



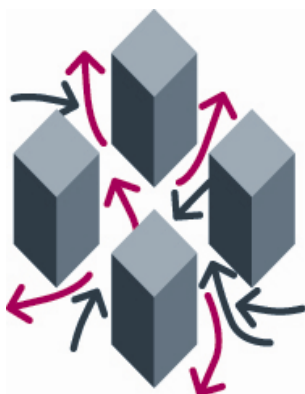
Collegio Ipasvi di Roma



**CENTRO DI ECCELLENZA
PER LA CULTURA
E LA RICERCA INFERMIERISTICA**

SCIENTIFIC ANNUAL REPORT 2011

**Centro di Eccellenza per la Ricerca e la
Cultura Infermieristica**



CENTRO DI ECCELLENZA PER LA CULTURA E LA RICERCA INFERMIERISTICA

IL CENTRO DI ECCELLENZA PER LA CULTURA E LA RICERCA INFERMIERISTICA

Presentazione del II Annual Scientific Report

di Gennaro Rocco

In questi anni l'infermieristica italiana ha raggiunto traguardi davvero significativi come il riconoscimento di professione intellettuale, la docenza nelle università, la dirigenza sanitaria ai diversi livelli. Così pure nuovi scenari si prospettano per il futuro: lo sviluppo della libera professione in tutte le sue forme, il riconoscimento delle competenze specialistiche sia in ambito clinico, fondamentale per la crescita della professione, che educativo e organizzativo, il governo dei processi di assistenza alla persona sia nei setting ospedalieri sia in quelli di comunità e territoriali.

Si può oggi affermare che l'infermieristica è una disciplina scientifica in grado di offrire un sostrato teorico di spessore con i suoi paradigmi, le sue visioni specifiche, i suoi concetti, il suo linguaggio specialistico ed è decisa ad intraprendere un confronto alla pari con tutte le altre professioni. E' il momento della misurazione sul campo della ricerca e della sperimentazione clinica, organizzativa ed educativa, promuovendo iniziative e percorsi che aiutino a far decollare la disciplina nelle sedi accademiche e nei luoghi dove si effettua l'assistenza.

In tale ottica di cambiamento nasce il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica, un progetto del Collegio Ipasvi di Roma che è iniziato nel 2010, un'iniziativa unica in Italia e fra le prime in Europa, in linea con le positive esperienze maturate negli ultimi anni negli Stati Uniti di America, che contribuirà allo sviluppo delle competenze e al

miglioramento delle performance sia dei singoli professionisti sia delle équipe professionali impegnate nell'assistenza alle persone.

L'obiettivo dichiarato del Centro è presto detto: far avanzare la Cultura e la Ricerca infermieristica per migliorare l'assistenza ai cittadini ed elevare finalmente la qualità della percezione pubblica e sociale della nostra nobile professione.

Il modello adottato per fondare il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica è stato quello del famoso studioso Ernest Boyer ed è basato su quattro pilastri strettamente collegati e interagenti fra loro: *Istruzione, Ricerca, Formazione dei Ricercatori e Pratica Clinica*. I quattro pilastri o poli, lo ripetiamo, sono fortemente integrati tra loro. Spaziano dallo sviluppo della formazione di base e avanzata alla produzione di ricerche multicentriche e interdisciplinari, dalla formazione di nuovi infermieri-ricercatori alla creazione di laboratori e atelier di ricerca infermieristica, dall'organizzazione degli studenti in gruppi di lavoro alla costituzione di comitati di infermieri clinici esperti per l'analisi e la revisione della documentazione e degli standard assistenziali.

Nel breve volgere di nemmeno due anni, siamo arrivati alla conclusione dei primi progetti di ricerca partiti nel 2011 e molti altri sono ormai giunti oltre la metà del loro cammino. Ulteriori progetti continueranno nei prossimi anni grazie all'entusiasmo e all'impegno di migliaia di colleghi coinvolti nella pianificazione e nell'attuazione di questi lavori.

L'assoluto valore scientifico delle ricerche avviate si sposa poi con l'alta qualità del sistema adottato dal Centro per svilupparle e condurle in porto. Per questa ragione il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica si è avvalso del contributo di un Comitato Internazionale di prim'ordine, con famosi *scholars* provenienti dai Paesi più avanzati del mondo nel campo del nursing (**Dyanne Affonso** - Research Director, NIH/ NCHMD/RIMI & Rural Health, Affiliate Professor of Psychology (USA) - **Linda Mayberry** -FAAN Adjunct Professor College of Nursing New York University, New York (USA) - **Souraya Sidani** - Professor and Canada Research Chair, Ryerson University (Canada) - **Roger Watson** - Editor-in-Chief, Journal of Clinical Nursing - Professor of Nursing Centre for Health & Social Care Studies and Service Development School of Nursing and Midwifery - The University of Sheffield Samuel Fox House Northern General Hospital (UK) - **Martin Johnson**, Professor University of Salford Manchester (UK) - **Ann Gallagher**, Reader in Nursing Ethics, Director of the International Centre for Nursing Ethics, Editor-in-Chief Nursing Ethics, Surrey University (UK) e anche di altri collaboratori a livello internazionale come **Barbara Riegel** nursing professor (University of Pennsylvania) o **Marianne Hattar-Pollara** nursing professor (California State University).

Inoltre, l'organizzazione si avvale dell'impegno personale di tantissimi colleghi. Tra questi coloro che sono impegnati nella clinica nelle diverse aree assistenziali e che costituiscono i *clinical nurse leaders*. E poi i collaboratori esperti del Centro, costantemente affiancati da una rete di consulenti giuristi, esperti della qualità, della comunicazione e di lingua inglese, informatici e giornalisti per divulgare al meglio il lavoro svolto, oltre a tutti i presidenti delle Associazioni e Società scientifiche infermieristiche italiane che contribuiscono fattivamente all'attività di programmazione e produzione degli studi.

Un contributo di alto valore bibliografico è offerto dal gruppo Thisi-Ilisi del Collegio IPASVI di Roma, che ha costituito il primo database di scienze infermieristiche in Italia che tanto successo ha già riscosso in tutta la penisola e all'estero.

Importantissimo anche l'apporto fornito dai professori di nursing di molte università italiane (Rosaria Alvaro, Paolo Chiari, Maria Grazia De Marinis, Loreto Lancia, Maria Matarese, Paola Pierantognetti, Laura Rasero, Julita Sansoni, Loredana Sasso, Daniela Tartaglini sono per citarne alcuni), che sono affiancati da un gruppo di *nurse research fellow*, dai dirigenti dei Servizi e dei Dipartimenti infermieristici e/o delle Professioni Sanitarie, dai direttori dei corsi di laurea e

della laurea magistrale in Infermieristica e Scienze Infermieristico-ostetriche di Roma e Provincia, oltre che da professori esperti in numerose discipline sia sociali che sanitarie provenienti dalle più prestigiose università italiane (Francesco Avallone, ordinario di Psicologia del Lavoro dell'Università La Sapienza di Roma; Antonio Boccia, ordinario di Igiene dell'Università Sapienza di Roma; Costantino Cipolla, ordinario di Sociologia dell'Università di Bologna; Ennio Fortunato, statistico dell'Istat Roma; Augusto Panà, ordinario di Igiene dell'Università Tor Vergata di Roma; Alberto Quagliata, professore associato di Didattica Generale dell'Università Roma Tre; Walter Ricciardi, ordinario di Igiene dell'Università Cattolica Sacro Cuore di Roma; Federico Spandonaro, economista e ricercatore dell'Università Tor Vergata di Roma; Paolo Villari, associato di Igiene dell'Università Sapienza di Roma).

Fondamentale anche la collaborazione fattiva dei rappresentanti delle associazioni dei cittadini come Cittadinanza Attiva e CODICI, i rappresentanti degli studenti in Infermieristica ed i garanti del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica come: Giovanni Berlinguer, Elio Guzzanti, Giovanni Leonardi, Luciano Onder, Annalisa Silvestro e Antonio Gioacchino Spagnolo. Il loro entusiasmo e la convinta adesione al progetto del Centro sin dalla sua nascita conferiscono all'organizzazione un contributo di alto valore e garanzia di partecipazione sociale.

Il Centro si propone come un soggetto segnato da un'anima, fondato su valori comuni ed integrati tra tutte le culture, proiettato al servizio dell'essere umano, promotore di principi dove laici e credenti possano riconoscersi al di là degli orientamenti personali. Il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica ha l'ambizione di divenire nei prossimi anni un punto di riferimento importante per l'intera professione infermieristica italiana, europea ed internazionale.

La pubblicazione di questo *Annual Scientific Report* del 2011 registra lo stato dei programmi, ne analizza la metodologia organizzativa e presenta alcuni risultati conclusivi delle prime ricerche partite nel 2010.

Ad appena due anni dal loro avvio, i progetti del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica cominciano a mostrare i primi importanti frutti di tanto impegno. Tutto ciò è certamente funzionale alla promozione e al sostegno delle Scienze Infermieristiche e al loro evolversi rispetto alle nuove conoscenze in Italia e nel mondo.

In tale contesto, grazie al coinvolgimento attivo di tantissimi infermieri nello sviluppo delle strategie e nella stesura dei programmi, tra il 2010 e il 2011 il Centro ha dato il via a circa 25 progetti, parte dei quali di durata biennale. Alcuni di queste ricerche sono giunte a conclusione, altre lo saranno nel prossimo futuro.

E' con grande orgoglio che, attraverso questa pubblicazione, il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica del Collegio IPASVI di Roma mette a disposizione di tutti i colleghi i risultati degli studi effettuati e le prospettive di quelli ancora in corso, certo di contribuire così allo sviluppo del sapere infermieristico.

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

Gennaro Rocco

I temi sviluppati attraverso i progetti avviati:

ANNO 2010

- COSTRUZIONE DI UN MODELLO PER LA VALUTAZIONE DEL CORE COMPETENCE INFERMIERISTICO NELL'ESAME DI ABILITAZIONE PROFESSIONALE.
- STUDIO E REALIZZAZIONE DI UN SISTEMA DI CLASSIFICAZIONE E CONSULTAZIONE DELLE TESI DI LAUREA.
- PROGETTO DI RICERCA MULTICENTRICA SUL BENESSERE ORGANIZZATIVO DEGLI INFERMIERI IN SERVIZIO PRESSO LE AZIENDE SANITARIE DI ROMA E PROVINCIA.
- LA SICUREZZA NELL'AREA DELL'EMERGENZA: I REQUISITI QUALI QUANTITATIVI DELLA COMUNICAZIONE A SUPPORTO DELLA DIMINUZIONE DEL RISCHIO DI ERRORE E DELLA QUALITA' DELLE CURE.
- IL RISPETTO DELL'ETICA DELLA DIGNITÀ NEI RAPPORTI INTERPROFESSIONALI UN'ANALISI MULTICENTRICA ITALIA-GRAN BRETAGNA.
- LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE NELLA CRONICITA': DEFINIZIONE DEI BISOGNI EDUCATIVI DEI PAZIENTI E DEI CAREGIVER PER LA RIDUZIONE DEI RIACCESSI IMPROPRI E L'AUMENTO DELL'ADESIONE AL TRATTAMENTO.
- NODOL. STUDIO DESCRITTIVO DEI SERVIZI DI CURE PALLIATIVE E TERAPIE DEL DOLORE IN ITALIA FINALIZZATO AD INDIVIDUARE LE FORME ATTIVATE E ATTIVABILI DI RIDUZIONE DELLA SOFFERENZA ALLA FINE DELLA VITA.
- QUALITA' DI VITA NELLE FAMIGLIE ITALIANE.

ANNO 2011

- COSTRUZIONE DI UN MODELLO PER LA VALUTAZIONE DEL CORE COMPETENCE INFERMIERISTICO NELL'ESAME DI ABILITAZIONE PROFESSIONALE.
- STUDIO E REALIZZAZIONE DI UN SISTEMA DI CLASSIFICAZIONE E CONSULTAZIONE DELLE TESI DI LAUREA.
- PROGETTO DI RICERCA MULTICENTRICA SUL BENESSERE ORGANIZZATIVO DEGLI INFERMIERI IN SERVIZIO PRESSO LE AZIENDE SANITARIE DI ROMA E PROVINCIA.
- LA SICUREZZA NELL'AREA DELL'EMERGENZA: I REQUISITI QUALI QUANTITATIVI DELLA COMUNICAZIONE A SUPPORTO DELLA DIMINUZIONE DEL RISCHIO DI ERRORE E DELLA QUALITA' DELLE CURE.
- IL RISPETTO DELL'ETICA DELLA DIGNITÀ NEI RAPPORTI INTERPROFESSIONALI UN'ANALISI MULTICENTRICA ITALIA-GRAN BRETAGNA.
- LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE NELLA CRONICITA': DEFINIZIONE DEI BISOGNI EDUCATIVI DEI PAZIENTI E DEI CAREGIVER PER LA RIDUZIONE DEI RIACCESSI IMPROPRI E L'AUMENTO DELL'ADESIONE AL TRATTAMENTO.
- NODOL. STUDIO DESCRITTIVO DEI SERVIZI DI CURE PALLIATIVE E TERAPIE DEL DOLORE IN ITALIA FINALIZZATO AD INDIVIDUARE LE FORME ATTIVATE E ATTIVABILI DI RIDUZIONE DELLA SOFFERENZA ALLA FINE DELLA VITA.
- QUALITA' DI VITA NELLE FAMIGLIE ITALIANE COPITE DA STROKE.

