ASSISTENZIALE

COORDINATORE PROGETTO
S. Casciato - N. Barbato
A. Peghetti - M. Matarese

RESP. DEL POLO
S. Casciato

COD.4.14.1

TITOLO PROGETTO

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

Improving nursing practice by training clinical nurses to become experts of Evidence Based Practice

ABSTRACT

Il miglioramento della pratica assistenziale, così come enfatizzato dalla letteratura internazionale, è realizzabile attraverso strategie che incoraggino i professionisti infermieri a riflettere criticamente sulla loro esperienza e li stimolino ad applicare nella pratica i risultati della ricerca. Una delle strategie suggerite per raggiungere tali obiettivi è quella di formare infermieri alla ricerca delle evidenze che dall'interno dei contesti clinici cureranno il processo di cambiamento e fungeranno sia da esperti metodologici che da punto di riferimento clinico per i loro colleghi. Una formazione degli infermieri clinici specifica in EBP è fondamentale, quindi, per iniziare tale processo di cambiamento.

Il progetto formativo presentato si inserisce nel progetto complessivo relativo alla formazione dei clinical nurse leader (CNL) che, tra le varie fasi, prevede 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 Pillar of Research Education, which will support the organization of the educational events.

The nursing directors will be encouraged to identify nurses wishing to attend these courses, and who will then become a resource for their institutions and directors.

BACKGROUND

La letteratura internazionale suggerisce che per migliorare la pratica clinica sono maggiormente efficaci gli interventi che prevedono il coinvolgimento diretto degli operatori nei processi di cambiamento, come ad esempio interventi di esperti esterni che incontrano i professionisti nel loro ambiente di lavoro, audit e feedback, incontri con opinion leader locali, e seminari interattivi. (Bero et al, 1998, *Cochrane Effective Practice and Organisation of care review Group*). Inoltre gli infermieri mostrano di preferire fonti di informazione di tipo umano rispetto ad altre (Thompson et al., 2001; Larsen et al., 2002). L'importante influenza dei fattori umani sulla produzione e trasferimento delle conoscenze ha aperto la strada a esperienze di utilizzo di figure di professionisti "intermediari", cioè di infermieri clinici presenti nell'ambiente di pratica clinica che si trovano nella posizione di influenzare i loro colleghi su specifici obiettivi, collegando conoscenze e pratica.



Essi sono competenti dal punto di vista clinico nella loro area di pratica e possiedono conoscenze ed abilità che permettono loro di facilitare l'uso della ricerca nei setting di pratica. In ambiente internazionale figure intermedie che sono utilizzate nei contesti di pratica sono, ad esempio, i *clinical nurse leader*, i *clinical nurse educator*, gli *staff development educator*, i *practice developer*, *clinical nurse specialist* (Milner et al., 2006), con differenze legate ai contesti e alle competenze acquisite.

In Italia sono molto limitate le esperienze di utilizzo di figure intermedie, cioè portatrici di competenze esperte nell'ambito dell'applicazione dei risultati della ricerca, nelle unità operative.

Per questo motivo si è deciso di dare avvio al processo di formazione di tali figure contribuendo attraverso appositi corsi di base ed avanzati in Evidence based practice (EBP) a fornire loro le competenze per poter operare nei loro contesti di pratica clinica. Il coinvolgimento delle direzioni infermieristiche nel loro reclutamento permetterà inoltre di creare le condizioni per un riconoscimento formale od informale del loro ruolo all'interno dell'organizzazione sanitaria.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

Innovare la pratica clinica infermieristica attraverso la formazione di infermieri esperti in EBP

Obiettivi specifici

1. identificare e formare infermieri clinici esperti in grado di guidare la revisione della pratica clinica negli ambiti di pratica clinica
2. accrescere le competenze degli infermieri clinici esperti in EBP

Indicatori

- Sono individuati i requisiti che gli infermieri clinici esperti devono possedere per partecipare al progetto (esperienza clinica consolidata, qualità e quantità di esperienza professionale, conoscenza della lingua inglese, percorsi di formazione specifica nell'area di pratica clinica)
- Sono selezionati gli infermieri clinici esperti, coinvolgendo i dirigenti dei servizi infermieristici delle ASL-AO-policlinici universitari-IRCCS e le associazioni professionali individuate,
- Sono organizzati corsi sull'EBN base ed avanzato con la collaborazione 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 l'elaborazione del programma formativo in collaborazione con il centro studi EBN di S.Orsola di Bologna e/o l' AISLEC.