- ASCOLTARE IL SILENZIO. IL VISSUTO DELLE DONNE VITTIME DI VIOLENZA CHE SI RIVOLGONO ALLE STRUTTURE SANITARIE.
- CORSO DI FORMAZIONE TEORICO PRATICA "METODOLOGIA DELLA RICERCA INFERMIERISTICA BLENDED ON LINE".
- BIBLIOGRAFIA E RICERCA BIBLIOGRAFICA NELLE SCIENZE INFERMIERISTICHE: TEORIE E PRASSI PER LE PROCEDURE TECNICHE DI RICERCA E ACCESSO ALLE RISORSE.
- LA RESPONSABILITA' EDUCATIVA NEI PERCORSI CLINICO ASSISTENZIALI DEI PAZIENTI IN STOMA TERAPIA: FORMAZIONE SUL CAMPO ALL'UTILIZZO DELLA SCHEDA DI DIAGNOSI EDUCATIVA.
- AUTOVALUTARE LO SVILUPPO DELLE CORE COMPETENCE "IN PROGRESS": IL BILANCIO DI COMPETENZA: FORMAZIONE SUL CAMPO.
- PROGETTO DI RICERCA MULTICENTRICA SULLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE NEL PERCORSO PERIOPERATORIO PRESSO LE AZIENDE SANITARIE DI ROMA E PROVINCIA.
- NURSING RISK MANAGEMENT- INSTALLAZIONE PRESSO LE AZIENDE SANITARIE DI UNITÀ DI NURSING RISK MANAGEMENT.
- LINEE DI INDIRIZZO PER IL MIGLIORAMENTO DELL'INTEGRAZIONE TRA INFERMIERI STRANIERI PROVENIENTI DALL'AREA SUD-AMERICANA E FIGURE PROFESSIONALI SOCIO-SANITARIE AUTOCTONE IN UNA SOCIETÀ PLURALE.
- DIRITTI E DOVERI NELL'ASSISTENZA SANITARIA: I DIRITTI DEGLI INFERMIERI.
- SELF-CARE NEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO.
- INDIVIDUAZIONE DI UNO STRUMENTO FINALIZZATO ALLA RIDUZIONE DEGLI ERRORI DA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI ATTRAVERSO UN ABBIGLIAMENTO DEDICATO E UNA CARTELLONISTICA DI "NON DISTURBO".
- PROGETTO DI RICERCA SULL'IMPATTO DELLE NUOVE TECNOLOGIE DELLA SIMULAZIONE NELL'APPRENDIMENTO DELLE COMPETENZE NEL CORSO DI LAUREA INFERMIERISTICA.
- CORSO DI INGLESE SCIENTIFICO PER IL NURSING - 4 LIVELLI: BASE - PRE-INTERMEDIO - INTERMEDIO - AVANZATO.
- CORSO DI FONETICA E CONVERSAZIONE INGLESE.
- CORSO DI INGLESE SCIENTIFICO PER LA RICERCA BIBLIOGRAFICA.
- MIGLIORAMENTO DELLA PRATICA ASSISTENZIALE ATTRAVERSO LA FORMAZIONE DI INFERMIERI CLINICI ESPERTI IN EVIDENCE BASED PRACTICE.

	Polo 1	POLO PER L'ISTRUZIONE				COD. 1.10.1
		TITOLO SINTETICO: VALUTAZIONE DEL CORE COMPETENCE				
		COORDINATORE PROGETTO		RESP. DEL POLO		
		Dott.ssa Ausilia Maria Lucia Pulimeno lia.pulimeno@uniroma1.it		Dott.ssa Ausilia Maria Lucia Pulimeno lia.pulimeno@uniroma1.it		
1.TITOLO PROGETTO						
<i>Costruzione di un modello per la valutazione del Core Competence infermieristico nell'esame di abilitazione professionale</i>						

INDICE

TITOLO PROGETTO
 ABSTRACT
 BACKGROUND
 OBIETTIVI di PROGETTO
 METODOLOGIA
 RISULTATI ATTESI
 PIANIFICAZIONE
 BIBLIOGRAFIA

2 ABSTRACT

Esiste la volontà di individuare un modello scientifico capace di garantire una corretta ed efficace valutazione del core competence dell'infermiere al momento dell'esame di abilitazione all'esercizio professionale.

Tale volontà nasce dall'esigenza di definire criteri universali e oggettivi di valutazione professionale capaci di essere flessibili e quindi applicabili a tutte le realtà formative universitarie anche in presenza di grandi numeri e di tempi limitati. Ciò permetterà la sua applicabilità e accettabilità da parte delle organizzazioni didattiche di ateneo e non.

3 BACKGROUND

La professione infermieristica è in costante evoluzione così come anche la modalità di erogazione dei servizi sanitari che ha subito profondi cambiamenti sia a livello nazionale che internazionale. Lo sviluppo di un sistema sanitario che fornisce assistenza globale permanente, promuove la salute, aumenta la qualità della vita e permette lo sviluppo verso un progetto salute sempre più soggettivo e sempre più desiderato da parte dei cittadini è ormai mission di ogni sistema sanitario.

Pertanto la disponibilità di operatori sanitari qualificati e competenti è la chiave per l'offerta di servizi sanitari di qualità. Tra questi gli infermieri svolgono un fondamentale ruolo nella promozione, nel mantenimento e nel ripristino della salute, nella riabilitazione e nel supporto alla cronicità per ottimizzare le risorse residue anche quando esistono gravi disabilità, utilizzando un modello olistico di cura. Abbiamo quindi bisogno di infermieri competenti che sono in grado di assumere ruoli di un promotore di salute, educatore, counselor, coordinatore di cura, case manager, ricercatore, così come quella di difensore di diritti del cittadino verso la salute e la cura. Quindi i programmi di formazione nei percorsi di laurea di 1° livello per gli infermieri devono garantire che gli studenti acquisiscano le competenze essenziali che permettano loro di svolgere questi ruoli con competenza scientifica e comportamento etico appropriato.

Il progetto "Core Competence" tende pertanto a sviluppare un modello che permette di valutare conoscenze, competenze e attitudini e abilità essenziali che tutti i neolaureati debbono avere acquisito in modo completo e permanente per l'esercizio iniziale della professione di infermiere. Tali competenze rappresentano anche le fondamenta culturali e intellettuali della loro formazione permanente, dell'aggiornamento professionale e della formazione post base specialistica.

Per essere definita "core" una competenza deve contribuire in maniera determinante alla creazione dei benefici che l'attività si prefigge di raggiungere "to care" inoltre, deve essere un insieme di competenze specifiche, distintive e fondamentali di un professionista non utilizzate o effettuate da altro professionista.

Il progetto pertanto parte dalle seguenti riflessioni:

1. Non esiste un'unica definizione univoca di competenza infermieristica in Italia. Le definizioni di competenza dipendono dall'ambiente in cui la pratica infermieristica professionale viene valutata. Questo contribuisce a confusione e ritardo nella capacità della professione di rispondere alle aspettative professionali e individuali del singolo infermiere e del fruitore delle prestazioni.
2. Esistono diversificazioni dei programmi e delle metodologie didattiche che prevedono anche una pratica " tirocinio" altamente diversificata in una vasta gamma clinica, non-clinica e con modelli e impostazioni tradizionali. A causa di questa diversità, una unica definizione delle competenze infermieristiche professionali può non essere possibile.
3. La valutazione delle competenze e delle prestazioni di base è definito come un criterio di riferimento - processo di valutazione sommativa, che valuta la capacità effettiva di un neoinfermiere per soddisfare una serie prestabilita di standard di prestazione in condizioni controllate e in presenza di protocolli.
4. Attualmente il dibattito sulla competenza si interessa prevalentemente di:
 - a. Valutare i benefici sulla salute della popolazione derivanti dallo sviluppo delle competenze infermieristiche;
 - b. Certificazione e accreditamento dei professionisti infermieri;
 - c. Core curriculum di studi di base dell'infermieristica internazionale che tenga presente la complessità e la continua evoluzione scientifica e tecnologica.
5. Glazer (studiosa e autrice), l'American Nurses Association, l'American Nurses Credentialing Center e la Peer Health Professions Commissions ritengono che la competenza iniziale e continua e la certificazione della competenza siano *importanti componenti* nell'assicurare performance di salute.

6. Il set di core competence comprende capacità, conoscenze e abilità in aree generali della professione di infermiere spesso trasversali a tutte le specialità cliniche e umanistiche, non previste da tutti i curricula universitari se non parzialmente e/o in maniera non strutturata.
7. La definizione dei test e delle prove valutative deve rispettare le aree cognitive, psicomotorie e relazionali/educative;
8. Il momento per tale valutazione è l'esame di abilitazione all'esercizio professionale di infermiere che, previsto dalle varie normative nazionali, rappresenta anche l'ingresso di questo professionista nella comunità degli infermieri. L'Abilitazione è un termine generico che identifica una autorizzazione ufficiale all'esercizio di una professione. Si tratta dunque in genere di una abilitazione professionale post-laurea, ottenuta mediante un esame di abilitazione, che permette - una volta superato - lo svolgimento di professioni che rivestono una responsabilità giuridica (professioni intellettuali art. 2229 CC) e l'iscrizione ai rispettivi ordini professionali.

4 OBIETTIVI di PROGETTO

Obiettivi generali

Sviluppo di un modello sperimentale per la valutazione del core competence nella laurea triennale per la definizione di linee guida all'esame di abilitazione.

Obiettivi specifici

- Definire il core competence infermieristico di base ed essenziale
- Definire il modello concettuale di valutazione del core competence infermieristico
- Fornire gli strumenti di valutazione del core competence infermieristico nell'esame di abilitazione

Indicatori

1. *Esiste un modello concettuale del core competence infermieristico di base*
2. *Esistono criteri oggettivi di valutazione del core competence infermieristico*
3. *Esiste il modello operativo per la conduzione dell'esame*

5 METODOLOGIA

Disegno dello studio

Esiste la volontà di individuare un modello concettuale per la valutazione del core competence infermieristico nel momento dell'abilitazione professionale. Il modello prevede una revisione attenta e scrupolosa della bibliografia di riferimento nazionale e internazionale che permetterà di focalizzare gli elementi caratterizzanti il modello; di seguito sarà posta l'attenzione su ciò che viene oggi fatto e sulla validità delle esperienze fino ad ora utilizzate codificando ciò che può essere valido all'interno del modello; verrà studiata una modalità operativa di effettuazione della valutazione del core competence infermieristico individuato utilizzando schede e griglie di osservazione capaci di evidenziare lacune o situazioni critiche del modello.

Nella fase di sperimentazione saranno individuate quattro sedi di diversi atenei universitari per applicare il modello ;*segno dello studio*

Campione

4 sedi formative in diversi atenei universitari della regione Lazio

Strumenti

Test valutativi

Procedure

Modello di riferimento

6 RISULTATI ATTESI

1. far assumere al core competence infermieristico una fisionomia più chiara.
2. modificare l'attuale esame di abilitazione fornendo un modello di riferimento scientifico, validato e accreditato
3. elaborare lo strumento chiaro, comprensibile, facile e esaustivo
4. definire linee guida per tutte le università e valutare l'impatto

Indicatori

1. *è definito il core competence infermieristico per fornire i criteri di valutazione nell'esame di abilitazione professionale*
2. *è definito lo strumento di valutazione, test di verifica*
3. *è definito il modello operativo di effettuazione dell'esame*

Rilevanza

Il progetto fornirà gli strumenti per una maggiore credibilità professionale nel momento dell'esame di abilitazione garantendo un esame oggettivo e riferibile al core competence di base dell'infermiere generale.

7 PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
0	Identificazione categorie di competenza	Gruppo lavoro 4 professionisti	3 mesi
1	Individuazione indicatori	Gruppo lavoro 4 professionisti	2 mesi
2	Sintesi e valutazione strumento	Gruppo lavoro 6 professionisti	2 mesi
3	Traduzione con back translation strumento	Gruppo lavoro 6 professionisti	2 mesi
4	Somministrazione strumento e risultati statistici	Gruppo lavoro 6 professionisti	3 mesi

8 BIBLIOGRAFIA

8000 crt mx

Boyatzis R.E. 1992, *The competent manager: a model for effective performance*, Wiley Interscience, New York.

Boccalari R. 1995, *Il management delle competenze*, Sviluppo e Organizzazione, 152.

Boam R., Sparrow P. 1996, *Come disegnare e organizzare le competenze organizzative: un approccio basato sulle competenze per sviluppare le persone e le organizzazioni*, FrancoAngeli, Milano.

Camuffo A. 1997, *La natura delle competenze manageriali*, Economia & Management, n. 3.

Camuffo A. 1998, *Piccoli grandi capi: competenze per la produzione flessibile*, Etas, Milano.

Camuffo A. 2000, *Il valore delle competenze*, Sviluppo & Organizzazione, 178.

Mc Clelland D.C. 1965, *Toward a theory of motive acquisition*, American Psychologist, 20.

Petroni A. 1998, *Competenze distintive aziendali ed innovazione*, Sviluppo ed Organizzazione, 167.

Prahalad C.K., Bettis R. 1986, *The dominant logic: a new link between diversity and performance*, Strategic Management Journal, Vol. 7, 6.

Prahalad C.K., Hamel G. 1990, *The Core Competence of the Corporation*, Harvard Business Review, May/June.

Spingardi R. 1996, *Prefazione all'edizione italiana* di Boam R., Sparrow P. 1996, *Come disegnare e organizzare le competenze organizzative: un approccio basato sulle competenze per sviluppare le persone e le organizzazioni*, FrancoAngeli, Milano.

Varchetta G. 1993, *Il metodo delle competenze*, Sviluppo & Organizzazione, 140.

Spencer L.M., Spencer S.M. 1993, *Competence at work. Models for Superior Performance*, Wiley & Sons, New York (tr.it.1995, *Competenze nel lavoro*, FrancoAngeli, Milano).