La seconda fase prevede l'individuazione di infermieri clinici esperti (ICE) da parte delle direzioni infermieristiche.

La terza fase comporta la partecipazione degli infermieri individuati al modulo base ed avanzato del corso EBP.

La quarta fase prevede la valutazione delle competenze acquisite attraverso prove affidate ai partecipanti e valutate dai tutori-docenti del corso EBP.

Campione

Saranno selezionati almeno 20 infermieri esperti, appartenenti ad almeno 3 ASL, AO o IRCCS, che parteciperanno ai corsi di formazione sull'EBN.

Strumenti

Sono previsti corsi di formazione sull'EBN di due moduli (corso base e corso avanzato) i cui docenti saranno esperti nazionali di EBP.

Procedure

Il progetto si basa principalmente sulla formazione, attraverso varie 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 rivelarsi un modello efficace proponibile in tutti i contesti di pratica.

PIANIFICAZIONE

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
1	Definizione del programma del corso base ed avanzato insieme al polo per la formazione dei ricercatori e richiesta di collaborazione al centro studi EBN bolognese e/o all'ASILEC. I docenti dovranno essere esclusivamente esperti di EBN riconosciuti a livello nazionale.	5 esperti in ricerca	2 giorni
2	Definizione dei criteri di selezione degli infermieri da avviare alla formazione. Tali criteri terranno conto, tra l'altro, dell'esperienza clinica, delle caratteristiche di leadership, del curriculum professionale e delle attività formative, nonché della conoscenza della lingua inglese.	Componenti Poli 3 e 4	2 giorni
3	Comunicazione dei criteri ai dirigenti dei servizi selezionati durante un incontro organizzato nella sede del Collegio o presso le direzioni infermieristiche delle aziende o attraverso contatto telefonico o lettera	Direttore Polo 4	1 giorno
4	Comunicazione al responsabile del polo, da parte dei dirigenti dei servizi, dei nominativi di possibili candidati, anche tramite e-mail (almeno 40 infermieri).	1 amministrativo	2 giorni
5	Pianificazione di una edizione del corso sull'EBN della durata di 4 giorni, suddiviso in base ed avanzato, nell'anno 2014, con la collaborazione del polo 3.	Componenti Poli 3 e 4	2 giorni
6	Realizzazione di un evento formativo nel 2014.	5 docenti 3 tutor	4 giorni
7	Verifica e certificazione delle competenze acquisite dai partecipanti al corso attraverso mandati consegnati dai docenti-tutor del corso	2 docenti, Direttori Poli 3 e 4	20 giorni



DIAGRAMMA GANTT

	Gennaio 2014	Febbraio 2014	Marzo 2014	Maggio 2014	Giugno 2014	Settembre 2014	Ottobre 2014	Novembre 2014
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 - A. Peghetti

RESP. DEL POLO
S. Casciato

COD.4.14.2

TITOLO PROGETTO

L'applicazione dell'evidence based practice finalizzata all'implementazione delle buone pratiche infermieristiche Using evidence based practice to implement best nursing practices

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 tre anni precedenti, che prevede la formazione di infermieri esperti clinici (Clinical Nurse Leader=CNL) con elevate capacità di leadership e con competenze avanzate nell'ambito dell'Evidence based Practice. 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 sia attraverso l'effettuazione di revisioni della letteratura e sia attraverso attività di audit clinico, individuando, attuando e valutando 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 three 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 participate at a tutorial course, which will help them identify some issues of clinical practice, for which interventions with little or questionable effectiveness are applied by conducting literature reviews as well through activities of clinical audit, suggesting, implementing, and evaluating the changes in the selected clinical contexts.