	Polo 1	POLO PER L'ISTRUZIONE			COD. 1.11.1
		TITOLO SINTETICO: TESI DI LAUREA			
		COORDINATORE PROGETTO	RESP. PROGETTO	RESP. DEL POLO	
		Prof.ssa Maria Grazia De Marinis Dott.ssa Angela Basile	Dott.ssa Ausilia Maria Lucia Pulimeno lia.pulimeno@uniroma1.it	Dott.ssa Ausilia Maria Lucia Pulimeno lia.pulimeno@uniroma1.it	

1.TITOLO PROGETTO

Studio e realizzazione di un sistema di classificazione e consultazione delle tesi di laurea

INDICE

TITOLO PROGETTO
 ABSTRACT
 BACKGROUND
 OBIETTIVI di PROGETTO
 METODOLOGIA
 RISULTATI ATTESI
 PIANIFICAZIONE
 BIBLIOGRAFIA

2 ABSTRACT

Ogni anno si discutono in Italia, solo per il corso di laurea in Infermieristica, circa 7000 tesi. Questo patrimonio rimane nascosto negli archivi universitari, difficile da consultare e da analizzare. Dalla letteratura internazionale e italiana emerge un forte interesse per la produzione di tesi, di primo e secondo livello e di dottorato soprattutto come fonte per la valutazione dello stato della ricerca in ambito infermieristico. Tuttavia la possibilità di accedere alla produzione accademica degli studenti è fortemente vincolata all'esistenza di rapidi e adeguati sistemi di consultazione che risolvano la difficoltà che si incontra a recuperare, leggere ed esaminare tante tesi semplicemente archiviate e non adeguatamente classificate. Poche sono le esperienze di raccolta per l'analisi sistematica e la valutazione dei contenuti e della metodologia dei lavori prodotti dagli studenti al termine dei vari livelli formativi.

Con questo progetto, pertanto, si propone lo studio e la realizzazione di un sistema di classificazione e consultazione delle tesi quale risorsa informativa non solo di percorsi e risultati accademici, ma anche del livello di conoscenza raggiunto in specifici settori infermieristici.

Il progetto prevede una fase di revisione di letteratura; la combinazione di esperienze nazionali ed internazionali con parere degli esperti e la sperimentazione del sistema di classificazione e consultazione su campione rappresentativo di tesi.

3 BACKGROUND

I lavori che gli studenti producono al termine di un ciclo di studi universitari sotto la guida di un relatore, comunemente denominati *tesi*, costituiscono un prezioso materiale informativo di percorsi e risultati accademici, tanto da costituire oggetto di studio e ricerca da parte di molti docenti ed esperti. Anche la letteratura infermieristica è particolarmente ricca di analisi e riflessioni sulle tesi. Questi articoli esaminano la produzione qualitativa e quantitativa delle tesi prodotte dagli studenti al termine dei vari livelli formativi - in prevalenza nei master e nei corsi di dottorato - analizzandone molteplici aspetti: alcuni studi discutono l'adeguatezza delle metodologie nelle tesi di ricerca; ; altri esaminano la relazione tra relatore e laureando/dottorando; alcuni si soffermano sugli aspetti etici delle tesi; altri danno indicazioni su come si scrive una tesi di ricerca o sviluppano criteri di valutazione della qualità delle tesi nei corsi di dottorato. È interessante notare che, tra queste pubblicazioni, si possono trovare anche molti lavori finalizzati alla descrizione dello stato della ricerca infermieristica in generale o del livello di conoscenza raggiunto in specifici settori infermieristici. Tali lavori utilizzano le tesi - soprattutto tesi di dottorato e, in misura minore, quelle dei master - come principali fonti di dati (a volte associate ad altre pubblicazioni, ad atti di convegni, ad articoli non accademici) poiché ritenute termometri sensibili dello sviluppo stesso della ricerca infermieristica, sia dal punto di vista

della qualità, sia per gli argomenti esplorati. Qualche studio suggerisce di indirizzare le tesi verso lo sviluppo di un nuovo "sapere infermieristico", verso nuove concettualizzazioni del nursing o verso l'individuazione di presupposti teorici che guidano la ricerca infermieristica. Sebbene di estremo interesse per le loro osservazioni e considerazioni, la maggior parte dei lavori pubblicati sono condotti su campioni di tesi molto esigui e per questo i loro risultati possono essere difficilmente generalizzabili. Fanno eccezione alcuni articoli brasiliani che basano le loro analisi su un numero molto vasto di tesi perché facilmente reperibili e consultabili in tempo reale, sia a livello locale che nazionale. Pochissimi studi fanno riferimento, nella descrizione dei metodi di consultazione delle tesi, a specifici sistemi per il loro reperimento e ai relativi criteri di organizzazione delle informazioni. La possibilità di accedere alla produzione accademica degli studenti è infatti vincolata all'esistenza di rapidi e adeguati sistemi di consultazione: è facile immaginare la difficoltà che si incontra a recuperare, leggere ed esaminare tante tesi semplicemente archiviate e non adeguatamente classificate. Per farlo Kapborg e Berterö dichiarano di aver impiegato più di 400 ore. In Italia, nei corsi di laurea in Infermieristica, ogni anno si discutono circa 7000 tesi. È difficile ottenere un quadro completo riguardo a cosa gli studenti abbiano prodotto in questi anni: la tipologia e le caratteristiche delle tesi non sono precisate né dai Decreti che definiscono le prove per il conseguimento della laurea, né dai Regolamenti di Ateneo o di Corso consultabili sui siti Internet. Dalla maggior parte di detti Regolamenti la tesi è genericamente definita come elaborato scritto o dissertazione, solo cinque Atenei gli riservano il nome di tesi e sono poche le Università che forniscono agli studenti indicazioni sui suoi elementi distintivi. Nei Regolamenti di Corso sembra prevalere la *natura teorico-applicativa* dell'elaborato, alcuni limitano l'assegnazione di tesi sperimentali agli studenti con una media curriculare di almeno 102/110 (Regolamento Tesi di Laurea, www.unicz.it), altri

rimandano alla norma UNI ISO 7144 per garantire l'uniformità della redazione degli elaborati. La stessa finalità formativa delle tesi è definita a grandi linee e non sempre in modo univoco: in alcune Università l'obiettivo principale è quello di far *dimostrare* agli studenti le *abilità* raggiunte; in altre è quello di *accertare il raggiungimento degli obiettivi qualificanti*; in altre ancora (vedi i Libretti per lo studente di Verona e del Campus Biomedico di Roma) l'esperienza di tesi è vista come un completamento dell'iter formativo, più che una dimostrazione di quanto acquisito nei tre anni. Ultimo aspetto rilevato è la variabilità del numero di Crediti formativi assegnati, che va da un minimo di 5 CFU ad un massimo di 9 CFU (DM 2/04/01 e Regolamenti di Ateneo). A fronte di tali difformità, non esistono in Italia esperienze di raccolta, classificazione e diffusione di tesi su vasta scala che aiutino a fare un bilancio complessivo delle esperienze prodotte, anche se c'è da dire che negli ultimi anni si sono diffusi alcuni siti non istituzionali che offrono agli studenti la possibilità di inserire la propria tesi in archivi che ne rendano disponibile la consultazione in rete, ma che non raccolgono tutte le tesi esistenti e, magari, nemmeno quelle migliori. Tra gli Atenei italiani solo Pisa ha aderito ad un consorzio internazionale che cataloga le tesi di tutte le facoltà ma, pur

avendo una finestra di ricerca internazionale molto ampia, non è ancora un'esperienza utile all'analisi della realtà italiana. Tra i siti di istituzioni pubbliche si trova il Collegio IPASVI di Torino, che fornisce il servizio di pubblicazione on line delle tesi di laurea degli Infermieri iscritti, avendo creato una banca dati informatica da cui è possibile effettuare ricerche di tesi di laurea o di diploma e consultare il materiale on line.

4 OBIETTIVI di PROGETTO

Obiettivi generali

Gli esempi citati possono essere interpretati come segno di un contesto culturale interessato al lavoro degli studenti nelle Università e ad una maggiore diffusione dei risultati accademici. E anche se le tesi costituiscono solo una parte della produzione scientifica della nostra professione, ne rappresentano comunque una realtà importante. La necessità di consentire una rapida modalità di consultazione e valutazione delle tesi prodotte dagli studenti dei corsi di Laurea, di Laurea specialistica e dei dottorati di ricerca ci ha indotti a proporre come obiettivo del Polo Formativo la elaborazione di un sistema di classificazione e consultazione e delle tesi infermieristiche quale risorsa informativa non solo di percorsi e risultati accademici, ma anche del livello di conoscenza raggiunto in specifici settori infermieristici.

Obiettivi specifici

1. Definire un sistema di classificazione delle tesi secondo criteri che consentano di analizzarne le caratteristiche generali, i metodi, i contenuti e i risultati.
2. Elaborare un sistema di archiviazione e consultazione informatica

Indicatori

4. Esiste un sistema di classificazione delle tesi
5. Esiste un software utilizzabile in rete per l'archiviazione e la consultazione informatica

5 METODOLOGIA

Disegno dello studio

Revisione di letteratura; combinazione di esperienze nazionali ed internazionali con parere degli esperti; sperimentazione del sistema di classificazione e consultazione su campione rappresentativo di tesi.

Procedure

Il progetto si articola in 5 fasi:

1. Revisione della letteratura relativa ai sistemi di classificazione delle tesi utilizzate in letteratura. La revisione sarà basata su seguenti criteri:
 - scelta degli studi: quali pubblicazioni, quali anni e quali tipi di studi, criteri di inclusione ed esclusione degli studi
 - strategia di ricerca delle informazioni
 - valutazione della qualità metodologica e completezza delle informazioni di ogni studio
 - elaborazione dei risultati e proposta dei criteri per la classificazione delle tesi
2. Consensus Conference con esperti per la valutazione e l'integrazione dei criteri proposti
3. Definizione di un data base
4. Creazione di un software dedicato, utilizzabile in rete
5. Sperimentazione del sistema di classificazione, di archiviazione e consultazione su un campione rappresentativo di tesi

6 RISULTATI ATTESI

1. Disponibilità di criteri per la classificazione delle tesi
2. Definizione di un data base per l'archiviazione delle tesi
3. Utilizzabilità del software dedicato, da parte delle università per l'archiviazione e la rapida consultazione delle tesi di laurea infermieristiche.

Rilevanza

La possibilità di accedere in maniera veloce e selettiva alla produzione delle tesi facilita la formulazione di interessanti giudizi su contenuti, metodi e risultati dei lavori finali degli studenti, sulla congruenza delle tesi con gli obiettivi formativi dei corsi e sulla futura produzione di tesi nei successivi livelli formativi (master, laurea magistrale, dottorati di ricerca). Con una completa disponibilità di dati sulla produzione scientifica (del mondo accademico come di quello sanitario), sarà possibile effettuare numerose e coordinate analisi che valuteranno lo sviluppo della ricerca clinica e della formazione in Italia.

7 PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
0	Revisione della letteratura relativa ai sistemi di classificazione delle tesi utilizzate in letteratura.	Gruppo lavoro 2 professionisti	4 mesi
1	Proposta dei criteri per la classificazione delle tesi	Gruppo lavoro 2 professionisti	4 mesi
2	Consensus Conference	Gruppo lavoro 10 professionisti	2 mesi
3	Definizione di un data base	1 stagista	2 mesi
4	Creazione di un software dedicato, utilizzabile in rete	Gruppo lavoro 1 professionista	4 mesi
5	rappresentativo di tesi	Gruppo lavoro 2 professionisti	8 mesi

8 BIBLIOGRAFIA

1. Arimori N, Iba N, Suzuki S, Matsumoto N, Ito K, Horiuchi S, Yokoyama M, Oikawa I, Siraki K, Hishinuma M, Ozawa M. Characteristics of theses and dissertations at St. Luke's College of Nursing Graduate School: the first twenty years. Bulletin of St Luke's College of Nursing 2003; (29):59-72.
2. Formarier M, Tchassou P. The end of-study dissertations in nursing schools. Pedagogic and methodologic considerations. Rech Soins Infirm. 1998 Mar; (52):54-71.
3. Silva IA, Ferriani MG, de EC. Doctoring interunits in nursing program: 21 years building science. Rev Esc Enferm 2005; 39: 515-21.
4. Kapborg I, Berterö C. Critiquing Bachelor candidates' theses: the criteria useful. International Nursing Review, 2002; 49(2):122-128.
5. Haapaniemi H, Routasalo P, Lauri S. Geriatric nursing research in Finland: an analysis of master's, licentiate and doctoral theses from 1979 to 2000. Hoitotiede 2003;15(2):89-99.
6. Leino Kilpi H, Suominen T. Nursing research in Finland from 1958 to1995. Image: Journal of Nursing Scholarship 1998; 30(4):363-7.
7. Costantino V, Peressinotto E, Marchesin R, Vian F. Le tesi nel diploma universitario per Infermieri. L'esperienza di Padova. Professioni Infermieristiche, 1999; 52(2):92-97.
8. De Marinis MG, Matarese M, Tartaglini D, Binetti P. Dalla tesi di Diploma Universitario alla tesi di laurea: un'analisi dei contenuti e delle metodologie. International Nursing Perspectives 2001; 1(2-3):84-93.
9. Giefer C. Publication of a thesis: the relationship between graduate students and thesis advisor. Nurse Author Ed.1996, 6(2):7-8.
10. De Franca IS, Farias FS, Sobreira TT, Fraga Mde N, Damasceno MM. Analysis of Master theses in nursing under the spotlight of bioethics. Rev Bras Enferm. 2002, 55(5):495-502.
11. Ulusoy MF, Ucar H. An ethical insight into nursing research in Turkey. Nurs Ethics 2000, 7(4):285-95.
12. Hardy S, Ramjeet J. Reflections on how to write and organize a research thesis. Nurse Res 2005; 13(2):27-39.
13. Kim MJ, McKenna HP, Ketefian S. Global quality criteria, standards, and indicators for doctoral programs in nursing; literature review and guideline development. Int J Nurs Stud 2006, 43(4):477- 89.
14. Moreira TM, Jorge MS, Lima FE. Analysis of nursing dissertations and theses on adolescence - Brazil, 1979-2000. Rev Bras Enferm. 2004 57(2):217-22.
15. Hooker RS, Mayo HG. Doctorial dissertations on nurse practitioners: 1970-2000. J Am Acad Nurse Pract 2002, 14(6):276-84.
16. de Gutierrez MG, Leite JL, Pagliuca LM, Erdman AL. Multiple issues researched and to research in nursing. Rev Bras Enferm 2002 55(5):535-41.
17. Loomis ME. Emerging content in nursing: an analysis of dissertation abstracts and titles: 1976-1982. Nurs Res 1985 34(2):113-9.
18. Correa AC, Ferriani MG. The nursing scientific production and the protective policies for the adolescent. Rev Bras Enferm 2005 58(4):449-52.

20. Egry EY, de Fonseca RM, Bertolozzi MR, de Oliveira MA, Takahashi RF. Building knowledge in collective health: an analysis of thesis and dissertations. *Rev Esc Enferm USP* 2005; 39, 544-52.
21. Kurcgant P, Ciampone MH. Research in nursing administration area in Brazil. *Rev Bras Enferm* 2005 58(2):161-4.
22. Wardell DW, Weymouth KF. Review of studies of healing touch. *Journal of Nursing Scholarship* 2004 36(2):147-54.
23. Machado AL, de Oliveira FB. Social representations in nursing: commentaries on theses and dissertations. *Rev Esc Enferm USP* 1997 Dec; 31(3):486-97.
24. Figueiredo Mdo L, Tyrrell MA. The (in)visible gender of old age in the knowledge of nursing. *Rev Bras Enferm* 2004 Nov-Dec; 57(6):679-82.
25. Dantas RAS, Sawada NO, Malerbo MB. Research on quality of life: review on the scientific production of public universities in Sao Paulo State. *Revista Latino Americana de Enfermagem* 2003; 11(4):532-8.
26. Carvalho V. About epistemological constructs in science - a contribution to nursing. *Revista Latino Americana de Enfermagem* 2003; 11(4):420-8.
27. Kim ES, Kim GS, Kim DR, Kim EJ, Sung KM, Shin HK, Shin HS, Lee YJ, Jeong SH. Trends of nursing science inquiry in doctoral dissertations. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2004; 34(2):315-23 (Korean).
28. Degan M. Un'esperienza di integrazione tra politiche aziendali e bisogni individuali di formazione. *Assistenza Infermieristica e Ricerca* 2005; 24(2):88-90.
29. Salmela M, Elomaa L. Theses in development of working life". *Sairaanhoitaja* 2003; 76(9):18-20.
30. Bellingeri A *et al.* Linee guida per la ricerca Infermieristica. In: *La ricerca infermieristica in Italia - Comitato Centrale IPASVI*, 2003, 23-52.
31. Di Giulio P, Saiani L, Palese A, Dimonte V. Le tesi nei corsi triennali per infermieri: contributo per un miglioramento. *Assistenza Infermieristica e Ricerca* 2005 24(2):59-60, 83-87.
32. Matarese M, Tartaglini D, De Marinis MG, Binetti P, Alloni R. La Tesi nel Diploma Universitario per Infermiere. *Medic* 1998; 6:39-45.
33. LoBiondo Wood G, Haber J. in Palese A. (a cura di). *Metodologia della ricerca infermieristica*. McGraw-Hill, Milano 2002. Cap.6: Pag.126.

	Polo 2	POLO PER LA RICERCA			COD. 2.11.1
		TITOLO SINTETICO: LA RESPONSABILITA' EDUCATIVA DEI PAZIENTI IN STOMATERAPIA			
		COORDINATORE PROGETTO	RESP. PROGETTO	RESP. DEL POLO	
		Dott.ssa Annamaria Bagnasco	Prof.ssa Loredana Sasso Dott. Gennaro Rocco	Dott. Gennaro Rocco	

1.TITOLO PROGETTO

La responsabilità educativa nei percorsi clinico assistenziali dei pazienti in stomaterapia: formazione sul campo all'utilizzo della scheda di diagnosi educativa

INDICE

TITOLO PROGETTO
 ABSTRACT
 BACKGROUND
 OBIETTIVI di PROGETTO
 METODOLOGIA
 RISULTATI ATTESI
 PIANIFICAZIONE
 DIAGRAMMA GANTT
 BIBLIOGRAFIA

2. ABSTRACT

L'allungamento della vita, che rappresenta un'importante conquista oltre che una sfida per l'intera società, non allungherà, allo stesso modo, la fase di vita "critica" delle persone. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, vi dovrebbe essere, entro il 2020, un aumento dell'aspettativa di vita, intesa come vita esente da disabilità, almeno del 20% per le persone di 65 anni e tra gli ottantenni si dovrebbe registrare un aumento del 50% delle persone che hanno un livello di salute che permetta loro di mantenere la propria autonomia e la stima di sé. La sfida che ci si pone, anche in considerazione del rilevante impatto dei costi sanitari per la popolazione della terza età sul complesso delle risorse disponibili, è quindi quella di aumentare la durata della vita "sana", rispondendo alla sfida dell'invecchiamento con risposte integrate che siano in grado di aumentare gli anni in buona salute, mettendo insieme i diversi contesti della vita, l'abitare, il muoversi, la cultura, lo sport, la cura di sé e il tempo libero. Questo affinché alle aspettative di vita più lunghe corrispondano anche aspettative di vita di qualità.

Alla base delle principali patologie croniche quali le malattie cardiovascolari, i tumori, le malattie respiratorie croniche e il diabete sono identificabili i fattori di rischio legati a stili di vita diffusi nella popolazione e modificabili quali il consumo di tabacco, una dieta non salutare e la mancanza di attività fisica.

Nei percorsi assistenziali connessi alle patologie croniche più frequenti (ipertensione, scompenso, diabete, insufficienza respiratoria, tumori) emerge la necessità di attivare iniziative di monitoraggio non solo di parametri biologici, ma anche delle modalità e scelte inerenti gli aspetti del proprio stile di "vita" (camminare, assumere terapie, diete, ed altro) che possono in un quadro di condivisione paziente-professionisti essere maggiormente garantiti da un sistema organizzato. Il modo più corretto per governare il "sistema", in un panorama epidemiologico che vede la crescita esponenziale delle patologie croniche a lungo andamento, non è il controllo delle prestazioni o delle strutture erogatrici (funzioni di vigilanza e di passivo monitoraggio della funzione di produzione, attualmente prevalente nelle attività distrettuali) ma la gestione coordinata del percorso delle singole malattie (funzione proattiva di committenza e di tutela della salute). tutto ciò prevede un cambiamento radicale rispetto ad un sistema focalizzato su erogatori di prestazioni per approdare ad un sistema centrato sulla promozione, prevenzione, tutela e cura della salute dei cittadini

Secondo stime dell'OMS, circa l'ottanta per cento dei pazienti extraospedalieri soffre di affezioni croniche e meno del cinquanta per cento di loro segue correttamente le prescrizioni dei curanti. Inoltre, la malattia obbliga il paziente a scelte e comportamenti che riguardano la sua vita quotidiana.

L'educazione terapeutica rappresenta, per le professioni sanitarie, un modo concreto e reale di rispondere alle esigenze dei cittadini affetti da patologie croniche. Rendere il cittadino, il più possibile, autonomo nella gestione della propria patologia rappresenta una sfida ed un'opportunità, sia per i singoli professionisti sanitari, sia per i sistemi sanitari nel loro complesso, in particolare nell'occidente. Tale sfida, etica ed economica, è di straordinaria importanza, sia per il consistente miglioramento che l'educazione terapeutica può apportare alla qualità della vita dei singoli cittadini e delle loro famiglie, sia per la sua positiva influenza sugli aspetti economici spesso aggravati da una scorretta gestione delle complicità che possono insorgere proprio a causa della mancata conoscenza, da parte del singolo, di tutti gli aspetti della propria patologia.

Secondo una recente definizione dell'OMS, l'educazione terapeutica del paziente (TPE, Therapeutic Patient Education) è un'attività finalizzata ad aiutare il paziente e la sua famiglia a comprendere la natura della malattia e dei trattamenti, a collaborare attivamente alla realizzazione del percorso terapeutico e a prendersi cura del proprio

stato di salute, per mantenere e migliorare la propria qualità della vita. L'educazione terapeutica del paziente è quindi una pratica articolata e complessa, che presuppone l'esistenza di una corretta informazione e di un buon livello di comunicazione tra paziente e operatore sanitario.

L'atteggiamento che si richiede al curante è la "presa in carico" del paziente e la disponibilità a utilizzare la relazione come uno strumento per facilitare l'autonomia e la sua responsabilizzazione nella cura. Le capacità di ascolto e di osservazione rendono la relazione uno strumento diagnostico poiché permettono di capire fino in fondo i problemi, ma anche di riconoscere tutte le possibili risorse disponibili e tutti i possibili ostacoli alla scelta e alla realizzazione di opzioni terapeutiche personalizzate. Tale momento deve essere supportato da uno strumento scritto che documenti il bisogno educativo, la diagnosi educativa e i follow-up educativi programmati a distanza. Nell'ambito di questo contesto si inserisce la ricerca proposta che ha l'obiettivo di inserire nella pratica assistenziale strumenti di rilevazione dei bisogni educativi a supporto della pianificazione assistenziale. L'introduzione di schede per la standardizzazione della rilevazione dei bisogni educativi nelle patologie croniche ed in particolare nei pazienti portatori di enterostomia, permette di pianificare la dimissione dei pazienti con un problema cronico garantendo maggiore sicurezza e benessere. L'implementazione di nuovi strumenti permette inoltre di migliorare la comunicazione relativa ai bisogni del paziente, all'interno dell'equipe assistenziale e nei contatti esterni per la continuità dell'assistenza anche post dimissione.

3 BACKGROUND

L'educazione terapeutica in stomaterapia, intesa come un processo permanente centrato sul paziente, che crea un'unica consapevolezza ed entità paziente-malattia, ha l'obiettivo di fornire al paziente strumenti per affrontare i bisogni rappresentati da: mancanza di conoscenze su cosa utilizzare per gestire la nuova condizione fisica correlati allo stoma-care; mancanza di capacità a compiere gli atti; mancanza di conoscenze sui comportamenti da adottare per acquisire l'autonomia nella cura di sé.

Tale consapevolezza permette al paziente, attraverso un cambiamento permanente del proprio stile di vita, di gestire nel quotidiano la propria condizione, attraverso scelte corrette e consapevoli, in autonomia e nella piena accettazione della malattia, con conseguente limitazione della progressione della patologia (prevenzione secondaria) o, dove le complicanze siano già presenti, cercando di limitarne l'invalidità (prevenzione terziaria), in un contesto di qualità di vita accettabile.¹

Per l'operatore sanitario, è fondamentale la conoscenza delle rappresentazioni che la persona ha sulla sua malattia e sul trattamento per creare una relazione efficiente con il paziente/caregiver e, di conseguenza, per esplorare tutte le forme di conoscenze che il paziente/caregiver possiede dal primo contatto fino alla durata di tutto il processo.²

Si è visto che personalizzare al meglio un trattamento per una patologia cronica, in particolare nei pazienti con enterostomia, significa, in un'ottica patient-centered, avere consapevolezza

¹ Chrobak A. *Educational role of a nurse in medical care of patients with outer intestinal stoma*. Pol Merkur Lekarski. 2009;26 (155):579-81. Review.

² Marchand C, d'Invernois J F, Assal J P, Slama G, Hivon R. *An analysis, using concept mapping, of diabetic patients' knowledge, before and after patient education*. Medical Teacher 2002, 24: 9099

delle aspettative del paziente. Ignorarle o minimizzarle significa aumentare sensibilmente il rischio di drop out.³

Una strategia sperimentale piuttosto recente per identificare i bisogni educativi del paziente e le sue “rappresentazioni” delle conoscenze e delle aspettative, è rappresentata dalla mappa semantica (o mappa concettuale, carta concettuale), che costituisce un filtro all’apprendimento e, determina i comportamenti e le scelte terapeutiche dei pazienti.. Può essere descritta come una cartografia su conoscenze individuali ed aspetti emotivi relativi a un determinato tema 4.

L’utilizzo della mappa semantica è un metodo molto efficace per indagare i bisogni di apprendimento del paziente e le sue aspettative verso il trattamento. Inoltre è stato dimostrato che l’utilizzo della mappa semantica sviluppa l’abilità del paziente di autovalutazione . Tale strumento si completa con l’utilizzo di schede di diagnosi educativa, che permettano di rilevare i bisogni educativi .⁵

Tale approccio metodologico può essere particolarmente costruttivo nei pazienti con enterorostomia; la situazione clinica correlata a questo specifico tipo di problema richiede di acquisire informazioni sui particolari bisogni di questi pazienti.

L’esperienza clinica mostra sempre più chiaramente i vantaggi di utilizzare, da parte degli operatori sanitari, un’ottica clinica consistente nel considerare i pazienti non più contenitori passivi di consigli ma piuttosto partecipanti attivi.

Il ruolo del paziente nel processo educativo è di collaborazione, di condivisione e partecipazione attiva ad ogni tappa del piano educativo per il raggiungimento degli obiettivi in esso contenuti.

La motivazione delle persone ad apprendere dipende in gran parte dal grado di accettazione della malattia e dal modo in cui si rappresentano la malattia e la terapia⁶

Questa attenzione al paziente è ben espressa nel cambiamento dell’obiettivo degli interventi clinici, che non sono più esclusivamente finalizzati a cercare la compliance del paziente ma la sua adesione (adesione) al trattamento. Questa a sua volta rinvia alla necessità di riconoscere con chiarezza i principali fattori in grado di influenzare il livello di adesione alle cure tra cui le caratteristiche del paziente e, tra queste, le motivazioni ad aderire al trattamento prescritto.