The duration of this project is one year, and it includes both theoretical and practical education on the spot, monitored through formal and informal meetings.

BACKGROUND

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

Una revisione della letteratura (Bero et al., 1998) 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 (Thompson et al., 2001; Larsen et al., 2002). L'importante influenza dei fattori umani sulla produzione e trasferimento delle conoscenze ha aperto la strada a esperienze di 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 intermedie 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 specialist (Milner et al., 2006), con differenze legate ai contesti e alle competenze acquisite. In Italia sono molto limitate le esperienze di utilizzo di figure intermedie, 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 associazioni professionali italiane e internazionali
8. rivedere e/o creare gli standard di pratica clinica relativi alle aree individuate
9. diffondere le esperienze di miglioramento della pratica clinica, anche attraverso iniziative a livello locale e nazionale

Indicatori

- Individuazione di almeno tre 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 report di audit clinici, da parte dei gruppi di miglioramento

METODOLOGIA

Disegno dello studio

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

Campione

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

Strumenti

È previsto un percorso di formazione tutoriale FSC ECM.

Procedure

Il gruppo di infermieri esperti clinici formato nella prima fase del progetto costituiranno dei gruppi operativi

RISULTATI ATTESI

(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.

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

Indicatori

- Sono individuati almeno 20 CNL;
- Il 90% dei CNL partecipano agli incontri del gruppo di miglioramento EBP
- sono prodotti almeno 3 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
1	Incontro con i clinical nurse leader formati attraverso il 1, 2, 4 e 5 corso di EBP, e con quelli che hanno partecipato lo scorso anno alla FSC in EBP, nel mese di gennaio 2014 per lanciare la seconda fase del progetto		
2	Valutazione delle competenze dei CNL e suggerimento di un percorso di formazione specifico a seconda delle competenze possedute e da acquisire entro gennaio 2014	Sala Collegio per la riunione	1 pomeriggio
3	Organizzazione di una riunione nella sede del Collegio, nel mese di gennaio-febbraio 2014, 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.
4	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.		



5	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 febbraio Almeno 4 incontri formali per gruppo nel corso della formazione sul campo
6	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		
7	Inserimento dei dati ed aggiornamento del portale del CECRI, per la condivisione del materiale prodotto e per favorire il contatto tra tutti i CNL, i docenti e i tutori.	1 informatico esperto	
8	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	

8. DIAGRAMMA GANTT

	Gennaio 2014	Febbraio 2014	Marzo 2014	Maggio 2014	Giugno 2014	Luglio 2014	Settembre 2014	Ottobre 2014	Novembre 2014
Fase 1									
Fase 2									
Fase 3									
Fase 4									
Fase 5									
Fase 6									
Fase 7									
Fase 8									

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

VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DI UN PERCORSO FORMATIVO IN EBP

COORDINATORE PROGETTO
S. Casciato
M. Matarese

RESP. DEL POLO
S. Casciato

COD.4.14.3

TITOLO PROGETTO

Valutazione dell'efficacia di un percorso formativo in EBP nella modifica di conoscenze, atteggiamenti e abilità degli infermieri Evaluation of the effectiveness of an EBP education session in changing nurses' knowledge, attitudes and skills

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 si propone di valutare l'efficacia del percorso formativo compiuto dagli infermieri che hanno partecipato ai corsi di formazione in EBP, base e avanzato, rispetto alla modifica delle conoscenze, degli atteggiamenti e delle abilità degli infermieri. Tali modifiche sono il presupposto necessario per operare i cambiamenti necessari nella pratica clinica.

ABSTRACT

As reported in literature, practice can be improved by means of strategies that encourage nurse professionals to think critically about their experience and stimulate them to translate into practice the research findings. One of the strategies suggested to achieve these aims was to train nurses to search for evidence and these nurses would be the ones who within the clinical settings will take care of the change process. As well as having particular expertise in methodology, they will also be the clinical role-players for their colleagues. Therefore, specific EBP training for clinical nurses is instrumental to start this change process. The purpose of this project is to evaluate the effectiveness of the basic and advanced EBP training session attended by the nurses, and see how this changes these nurses' knowledge, attitudes, and skills. These changes are the prerequisite needed to change clinical practice.