4 OBIETTIVI di PROGETTO

Obiettivi generali

Ampliare la documentazione assistenziale - educativa infermieristica

Obiettivi specifici

- ✧ Formare gli infermieri sul campo alla rilevazione della diagnosi educativa del paziente stomizzato
- ✧ Standardizzare la diagnostica dei bisogni educativi del paziente portatore di enterostomia
- ✧ Diagnosticare la compliance educativa del paziente portatore di enterostomia
- ✧ Diagnosticare l’aderenza educativa del paziente portatore di enterostomia
- ✧ Fornire uno strumento di rilevazione del bisogno educativo del paziente con diabete

3 Pittman J, Rawl SM, Schmidt CM, Grant M, Ko CY, Wendel C, Krouse RS. *Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with an ostomy*. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2008; 35(5):493-503.

4 Marchand C, Choleau C, d'Ivernois JF, Reach G. Evaluation of therapeutic education of obese patients based on concept mapping before bariatric surgery. Educ Ther Patient/Ther Patient Educ 2009; 1(2): S109-S117

5 Pilcher JW. Using concept maps in a nurse internship program. J Nurses Staff Dev. 2009; 25(6):299-303.

6 Cheraghi-Sohi S, Hole AR, Mead N, McDonald R, Whalley D, Bower P, Roland M. What Patients Want From Primary Care Consultations: A Discrete Choice Experiment to Identify Patients’ Priorities. Ann Fam Med 2008; 6:107-115

- mellito cronico
- ✧ Fornire tracciabilità del percorso educativo messo in opera dall'infermiere e documentarne le ricadute
- ✧ Divulgare risultati scientifici a supporto della qualità della documentazione educativa e della qualità delle cure.

Indicatori

- le modalità di svolgimento della ricerca (processo, strumenti, somministrazione e raccolta, elaborazione e rendicontazione, disseminazioni) rispondono ai principi deontologici del Codice deontologico IPASVI e ai principi etici di rispetto della salute della persona, della sua dignità, della riservatezza
- il project team produce i resoconti in itinere e consuntivi previsti dal diagramma di GANTT
- la quantità di strumenti di ricerca compilati raccolti raggiunge il 75% degli strumenti distribuiti.
- I tempi fissati nel diagramma di GANTT sono rispettati con uno scarto massimo di un mese dalle scadenze previste
- La redazione di articoli (per editoria Web e cartacei) e della pubblicazione editoriale è effettuata nei tempi previsti dal diagramma di GANTT
- I risultati della ricerca sono presentati almeno ad un congresso/convegno entro un anno dalla chiusura della ricerca.
- Le spese effettuate per il progetto non superano quelle previste.

5 METODOLOGIA***Disegno dello studio***

Tale studio può essere sviluppato come uno studio quantitativo che coinvolge infermieri operanti in realtà sanitarie pubbliche o private del nord e del centro Italia principalmente delle regioni Lazio, Piemonte, Liguria, Emilia Romagna.

Lo studio prevede due macro-fasi:

1. Formazione dei supervisor
2. Valutazione e diagnostica educativa sul campo

1. Formazione dei supervisor

La formazione dei supervisor prevede l'analisi e la chiarificazione della scheda per l'osservazione dei comportamenti correlati allo stile di vita delle persone con enterostomia e la presentazione degli items per la rilevazione della compliance e la misurazione della adherence al trattamento ⁷.

Per l'attivazione del progetto e la sperimentazione sono necessari due supervisor per Unità Operativa di sperimentazione.

La formazione dei supervisor prevede:

Primo incontro prima dell'inizio della sperimentazione (3 ore)

Secondo incontro dopo 4 settimane di sperimentazione (2 ore)

Gli utilizzatori della scheda saranno tutti gli operatori infermieri in servizio a tempo indeterminato nelle unità operative di degenza e ambulatoriali chirurgiche degli ospedali

⁷ Coster S, Norman I. *Cochrane reviews of educational and self-management interventions to guide nursing practice: a review.* Int J Nurs Stud. 2009 Apr;46(4):508-28. 2008 Nov 13.

coinvolti nello studio.

Verranno coinvolti nel progetto e nelle due giornate formative:

- Il Coordinatore infermieristico di ciascuna unità operativa
- I Referenti del Settore Formativo Assistenziale
- Il Referente del Dipartimento Servizi Assistenziali
- I Referenti della formazione Aziendale

2. Arruolamento e valutazione diagnostica educativa

Criteri di arruolamento e di inclusione/esclusione (pazienti)

- Pazienti portatori di enterostomia provvisoria o definitiva
- Pazienti collaboranti

L'arruolamento verrà effettuato dall'infermiere rilevatore sulla base dei criteri di inclusione

Si escludono dallo studio i pazienti valutati come totalmente dipendenti nel soddisfacimento dei bisogni fisiologici e/o non collaboranti.

Criteri di arruolamento e di inclusione/esclusione (caregiver informali)

- Parenti/persona di riferimento che assistono a domicilio pazienti con enterostomia provvisoria o definitiva
- Parenti/persona di riferimento collaboranti

L'arruolamento verrà effettuato dall'infermiere rilevatore sulla base dei criteri di inclusione

Lo strumento per la valutazione dei bisogni educativi è stato validato da pre test condotti con professionisti esperti in stoma care.

Campione

Si prevede la valutazione di 400 pazienti in 3 mesi per ciascuna Regione compresa nello studio. Verranno coinvolte le unità operative e gli ambulatori di chirurgia generale di alcuni Ospedali della Regione Lazio, Lombardia, Liguria, Piemonte ed Emilia Romagna. Verrà effettuato un campionamento di convenienza nel periodo di sperimentazione.

Strumenti

Per la diagnosi educativa gli infermieri potranno utilizzare:

1. Scheda di rilevazione dei comportamenti correlati allo stile di vita delle persone con enterostomia.
2. Scala di differenziazione Osgood per la determinazione della Compliance
3. Scala di differenziazione Osgood per la determinazione della Adherence

Procedure

L'utilizzo della scheda di rilevazione dei comportamenti correlati allo stile di vita e delle scale di differenziazione Osgood per la determinazione della Compliance e della Adherence del paziente saranno precedute dalla formazione dei supervisor.

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
0	Disegno di studio	Risorse Umane: Referente Scientifico - Project Manager	30 gg
1	Background scientifico	Referente scientifico Project Manager	30 gg
2	Validazione Scheda raccolta dati	Referente scientifico Project Manager	30 gg
3	Attuazione della ricerca	Project Team	120 gg
4	Disseminazione dei risultati	Referente scientifico, Project Manager , Project team IPASVI e partners	120 gg

	Mese 1	Mese 2	Mese 3	Mese 4	Mese 5	Mese 6	Mese 7	Mese 8	Mese 9	Mese 10
Fase 0										
Fase 1										
Fase 2										
Fase 3										
Fase 4										

9 BIBLIOGRAFIA

1. Bryan S, Dukes S. *The Enhanced Recovery Programme for stoma patients: an audit*. Br J Nurs. 2010 19 (13):831-4.
2. Coster S, Norman I. *Cochrane reviews of educational and self-management interventions to guide nursing practice: a review*. Int J Nurs Stud. 2009, 46(4):508-28.
3. Lo SF, Wang YT, Wu LY, Hsu MY, Chang SC, Hayter M. *Multimedia education programme for patients with a stoma: effectiveness evaluation*. J Adv Nurs. 2011, 67(1):68-76.
4. Lo SF, Wang YT, Wu LY, Hsu MY, Chang SC, Hayter M. *A cost-effectiveness analysis of a multimedia learning education program for stoma patients*. J Clin Nurs. 2010, 19(13-14):1844-54.
5. Pittman J, Rawl SM, Schmidt CM, Grant M, Ko CY, Wendel C, Krouse RS. *Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with an ostomy*. J Wound Ostomy Continence Nurs. 2008, 35(5):493-503.
6. Pilcher JW. *Using concept maps in a nurse internship program*. J Nurses Staff Development 2009, 25(6):299-303.

	Polo 2	POLO PER LA RICERCA			COD. 2.11.2
		TITOLO SINTETICO: AUTOVALUTAZIONE E SVILUPPO DELLA CORE COMPETENCE			
		COORDINATORE PROGETTO	RESP. PROGETTO	RESP. DEL POLO	
		Dott.ssa Annamaria Bagnasco	Prof.ssa Loredana Sasso Dott. Gennaro Rocco	Dott. Gennaro Rocco	

1.TITOLO PROGETTO

Autovalutare lo sviluppo delle Core Competence “in progress”: il Bilancio di competenza (formazione sul campo)

INDICE

TITOLO PROGETTO
 ABSTRACT
 BACKGROUND
 OBIETTIVI di PROGETTO
 METODOLOGIA
 RISULTATI ATTESI
 PIANIFICAZIONE
 DIAGRAMMA GANTT
 BIBLIOGRAFIA

2. ABSTRACT

Nei percorsi formativi e di aggiornamento, si rendono necessarie: valutazione delle capacità cognitive, affinamento emotivo e conseguimento di skills tecniche con ricaduta sulle performances tecniche, in aggiornamento continuo (Reesing e Devici, 2004).

Tra le sfide che la formazione infermieristica (a vari livelli) si trova ad affrontare, rientra la necessità di considerare nuove strategie di apprendimento finalizzate a migliorare le performances dei team in formazione, orientandoli ad assumere ruoli sempre più complessi, che richiedono un livello sempre più elevato di pensiero critico e capacità di giudizio clinico rispetto al passato.

La valutazione delle competenze aggiuntive, deve garantire una ricaduta visibile sulla qualità dell'assistenza e sulla sicurezza nello svolgimento delle pratiche assistenziali, al fine di rispondere all'evoluzione dei problemi assistenziali sulla base dei requisiti di sicurezza, affidabilità ed eticità (Walsh e Seldomridge, 2005).

Pertanto oggi, gli organismi di regolamentazione e i datori di lavoro devono garantire la certificazione continua della competenza specifica del professionista e documentare ai cittadini e agli utenti la appropriatezza degli interventi infermieristici. (Walsh e Seldomridge, 2005).

Il progetto proposto ha la finalità di introdurre uno strumento di autovalutazione delle competenze di decisione, di risoluzione dei problemi e di giudizio clinico dell'infermiere. Tali competenze vengono riferite al processo di assistenza infermieristica.

3 BACKGROUND

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Salute le abilità umane (Skill) possono essere classificate in dieci elementi:

1. **Autocoscienza** : conoscere se stessi, il proprio carattere, i propri bisogni, i propri punti di forza e di debolezza. Questo elemento è indispensabile per la gestione dello stress, la comunicazione efficace e per l'empatia;
2. **Gestione delle emozioni**: consapevolezza delle modalità in cui le emozioni influenzano il proprio comportamento";
3. **Gestione dello stress**: saper riconoscere e controllare le fonti di stress;
4. **Senso critico**: saper analizzare le informazioni in modo oggettivo, al fine di utilizzarle per la presa di decisione.
5. **Prendere decisioni (Decision making)**: saper decidere in modo consapevole e costruttivo "nelle diverse situazioni e contesti";
6. **Risolvere problemi (Problem solving)**: saper affrontare e risolvere in modo costruttivo i problemi;
7. **Creatività** : saper trovare soluzioni e idee originali, competenza che "contribuisce sia al *decision making* che al *problem solving*, permettendo di esplorare le alternative possibili e le conseguenze delle diverse opzioni".
8. **Comunicazione efficace**: sapersi esprimere in ogni situazione particolare sia a livello verbale che non verbale "in modo efficace e congruo alla propria cultura", ascoltando con attenzione gli altri;
9. **Capacità di relazioni interpersonali**: interagire con gli altri in maniera positiva, riuscire a creare e mantenere relazioni amichevoli che possono avere forte rilievo sul benessere mentale e sociale ed inoltre essere capaci, se opportuno, di porre fine alle relazioni in maniera costruttiva;
10. **Empatia**: anche in situazioni con le quali non si ha familiarità.

Le abilità umane costituiscono la base per la riflessione sulle abilità professionali dell'infermiere. Il core competence dell'infermiere è connotato nella dimensione umana dell'assistenza, pertanto riflettere (in termini di autovalutazione) sulle competenze che derivano dai dieci elementi delle abilità umane può essere altamente professionalizzante

4 OBIETTIVI di PROGETTO

Obiettivo generale

Introdurre uno strumento di autovalutazione delle competenze “*in progress*” dell’infermiere.

Obiettivi specifici

- ✧ Sperimentare sul campo un sistema di misurazione delle Core Competence “*in progress*” del professionista infermiere
- ✧ Facilitare la crescita e lo sviluppo dei livelli di competenza professionale
- ✧ Facilitare la definizione e l’autovalutazione dei bisogni formativi “*long life*”
- ✧ Facilitare lo sviluppo dei livelli di performance professionale

Indicatori

- ✧ Numero di competenze autovalutate nel bilancio personale di competenza (in riferimento alle competenze totali previste)
- ✧ Richieste di formazione e aggiornamento riferite alle competenze mappate (in riferimento alle competenze valutate)
- ✧ Numero di unità operative che utilizzeranno il sistema di autovalutazione a sei mesi dalla conclusione del progetto (in riferimento al totale delle unità operative coinvolte)

5 METODOLOGIA

Disegno dello studio

Tale studio può essere sviluppato come uno studio quantitativo che coinvolge infermieri operanti in realtà sanitarie pubbliche e/o private del Nord e Centro Italia, principalmente delle Regioni: Lazio, Liguria, Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna .

Lo studio prevede due macro-fasi:

3. Formazione dei facilitatori
4. Bilancio delle competenze sugli operatori

2. Formazione dei facilitatori

La formazione dei facilitator prevede l’analisi e la presentazione del paradigma delle competenze valutabili (Critical Thinking), l’analisi dello strumento di autovalutazione delle competenze (modello Dreyfus) e la sperimentazione del Bilancio di Competenze da parte dei facilitatori.