BACKGROUND

Il Polo 4 del Centro di Eccellenza ha promosso dal 2011 un percorso di formazione rivolto ad infermieri impegnati nella clinica, nell'organizzazione e nella formazione, che aveva lo scopo di creare un gruppo di infermieri esperti in Evidence Based Practice (EBP), con conoscenze e skills avanzate in EBP. Tali infermieri costituiranno il gruppo di *clinical nurse leader* (CNL) che a livello delle singole strutture sanitarie avranno la responsabilità della implementazione delle buone pratiche cliniche attraverso il supporto al gruppo di pari e la promozione di attività EBP.

A dicembre 2013 si è arrivati alla 5 edizione del corso che ha visto la formazione di più di 100 infermieri provenienti da numerose strutture di Roma e provincia. Inoltre un gruppo di infermieri che ha effettuato i corsi EBP ha proseguito il percorso partecipando nell'anno 2013 all'attività di formazione sul campo (FSC), denominata "L'applicazione dell'EBP finalizzata all'implementazione delle buone pratiche infermieristiche", orientata a mettere in pratica le conoscenze acquisite con i corsi base e avanzato in EBP attraverso attività di audit clinico (FSC gruppo A=19) ed elaborazione di revisioni sistematiche (FSC gruppo B=19).

Il modello teorico che ha ispirato i progetti formativi è quello di Rogers relativo alla diffusione dell'innovazione (2003) (1) che vede la diffusione come un processo in cui l'innovazione è comunicata nel tempo attraverso un sistema sociale, in cui gli opinion leader (CNL) rivestono un ruolo importante all'interno del



contesto sociale di riferimento (struttura sanitaria).

Non si dispongono attualmente di informazioni relative alla ricaduta del percorso formativo sugli infermieri formati e per questo motivo si è deciso di effettuare alla fine del primo triennio di formazione uno studio valutativo.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivo generale

Valutare l'efficacia della formazione svolta attraverso il corso EBP base e avanzato e il corso FSC 2013 in termini di modificazione delle conoscenze, degli atteggiamenti e delle abilità degli infermieri formati, e quindi indirettamente valutare la possibile influenza della formazione sulla pratica professionale di tali infermieri.

Obiettivi specifici

Con il presente studio ci proponiamo di:

- Determinare i cambiamenti nelle conoscenze, negli atteggiamenti e nelle abilità in EBP degli infermieri formati
- Confrontare i cambiamenti in conoscenze, atteggiamenti e abilità tra gli infermieri che hanno seguito solo il corso EBP e gli infermieri che hanno seguito i corsi di FSC
- Valutare a distanza di tempo quali sono le conoscenze utilizzate e mantenute
- Determinare come il corso ha cambiato le pratiche quotidiane degli infermieri

Indicatori

- Numero di infermieri che risponderanno al questionario
- Quantità di conoscenze relative all'EBP mantenute o modificate
- Grado di modifica degli atteggiamenti verso l'EBP
- Livello di acquisizione delle abilità in EBP
- Attività di EBP intraprese nella realtà lavorativa

METODOLOGIA

Disegno dello studio

Verrà utilizzato un disegno di tipo descrittivo trasversale.

Campione

Saranno sottoposti a valutazione tutti gli infermieri formati nelle 5 edizioni del corso base e avanzato di EBP.

Strumenti

I dati verranno raccolti attraverso i seguenti strumenti:

- Questionario sociodemografico che raccoglierà informazioni relative a genere, range di età, titoli professionali e culturali, attività lavorativa.
- Questionario per la valutazione delle conoscenze utilizzato nelle 5 edizioni per il rilascio dei crediti ECM (tempo 2). Questi risultati saranno confrontati con i questionari distribuiti prima del corso (ECM pre-test= tempo 0) e alla fine delle 4 giornate di corso (ECM post-test= tempo 1).
- *Evidence-based practice questionnaire* per la valutazione di conoscenze, atteggiamenti e pratica nei confronti dell'EBP, ideato da Upton & Upton (2), tradotto ed utilizzato già in Italia in un recente studio (3); tale questionario verrà modificato nella modalità di presentazione dei vari item per orientare le risposte alla percezione dei cambiamenti in atteggiamenti, conoscenze, e abilità post-corso.