Per l’attivazione del progetto e la sperimentazione sono necessari due facilitatori per Unità Operativa di sperimentazione.

La formazione dei facilitatori prevede:

Primo incontro prima dell’inizio della sperimentazione (3 ore)

Secondo incontro dopo 4 settimane di sperimentazione (2 ore)

Gli utilizzatori del Bilancio di Competenza saranno tutti gli operatori infermieri in servizio a tempo indeterminato nelle unità operative di degenza e ambulatoriali di chirurgia generale e medicina generale degli ospedali coinvolti nello studio.

Verranno coinvolti nel progetto e nelle due giornate formative:

- Il Coordinatore infermieristico di ciascuna unità operativa
 - I Referenti del Settore Formativo Assistenziale
 - Il Referente del Dipartimento Servizi Assistenziali
 - I Referenti della formazione Aziendale
3. Arruolamento e valutazione delle competenze
 - 4.

Criteri di inclusione riferiti alla struttura

Verranno incluse nello studio le unità operative di medicina e chirurgia generale che documentano la pianificazione assistenziale su formato cartaceo e/o informatico.

L’arruolamento dell’unità operativa verrà effettuato dal team di progetto

educativa sono nell’ambito di una mobilità localizzata al massimo all’interno della regione Lazio

La dotazione tecnologica informatica è quella standard (PC, connessione). Non ci sono software e applicazioni informatiche da

acquisire.

Campione

Si prevede la compilazione del bilancio di competenza da parte di 500 infermieri in 3 mesi. Verranno coinvolti gli infermieri assunti con contratto a tempo indeterminato che operano nelle unità operative di medicina e chirurgia generale di strutture pubbliche e/o private delle Regioni: Lazio, Liguria, Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna.

Strumenti

Per l'autovalutazione delle competenze "in progress" gli infermieri potranno utilizzare:

4. Schede validate di misurazione delle competenze di "pensiero critico" nella pianificazione assistenziale
5. Griglie di misurazione validate sui livelli di expertise della competenza
6. Griglie di misurazione validate sui livelli di padronanza della competenza

Procedure

L'utilizzo del Bilancio di competenza da parte degli operatori sarà supportato dai facilitatori formati.

6 RISULTATI ATTESI

La ricaduta attesa è direttamente correlata ad una riflessione da parte degli operatori sull'importanza dei tre livelli di competenza di pensiero critico: l'abilità di prendere decisioni (Decision Making) , l'appropriatezza degli interventi clinici (Clinical Judgment) e l'abilità di risolvere problemi (Problem solving). Il risultato dell'autovalutazione delle competenze correlate ai tre livelli di abilità, potrebbe essere la variazione delle richieste di formazione e aggiornamento continuo. Gli operatori avranno la possibilità di analizzare le competenze proprie riferendole ai tre campi della competenza: campo cognitivo, campo della relazione interpersonale e campo dei gesti. Tale declinazione delle competenze potrebbe facilitare nuove richieste formative riferite alle specifiche competenze richieste per ciascuno dei tre campi.

Indicatori

- ✧ Numero di competenze autovalutate nel bilancio personale di competenza (in riferimento alle competenze totali previste)
- ✧ Richieste di formazione e aggiornamento riferite alle competenze mappate (in riferimento alle competenze valutate)
- ✧ Numero di unità operative che utilizzeranno il sistema di autovalutazione a sei mesi dalla conclusione del progetto (in riferimento al totale delle unità operative coinvolte)

Miglioramento degli outcome di documentazione del processo di assistenza infermieristica (in riferimento allo start del progetto formativo)

Rilevanza

La rilevanza del progetto è determinata dalla provata efficacia dello strumento di autovalutazione del Bilancio di competenza, nei processi di motivazione del personale e miglioramento delle performance professionali.

Un ulteriore aspetto rilevante è considerato la sensibilizzazione degli operatori infermieri alla riflessione continua sulle competenze professionali e l'induzione ad una visione di competenza "in progress" che generi negli operatori necessità di aggiornamento continuo della competenza. La "nuova competenza" necessita di una visione continua sui problemi e sulle loro caratteristiche, sociali e culturali oltre che sanitarie; questi strumenti possono facilitare anche questo processo di visione sui "problemi nuovi" a cui l'assistenza infermieristica deve rispondere.

7 PIANIFICAZIONE

Descrizione attività		Risorse impegnate	Durata
0	Disegno di studio	Risorse Umane: Referente Scientifico - Project Manager	30 gg
1	Background scientifico	Referente scientifico Project Manager	30gg
2	Validazione Scheda raccolta dati	Referente scientifico Project Manager	30gg
3	Attuazione della ricerca	Project Team	90gg
4	Disseminazione dei risultati	Referente scientifico, Project Manager, Project team IPASVI e partners	120gg

8 DIAGRAMMA GANTT

	Mese 1	Mese 2	Mese 3	Mese 4	Mese 5	Mese 6	Mese 7	Mese 8	Mese 9	Mese 10
Fase 0										
Fase 1										
Fase 2										
Fase 3										
Fase 4										

9 BIBLIOGRAFIA

Armstrong G, Blashki G, Joubert L, Bland R, Moulding R, Gunn J, Naccarella L. *An evaluation of the effect of an educational intervention for Australian social workers on competence in delivering brief cognitive behavioural strategies: A randomised controlled trial*. BMC Health Serv Res. 2010; 10 (1):304.

Donna D. Scott Tilley, *Competence in nursing: a concept analysis*, J. Contin. Educ. Nurs. 2008; 39 (2): 58-64.

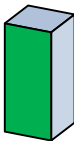
Drennan J. *Critical thinking as an outcome of a Master's degree in Nursing programme*. J Adv Nurs. 2010; 66(2):422-31.

Feng RC, Chen MJ, Chen MC, Pai YC. *Critical thinking competence and disposition of clinical nurses in a medical center*. J Nurs Res. 2010; 18(2):77-87.

Lasater K *High-Fidelity simulation and the development of clinical judgment: students' experiences*. Journal of Nursing Education 2007; 46 (6): 269-276.

Peña A. *The Dreyfus model of clinical problem-solving skills acquisition: a critical perspective*. Med Educ Online. 2010 Jun 14;15. doi: 10.3402/meo.v15i0.4846.

Paans W, Sermeus W, Nieweg R, van der Schans C *Determinants of the accuracy of nursing diagnoses: influence of ready knowledge, knowledge sources, disposition toward critical thinking, and reasoning skills*. Journal of Professional Nursing 2010; 26(4): 232-241.

	Polo 2	POLO PER LA RICERCA			COD. 2.11.3
		TITOLO SINTETICO: RICERCA MULTICENTRICA SULLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE NEL PERCORSO PERIOPERATORIO			
		COORDINATORE PROGETTO	RESP. PROGETTO	RESP. DEL POLO	
		Dott. Andrea Maccari Dott. Carlo Turci Dott. Gaetano Romigi Dott. Stefano Casciato Dott. Stefano Masci	Dott.Gennaro Rocco Prof. Rosaria Alvaro Dott. Ercole Vellone	Dott.Gennaro Rocco	
		1.TITOLO PROGETTO			
<i>Progetto di ricerca multicentrica sulla presa in carico del paziente nel percorso perioperatorio presso le aziende Sanitarie di Roma e Provincia</i>					

INDICE

TITOLO PROGETTO
 ABSTRACT
 BACKGROUND
 OBIETTIVI di PROGETTO
 METODOLOGIA
 RISULTATI ATTESI
 PIANIFICAZIONE
 DIAGRAMMA GANTT
 BIBLIOGRAFIA

2. ABSTRACT

Lo stress e l'ansia provocano delle modificazioni sia a livello psicocomportamentale che psiconeuroendocrino, come dimostrano molti studi al riguardo.

Questo progetto vuole dimostrare l'importanza del ruolo dell'infermiere nella presa in carico del paziente nel percorso perioperatorio. Un'importanza che diventa fondamentale nel momento in cui si dimostra che il colloquio informativo-conoscitivo, tra un infermiere di sala operatoria e il paziente, riesce a ridurre gli stimoli stressanti.

L'esperienza dello studio pilota, svolto nell'anno 2005 presso i gruppi operatori dell'ospedale Sandro Pertini di Roma, ha evidenziato dei risultati davvero stimolanti.

L'analisi dei dati ottenuti, infatti, ha consentito di confermare l'ipotesi, evidenziando la bontà della previsione iniziale: il colloquio-incontro dell'infermiere con il paziente, prima dell'intervento chirurgico, produce degli effetti positivi tali da incidere sia a livello psiconeuroendocrino che psicocomportamentale.

Dopo questo studio pilota del 2005, seguendo lo stesso metodo ed utilizzando gli stessi strumenti, si sta effettuando, dal gennaio 2007, la ricerca iniziale presso l'Azienda Socio Sanitaria Locale N. 10 "Veneto Orientale", attraverso il Settore Sviluppo Professionale del Servizio Professioni Sanitarie - Ricerca ed uso delle Evidenze Scientifiche, che ha coinvolto nel progetto gli infermieri (debitamente formati) delle sale operatorie di Portogruaro e S. Donà di Piave. Sono in corso, inoltre, ricerche da parte di studenti delle Università degli Studi di Firenze e Roma, seguiti, in qualità di relatori, dai proponenti il progetto in questione.

I risultati fin qui ottenuti dimostrano in maniera inconfutabile non solo la bontà dell'ipotesi, ma gettano le basi per approfondimenti, studi e ricerche future.

3 BACKGROUND

Il nursing peri operatorio è in continua evoluzione ed è una specialità che richiede le conoscenze, abilità tecniche, leadership ed eccellenti capacità comunicativo-relazionali.

Dalla letteratura emerge che questi aspetti incidono notevolmente sul percorso clinico del paziente, determinando un aumento delle complicanze post-operatorie, un ritardo nella ripresa funzionale e un aumento dei giorni di degenza.

Questo studio vuole prendere in considerazione lo stress, la conseguente manifestazione ansiosa e la risposta di attivazione corporea e psicofisiologica riscontrata su un campione di pazienti che devono essere sottoposti a intervento chirurgico di elezione. Lo stress, infatti, come reazione dell'organismo vivente ad eventi percepiti come minacciosi per la sopravvivenza e incolumità fisica, è un elemento sempre presente, in maniera più o meno evidente, nel paziente che si appresta ad entrare in sala operatoria.

L'ansia peri operatoria, presente già al momento del ricovero, risulta in genere aumentata immediatamente prima dell'intervento per il timore dei rischi e delle conseguenze dell'intervento stesso, dell'anestesia, ecc.

La manifestazione ansiosa comporta delle modificazioni sia a livello psicocomportamentale sia a livello psicoendocrino, come molti studi al riguardo hanno dimostrato. Tali modificazioni intervengono quando viene innescata la reazione emozionale da parte di stimoli stressanti carichi di significato evocativo emozionale.

Dal punto di vista sperimentale, diviene dunque particolarmente importante la ricerca di detti stimoli, capaci di attivare la risposta emozionale, nonché le eventuali soluzioni per ridurli e/o eliminarli.

Nei capitoli che costituiscono il presente elaborato, per sostenere l'ipotesi, si sono presi in esame i fondamenti teorici della comunicazione: come elemento basilare delle interazioni umane e della relazione d'aiuto nell'assistenza infermieristica, descritta rigorosamente da Hildegard Peplau, infermiera psichiatrica americana e teorica del Nursing (1952).

E' stato finora condotto uno studio sperimentale su un campione di 1.100 pazienti provenienti dalle Unità Operative Chirurgiche degli Ospedali Sandro Pertini e San Camillo - Forlanini di Roma, del Policlinico di Tor Vergata di Roma, dei presidi ospedalieri della Asl 10 Veneto Orientale e dell'ospedale di Borgo S. Lorenzo (FI), utilizzando, per la raccolta dati e il colloquio informativo- conoscitivo, gli infermieri dei gruppi operatori degli stessi ospedali.

Asl Roma B - Asl IO Veneto Orientale

L'esperienza è sulla *presa in carico del paziente nel percorso perioperatorio* e si è svolta con uno studio pilota (2005) all'ospedale Sandro Pertini di Roma e successivamente trasferendo gli strumenti da gennaio 2007 nell'Asl IO Veneto Orientale. Obiettivo: ottenere benefici oggettivi, sia a livello psico-neuroendocrino che psico-comportamentale, nei pazienti che hanno ricevuto una visita di un infermiere di sala operatoria prima dell'intervento. I risultati ottenuti dimostrano in maniera inconfutabile la bontà dell'ipotesi e gettano le basi per approfondimenti, studi e ricerche future. Dall'analisi si rilevano le differenze tra i due gruppi (sperimentale e controllo): tra i pazienti che hanno avuto il colloquio con l'infermiere, solo il 18,6% ha avuto problemi rilevati in sala operatoria, contro il 42,1% di coloro che non hanno avuto l'incontro. È evidente, inoltre, che i pazienti del gruppo sperimentale hanno dei punteggi del questionario per la valutazione dell'ansia, migliori rispetto ai pazienti che non hanno avuto l'incontro con l'infermiere.

(Dal Sole 24 ore - Sanità del 4 marzo 2009)

Il campione attraverso randomizzazione è stato diviso in due gruppi: gruppo sperimentale e gruppo di controllo.

I pazienti appartenenti al gruppo sperimentale venivano sottoposti al colloquio informativo -conoscitivo il giorno prima dell'intervento chirurgico e il giorno dell'intervento, veniva somministrato il " Questionario STAI (State- Trait Anxiety Inventory) per la valutazione dell'ansia di stato e venivano monitorati e rilevati anche eventuali problemi al risveglio, seguendo le indicazioni riportate a tergo del questionario STAI.

L'ipotesi generale che guida l'insieme della ricerca è ottenere dei benefici misurabili e valutabili dall'incontro tra l'infermiere di sala operatoria e il paziente.

Questo incontro "terapeutico", precedente all'intervento, è un passo in avanti rispetto a molti altri studi effettuati, i quali hanno evidenziato l'aumento dell'ansia e dello stress in prossimità dell'intervento chirurgico.

Attraverso questa ricerca, si vuole dimostrare quali sono i benefici oggettivi, sia livello psiconeuroendocrino che psiconeurcomportamentale, nei pazienti che hanno avuto il colloquio con l'infermiere di camera operatoria prima dell'intervento.

Mettendo in primo piano l'importanza dell'infermiere nella presa in carico del paziente nel percorso perioperatorio, importanza fondamentale soprattutto quando si dimostra che il colloquio informativo conoscitivo tra infermiere e paziente riduce gli stimoli stressanti.

4 OBIETTIVI di PROGETTO

Obiettivi generali

- Diffondere il concetto di relazione terapeutica tra infermiere e paziente, nell'ambito delle strutture sanitarie di Roma e Provincia
- Creare una rete di aziende sanitarie interessate allo sviluppo e all'approfondimento delle tematiche riguardanti la relazione e la comunicazione efficaci

Misurare il miglioramento delle condizioni di salute del paziente con cui si istaura una relazione d'aiuto efficace, sia dal punto di vista psiconeuroendocrino che

Obiettivi specifici

Presentare lo strumento di indagine ai Dirigenti dell'Area Assistenziale e ai referenti aziendali individuati

- Realizzare le giornate formative, con attribuzione dei crediti ECM, presso le Aziende partecipanti, rivolto ai Dirigenti infermieristici, ai referenti aziendali, nonché a tutti gli infermieri interessati
- Analizzare i risultati e l'impatto sul miglioramento delle condizioni di salute del paziente con cui si istaura una relazione d'aiuto efficace

Indicatori

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

5 METODOLOGIA

Disegno dello studio

Il bisogno di informare, comunicare e relazionarsi con i pazienti in maniera efficace è diventato davvero fondamentale. Il gap assistenziale giustifica l'importanza di rilevare una ricerca per far emergere definitivamente il problema e creare l'attuazione di un protocollo che preveda nella fase di accoglienza, preparazione all'intervento (fisica e psicologica), educativa, un percorso strutturato che permetta agli operatori sanitari di svolgere la propria attività innanzitutto attraverso l'informazione e la formazione.

L'ipotesi generale che guida l'insieme della ricerca è che dall'incontro, tra l'infermiere di sala operatoria e il paziente, si possano ottenere dei benefici misurabili e valutabili.

Questo incontro "terapeutico", precedente all'intervento, è un passo in avanti rispetto a molti altri studi effettuati, i quali hanno evidenziato l'aumento dell'ansia e dello stress in prossimità dell'intervento chirurgico.

La ricerca vuole dimostrare quali sono i benefici oggettivi, sia a livello psiconeuroendocrino che psiconeurocomportamentale, nei pazienti che hanno avuto il colloquio con l'infermiere di camera operatoria prima dell'intervento. E' dunque fondamentale, per il buon esito della ricerca, far comprendere ai partecipanti l'importanza della loro adesione al progetto di innovazione debitamente formati.

Lo studio si sviluppa in cinque fasi:

Fase 1: formazione del TdP e analisi del contesto.

Individuazione del Team di Progetto *ad hoc* composto da rappresentanti del Collegio Ipasvi di Roma, dell'Associazione "Com.e." e da infermieri esperti in materia. Il TdP si occuperà della pianificazione, organizzazione e gestione di tutte le fasi indicate nel presente progetto.

Fase 2: proposta del progetto alle strutture individuate.

Una seconda fase sarà dedicata alla proposta del progetto al personale infermieristico della/e sala/e operatoria/e aderenti allo studio, con la descrizione degli interventi (compreso quello formativo), le modalità e i tempi di attuazione del progetto, nonché la definizione del TdP come tutor del progetto stesso.

Fase 3: corso di formazione.

Una terza fase sarà dedicata alla formazione del personale infermieristico, attraverso un corso di formazione di sedici ore (17 crediti ECM). Il corso si prefigge di accompagnare coloro che hanno il

compito di prendere in carico il paziente prima di essere sottoposto ad un intervento chirurgico, per acquisire attraverso una metodologia di costante sperimentazione personale, strategie efficaci e abilità specifiche per l'organizzare la presa in carico, la gestione e la conduzione del colloquio, nonché la rilevazione di segnali di incongruenza della persona. L'azione formativa è centrata anche sulla conoscenza delle tecniche di comunicazione efficace.

Fase 4: supporto al progetto.

Una quarta fase sarà dedicata al supporto durante il momento attuativo del colloquio infermiere - paziente, con conseguente acquisizione dei dati da questionari dedicati.

Fase 5: acquisizione, elaborazione e analisi dei dati.

Dopo aver acquisito i dati dalle schede dei questionari somministrati ai pazienti, si passa all'elaborazione e conseguente analisi.

Campione

Lo studio è multicentrico e sarà condotto uno studio sperimentale su un campione di convenienza di almeno 2.000 pazienti provenienti dai reparti chirurgici degli Ospedali aderenti al progetto di ricerca, attraverso la raccolta dati effettuata dagli infermieri delle sale operatorie interessate.

Il campione attraverso la randomizzazione sarà suddiviso in due gruppi: gruppo sperimentale e gruppo di controllo.

I pazienti appartenenti al **gruppo sperimentale** venivano sottoposti al colloquio informativo conoscitivo (variabile dipendente), prima dell'intervento chirurgico, dove l'infermiere avrà una relazione con il paziente e somministrerà il "*Questionario di rilevazione*" dedicato. Al medesimo campione, il giorno dell'intervento, verrà somministrato il "*Questionario STAI: State - Trait Anxiety Inventory Forma*" per la valutazione dell'ansia di stato e verranno monitorati e rilevati eventuali problemi al risveglio, seguendo le indicazioni riportate a tergo del questionario STAI.

Al **campione di controllo** verrà somministrato il "*Questionario di rilevazione*", il "*Questionario STAI: State - Trait Anxiety Inventory Forma*" per la valutazione dell'ansia di stato, monitorati e rilevati eventuali problemi al risveglio e il giorno dell'intervento, senza essere sottoposto al colloquio informativo conoscitivo con l'infermiere prima dell'intervento chirurgico.

Strumenti

I dati anagrafici, il sesso, il titolo di studio, dei pazienti appartenenti ai due campioni sono stati raccolti tramite il "*Questionario per la rilevazione*". Per il campione sperimentale i dati sono stati raccolti durante il colloquio informativo - conoscitivo che avrà luogo il giorno prima dell'intervento chirurgico. La mattina dell'intervento in Sala Operatoria verrà somministrato il "*Questionario STAI*" e al risveglio verranno monitorati e rilevati eventuali problemi.

Per il campione di controllo tutta la raccolta dei dati si svolgerà la mattina dell'intervento in Sala Operatoria, sono stati rilevati i dati anagrafici attraverso il "*Questionario di rilevazione*" e somministrato il *Questionario STAI* e al risveglio monitorati e rilevati eventuali problemi.

I dati verranno inseriti ed elaborati da un foglio elettronico predisposto all'uopo

Procedure

Il percorso di ricerca prevede le seguenti procedure:

- la preparazione dell'indagine;
- la realizzazione dell'indagine;
- la comunicazione dei risultati

6 RISULTATI ATTESI

L'indagine ha l'obiettivo di raggiungere almeno 2000 pazienti, tra gruppo sperimentale e gruppo controllo.

Indicatori

- N° di pazienti del campione di indagine / N° di questionari attesi * 100 (> 80%)
- N° di eventi formativi espletati / N° di eventi formativi previsti (> 80%)
- N° di partecipanti agli eventi formativi / N° di partecipanti attesi agli eventi formativi (> 60%)
- N° delle Strutture Sanitarie di Roma e Provincia aderenti al Progetto / N° delle Strutture Sanitarie di Roma e Provincia attese * 100 (> 3%)

Rilevanza

Iniziativa strategica per i seguenti motivi:

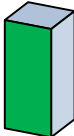
- prima ricerca del genere in Italia che rappresenta un passo in avanti rispetto a molti altri studi effettuati, anche multidisciplinari, che hanno evidenziato e provato l'aumento dell'ansia e dello stress in prossimità dell'intervento chirurgico;
- la ricerca vuole sottolineare l'importanza dell'incontro "terapeutico" tra infermiere e paziente prima dell'intervento chirurgico;
- impatto positivo sugli infermieri che potranno partecipare agli eventi formativi con la possibilità di sviluppo delle competenze comunicative e relazionali

7 PIANIFICAZIONE

Descrizione attività		Risorse impegnate	Durata
1	Approvazione dell'ipotesi di ricerca	Consiglio Direttivo	luglio 2010
2	Costituzione del Team di Progetto	Consiglio Direttivo	luglio 2010
3	Elaborazione del progetto di ricerca	TdP	luglio 2010
4	Approvazione del progetto di ricerca	Consiglio Direttivo	luglio 2010
5	Partnership con l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"	Project manager	luglio-agosto 2010
6	Presentazione del Progetto di ricerca ai Dirigenti dell'Area Infermieristica	TdP e Project Manager	settembre 2010
7	Raccolta delle adesioni di partecipazione al progetto	TdP	settembre 2010
8	Programmazione degli eventi formativi e accreditamento ECM	TdP	settembre 2010
9	Individuazione dei referenti aziendali a cura delle singole Aziende aderenti al Progetto di ricerca	TdP	settembre 2010
10	Stampa dei questionari	TdP + Tesoriere	settembre 2010
11	Preparazione del materiale occorrente (locandine, programmi, attestati, materiale didattico) e organizzazione delle Giornate di Studio	TdP + Tesoriere	da settembre 2010 a settembre 2011
12	Attività di supporto ai referenti aziendali	TdP	da ottobre 2010 a settembre 2011
13	Raccolta dei questionari e inserimento dati presso la Sede del Collegio IPASVI di Roma	TdP + referenti aziendali	da ottobre 2010 a settembre 2011
14	Monitoraggio e verifica del processo	TdP	da ottobre 2010 a settembre 2011
15	Elaborazione dei dati	TdP	ottobre 2011
16	Analisi dei dati raccolti, interpretazione dei risultati ottenuti e stesura del rapporto finale	TdP	ottobre 2011
17	Pubblicazione del rapporto di ricerca	TdP	novembre 2011
18	Realizzazione di un evento per la presentazione dei risultati della ricerca	TdP, Comitato Organizzativo designato dal Collegio e Project manager	dicembre 2011

9. BIBLIOGRAFIA

1. Adams H.P., *Salute*. Urta, Milano, 1999.
2. Alvaro R., Sauro R., *Processi relazionali e istituzioni sanitarie*, Edizioni Società Editrice Universo, Roma, 2008.
3. Alvaro R., Amato S., Barbato N., Bozzi M., et altri, *Strategie sanitarie applicate alle scienze Infermieristiche. Organizzazione, didattica e ricerca*. Edizioni Società Editrice Universo, 2006.
4. Lo Biondo-Wood G. Haber J., *Metodologia della ricerca infermieristica*, McGraw-Hill, Milano, 1997.
5. Maccari A., Romigi G., *Le informazioni e gli operatori sanitari*, Maggioli, 2008.
6. Malinverno E., *La qualità nell'assistenza infermieristica*, Carocci Faber, 2005.
7. Bellotti G., *La comunicazione con il malato*. Corso integrato di Scienze Umane Applicate del corso di Laurea in Infermieristica II anno, 1° semestre. Varese, 2008.
8. Peplau H., *Rapporti interpersonali nell'assistenza infermieristica una struttura concettuale di riferimento per in'assistenza infermieristica psicodinamica*. Edizione Summa Padova, 2002.
9. Bassotti D., *Accoglienza del paziente in sala operatoria*. A.I.C.O. organo ufficiale dell'associazione italiana infermieri di camera operatoria 2005;17(2):137.146.
10. Farina L., Malinconico M., Rispo A. *La comunicazione quale tramite per un'assistenza infermieristica personalizzata; un diritto del malato un dovere dell'infermiere: aspetti fisiologici, metodologici, applicativi*. A.I.C.O. organo ufficiale dell'associazione italiana infermieri di camera operatoria 2005; 17(3):253.281.
11. C. Razzini. *La visita infermieristica pre- operatoria. Quale efficacia su ansia e soddisfazione percepita?* A.I.C.O. organo ufficiale dell'associazione italiana infermieri di camera operatoria 2005;17(3):211.231.
12. A.I.C.O. *L'assistenza in sala operatoria: ricercare per migliorare dall'EBN alla qualità*. 15-17 marzo 2009. Atti del convegno.
13. James A., Fain A.. *La ricerca infermieristica leggerla, capirla e applicarla*. Edizione italiana di Vellone E. (a cura di), McGraw-Hill, Milano, 2008.
14. Wicker P. - O'Neill J., *Assistenza infermieristica peri-operatoria*. Edizione italiana a cura di Alvisa Palese Cap.4/6/7/9. 2007.
15. Holmes, J. *Preoperative visiting: landmarks of the journey*. Br J Perioper Nurs. 2005 Oct;15(10):434, 436-7, 439-40.
16. Maward L, Azar N. *Comparative study of anxiety in informed and non-informed patients in the preoperative period*. Rech Soins Infirm. 2004 Sep;(78):35-58.
17. Azoulay E., Chevret S., Leleu G, *Half the families of intensive care units patients experience inadequate communications with physicians*, CCM 2000; 28/8: 3044-3049
18. Baiocchi, P. Toneguzzi, D., *La comunicazione affettiva ed il contatto umano*, Centro studi Kyclos, Trieste, 1995.
19. K.Kaldor, R.Magrini, D.Redigolo: *Il Processo Comunicativo nella Relazione di Aiuto*, Rosini, Firenze, 1994.
20. Mucchelli, R., *Apprendere il counseling*, Erickson, 1998.
21. Yule W., *Disturbo post-traumatico da stress. Aspetti clinici e terapia*, Biondi M (a cura di), McGraw-Hill, Milano, 2000.
22. C.D. Spielberger, *L'inventario per l'Ansia di "Stato" e di "Tratto"* Nuova versione italiana dello STAI.
23. Carkhuff R. *L'arte di aiutare*, Erickson, Trento, 1988.
24. Kruijver IP, Kerkstra A, Bensing JM et al. *Nurse-patient communication in cancer care. A review of the literature*. Cancer Nurs 2000; 23 (1): 20-31

	Poli 2 e 4	POLO DELLA FORMAZIONE POLO DELLA PRATICA CLINICA			COD. 2.11.4
		TITOLO SINTETICO: NURSING RISK MANAGEMENT			
		COORDINATORE PROGETTO	RESP. PROGETTO	RESP. DEL POLO	
		Dott. Carlo Turci Maurizio Fiorda	Dott. Gennaro Rocco	Dott. Gennaro Rocco	
1.TITOLO PROGETTO					
<i>NURSING RISK MANAGEMENT</i>					
<i>Installazione presso le aziende sanitarie di unità di nursing risk management</i>					

INDICE

TITOLO PROGETTO
 ABSTRACT
 BACKGROUND
 OBIETTIVI di PROGETTO
 METODOLOGIA
 RISULTATI ATTESI
 PIANIFICAZIONE
 DIAGRAMMA GANTT
 BIBLIOGRAFIA

2. 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.