Metodi di raccolta dati

Gli strumenti di raccolta dati verranno inviati tramite e-mail spiegando le finalità dell'indagine. Per ottenere il maggior numero di risposte al primo invio seguirà un secondo invio dopo due settimane per sollecitare i rispondenti. Un ulteriore reminder verrà inviato a distanza di un mese alle persone che non avranno risposto.

Considerazione etiche

Sarà richiesta l'autorizzazione ad utilizzare l'indirizzario al Collegio IPASVI di Roma. Sarà richiesto ai partecipanti il consenso per la partecipazione allo studio e la partecipazione sarà volontaria. L'anonimato sarà garantito attribuendo un codice numerico personale a ciascun rispondente e l'associazione nome e codice sarà conosciuta solo dall'assistente ricercatore, che non ha partecipato ai corsi di formazione del collegio e non conosce i partecipanti. Tale file sarà conservato dall'assistente alla ricerca, che effettuerà l'associazione dei questionari di inizio e fine corso con quelli inviati per la valutazione a distanza di tempo (tempo 2).

RISULTATI ATTESI

Conoscenza dei cambiamenti operati attraverso la formazione sulle conoscenze, atteggiamenti e competenze in EBP dei partecipanti ai corsi organizzati dal polo 4.

Rilevanza

Attualmente l'uso dei risultati della ricerca nella pratica è un problema rilevante sia per le organizzazioni sanitarie che per i professionisti sanitari stessi. Si ritiene, infatti, che l'efficace uso dei risultati della ricerca nella pratica clinica migliorerà la qualità e il rapporto costi-efficacia dell'assistenza sanitaria.

L'introduzione nelle realtà cliniche italiane di figure esperte in EBP che possono fungere da intermediari tra ricerca e applicazione dei risultati della ricerca potrebbe rilevarsi un modello efficace proponibile in tutti i contesti di pratica.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
1	Composizione database partecipanti	Direttore Polo 4, 1 ricercatore Campus Biomedico, 1 infermiera laureanda magistrale	10 giorni
2	Sensibilizzazione e richiesta partecipazione infermieri formati nei corsi EBP	Componenti Polo 4	10 giorni
3	Elaborazione piattaforma per questionari	1 ricercatore Campus Biomedico, 1 infermiera laureanda magistrale	10 giorni
4	Invio questionari	1 infermiera laureanda magistrale	7 giorni
5	Elaborazione dati	1 ricercatore Campus Biomedico, 1 infermiera laureanda magistrale	1 mese
6	Analisi dei dati	1 ricercatore Campus Biomedico, 1 infermiera laureanda magistrale	2 mesi
7	Elaborazione del report	1 ricercatore Campus Biomedico, 1 infermiera laureanda magistrale	2 mesi
8	Diffusione report	Direttore Polo 4, 1 ricercatore Campus Biomedico,	1 mese

DIAGRAMMA DI GANTT

	Gennaio 2014	Febbraio 2014	Marzo 2014	Maggio 2014	Giugno 2014	Luglio 2014	Agosto 2014	Settembre 2014
Fase 1								
Fase 2								
Fase 3								
Fase 4								
Fase 5								
Fase 6								
Fase 7								
Fase 8								

BIBLIOGRAFIA

1. Brown CE, Wickline MA, Ecoff Glaser D. Nursing Practice, knowledge, attitudes and perceived barriers to evidence-based practice at an academic medical center. *Journal of Advanced Nursing* 2008; 65(2): 371-381.
2. Upton D, Upton P. Development of an evidence-based practice questionnaire for nurses. *Journal of Advanced Nursing* 2006; 54(4): 454-458.
3. Romani S., Forni C. Conoscenze, atteggiamenti, e barriere all'implementazione dell'evidence based practice; un'indagine descrittiva. *L'infermiere* 2010; (4): 23-28.