3 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, alla 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.

Le principali prestazioni infermieristiche che dovrebbero essere sottoposte ad esame possono essere:

- identificazione dei bisogni di assistenza al paziente (diagnosi infermieristica)
- pianificazione e documentazione dell'attività infermieristica
- esecuzione di attività infermieristiche e delle prescrizioni mediche
- sorveglianza del confort e della sicurezza del paziente
- educazione sanitaria e sostegno psicologico al paziente ed ai suoi familiari
- tenuta della documentazione sanitaria ed in particolare gestione di quella infermieristica

Ed allora perché intraprendere un percorso di gestione del rischio clinico?

- Nella letteratura scientifica, anche nei siti web, l'argomento è trattato costantemente.
- Per gli eventi critici citati si dispone di numerose evidenze e sono descritte metodologie di prevenzione, gestione e trattamento.
- La maggior parte degli operatori sanitari conosce le procedure per prevenire l'insorgenza dei danni.
- Il livello di conoscenza e di competenza di tutti gli operatori può essere uniformato attraverso semplici interventi formativi.
- Le strategie ed i materiali utilizzabili per la prevenzione ed il trattamento sono sempre più efficaci.

4 OBIETTIVI di PROGETTO

Obiettivi generali

Creazione di un modulo di semplice attuazione, nello stesso tempo efficace, nel realizzare la
NURSING RISK MANAGEMENT UNIT

Nelle strutture sanitarie

Obiettivi specifici

- ➔ *Attuare il modello in quattro importanti strutture romane di diversa tipologia*
 - Azienda sanitaria Universitaria *Criticità di interfaccia*
 - Policlinico di vasta offerta sanitaria *Criticità casistica*
 - IRCCS oncologico *Criticità delle cure*
 - ASL *Criticità relazionale*
- ➔ *E validare il modello stesso con la diffusione dei risultati*

5 METODOLOGIA

Come muoversi ?

Ripensando e riformulando nuovi assetti organizzativi nell'ottica dei principi valoriali dell'azienda. È pertanto necessario che il management sia orientato a creare ambienti più sicuri e a sviluppare una cultura della sicurezza basata sulla prevenzione e previsione degli eventi avversi attraverso l'identificazione e rimozione dei fattori favorenti il verificarsi dell'errore ed il potenziamento dei fattori evitanti e difensivi di cui si sia osservata la capacità protettiva nell'accadimento dell'evento avverso.

E' indispensabile superare un approccio individuale all'errore dove il focus è rappresentato dal singolo professionista che ha commesso l'errore o l'omissione ed il prodotto è l'individuazione della responsabilità e l'attribuzione della colpa per arrivare ad un approccio all'errore dove il focus è il sistema nel quale i professionisti operano ed il prodotto è l'individuazione delle debolezze di sistema che hanno consentito il verificarsi dell'errore

Come affrontare correttamente il rischio di incidenti?

Attualmente il focus dell'attenzione si sposta dalla ricerca dell'errore attivo a quello dell'errore latente, riconoscendo nelle carenze del sistema (interazioni dei difetti procedurali, organizzativi, tecnologici) la responsabilità dell'esito NON VOLUTO dell'azione intrapresa.

Occorre considerare quindi l'errore come:

- un'opportunità per migliorare
- un aspetto parziale del problema
- un fallimento delle difese del sistema

Quindi è necessario:

- favorire il cambiamento culturale
- condividere e non imporre
- tutelare i professionisti
- avere strumenti metodologici adeguati
- premiare i successi

Ciascuna organizzazione avrà all'interno del processo delle proprie criticità, diverse da quelle di altre organizzazioni che dovranno essere affrontate e risolte in maniera diversa attraverso l'impegno comune di tutto il personale coinvolto.

Concludo con una frase di K. Popper che riassume nella sua semplicità tutta la problematica trattata:

“evitare errori è un ideale meschino: se non osiamo affrontare problemi che siano così difficili da rendere l'errore quasi inevitabile, non vi sarà allora sviluppo della conoscenza. In effetti è dalle nostre teorie più ardite, incluse quelle che sono erranee, che noi impariamo di più: nessuno di noi può evitare di fare errori; la cosa più grande è imparare da essi”.

Strumenti

E' necessaria una attività di pianificazione dettagliata e puntuale

Le risorse ipotizzate sono di tre tipi

1. Organizzative e metodologiche
2. Infermieristiche
3. Formatori

Potrebbe essere utile l'utilizzo della piattaforma per la formazione

Procedure

Queste attività dall'apparenza elementari in realtà nascondono delle difficoltà collegate essenzialmente alle resistenze “naturali” nel far emergere errori o presunti tali propri o di colleghi e la resistenza al cambiamento in generale.

La prima fase è quella più critica dove gli interventi formativi motivazionali devono avere la massima incisività; a supporto è indispensabile il carattere spersonalizzato (pratica dell'anonimato) e la copertura dell'alta direzione. Il messaggio che deve passare è di superare la fase “*per colpa di chi*” ma arrivare alla ricerca “*a causa di cosa*”.

6 PIANIFICAZIONE

1. Reclutare 4 strutture sanitarie significative
2. Profilare il grado di conoscenza e di applicazione del Rischio Clinico;
3. Formare il Gruppo di lavoro multidisciplinare sulle tecniche di base

Queste saranno:

- a. Corretta attività di reporting (**obiettivo1**)
- b. Elaborazione attraverso le schede ministeriali della documentazione
- c. Codifica degli errori e elaborazione delle cause “profonde”
- d. Proposta e attuazione delle azioni correttive e/o preventive
4. Messa in rete delle connessioni problema /soluzione proposte (**obiettivo 2**)
5. Riesame delle soluzioni adottate con l'utilizzo di audit clinici
6. Messa in rete delle connessioni problema /soluzione attuate (**obiettivo 3**)

Il progetto prevede due macro fasi

- La formazione aula (blended)
- L'attuazione in azienda

Alle quali vanno associate in ingresso le attività di preparazione e in uscita i possibili sviluppi (procedure/ centrale di elaborazione coinvolgimento del resto della struttura ospedaliera etc.) e creazione di uno standard di proprietà del CDE.

Indubbiamente, una volta superata l'inerzia iniziale sia delle strutture che della risorse, si tratta di attuare il modello consolidato della Ruota di Deming



Plus

Il modello sia di formazione che di realizzazione potrebbe ottenere la certificazione di servizio dal Bureau Veritas. In questo modo costituirebbe a tutti gli effetti elemento della Clinical Governance.

7 DIAGRAMMA GANTT

	FASI	S 11	O 11	N 11	D 11	G 12	F 12	M 12	A 12	M 12	G 12	L 12	A 12	S 12	O 12
1	Reclutare 5 strutture sanitarie significative														
2	Profilare il grado di conoscenza e di applicazione del Rischio Clinico;														
3	Formare il Gruppo di lavoro multidisciplinare sulle tecniche di base Queste saranno:														
3.1	➔ Corretta attività di reporting (obiettivo1)														
3.2	➔ Elaborazione attraverso le schede ministeriali della documentazione														
3.3	➔ Codifica degli errori e elaborazione delle cause "profonde														
5	Attivazione dell'Unità di NRM														
6	Diffusione in tutta la struttura saniraria														
7	Raccolta dei report														
8	Proposta e attuazione delle azioni correttive e/o preventive														
9	Messa in rete delle connessioni problema /soluzione proposte (obiettivo 2)														
10	Riesame delle soluzioni adottate con l'utilizzo di audit clinici														
11	Messa in rete delle connessioni problema /soluzione attuate (obiettivo 3)														

9 BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

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. 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. Carenza 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 2	POLO DELLA RICERCA SCIENTIFICA		COD. 2.11.5
		TITOLO SINTETICO: MIGLIORARE L'INTEGRAZIONE TRA INFERMIERI STRANIERI E FIGURE SOCIO-SANITARIE		
		COORDINATORE PROGETTO	RESP DEL POLO	
		Dott. Alessandro Stievano astievano@tiscali.it	Dott. Gennaro Rocco	
1.TITOLO PROGETTO				
<i>Linee di indirizzo per il miglioramento dell'integrazione tra infermieri stranieri provenienti dall'area sud-americana e figure professionali socio-sanitarie autoctone in una società plurale</i>				

INDICE

TITOLO PROGETTO
 ABSTRACT
 BACKGROUND
 OBIETTIVI di PROGETTO
 METODOLOGIA
 RISULTATI ATTESI
 PIANIFICAZIONE
 DIAGRAMMA GANTT
 BIBLIOGRAFIA

2. ABSTRACT

La professione infermieristica nei contesti dinamici e in-stabili 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 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.

La transculturalità infermieristica è un fenomeno in crescita destinato a modificare non soltanto la relazione professionale tra infermieri e tra infermieri e professioni socio-sanitarie, ma anche il rapporto tra il professionista e il cittadino dato che la relazione tra l'infermiere ed il paziente non può non contenere forme di adattamento, socialmente e culturalmente condizionate [2]. Con questi scopi è nata l'Associazione Infermieristica Transculturale (A.I.T.), una società scientifica senza scopo di lucro, apartitica, che persegue finalità solidaristiche, attiva nei campi della tutela dei diritti civili, della ricerca scientifica, dell'integrazione degli infermieri di ogni nazionalità che operano nel nostro Paese.

L'obiettivo della Società Scientifica, la prima del genere in Italia, consiste nell'ideazione, nello sviluppo e nella realizzazione di progetti e programmi di ricerca infermieristica particolarmente orientati ad iniziative socio-educative e culturali, nel rispetto della dimensione umana e spirituale della persona, contro qualsiasi forma di emarginazione di carattere religioso, politico, economico, di genere, di età e di cittadinanza.

Proprio in questo quadro strutturale l'iniziativa di indagare più approfonditamente i motivi e le relazioni che investono gli infermieri provenienti dall'area sudamericana con le figure professionali sanitarie autoctone diventa ineludibile per promuovere standard di caring di qualità a garanzia dell'assistenza offerta al cittadino.

3 BACKGROUND

Nella società complessa in cui l'infermiere si trova ad esperire la sua opera professionale, la sua nozione d'identità professionale è multipla, dinamica e riflette la varietà di fili intrecciati che si strutturano nella sua formazione professionale e nel suo processo di educazione continua in medicina. L'identità professionale sempre cangiante, ibrida, *fuzzy*⁸ [4, 5] presuppone un nuovo processo d'identità professionale non più caratterizzato da schemi di riferimento noti e rassicuranti, dal lavoro nello stesso ospedale e nella stessa unità operativa per un lungo periodo di tempo o per tutta la vita, ma una realtà fatta di nuove sfide e scommesse, un mondo fatto di ricerca infermieristica, di *lifelong learning* e *lifewide learning*⁹, di specifico infermieristico esperito in autonomia e nel contempo in forte integrazione con gli altri attori del processo di cura.

In Italia si sono registrati diversi ritardi nel processo di professionalizzazione della figura dell'infermiere, soprattutto se il confronto è realizzato con i paesi avanzati in particolar modo anglosassoni.

Nel corso degli anni '70-'80 del secolo scorso, nel nostro paese l'infermiere lamentava ridotti spazi di autonomia e deficit di responsabilità, tale per cui il suo ruolo era limitato a quello di esecutore di interventi decisi da altri (prevalentemente, medici) [6].

Nel corso degli anni Novanta, importanti trasformazioni hanno coinvolto la professione infermieristica: si pensi, per esempio, ai cambiamenti che hanno caratterizzato il percorso formativo (dal 1996, di carattere universitario), all'approvazione del profilo professionale (D.M. 739/94), all'abolizione del mansionario (L. 42/99), al riconoscimento della dignità di professione al pari di altri profili e all'approvazione del Nuovo Codice Deontologico nel 1999 e poi nel 2009 [6, 7, 8].

Si può così affermare come l'identità dell'infermiere sia oggi sempre più orientata in senso professionale [1] ed egli «assolve ad un'assistenza o eroga un servizio di tipo preventivo, curativo, palliativo e riabilitativo, assumendo decisioni proprie e lavorando in équipe. La relazionalità messa in campo con il malato, col paziente o col cittadino è di tipo sia tecnico sia umano con valenze anche educative» [ibidem: 11].

Quanto appena affermato trova riscontro nei risultati emersi da una importante ricerca nazionale¹⁰ diretta da Cipolla e Artioli [9]: nello studio emerge chiaramente un orientamento della prestazione di assistenza rivolta al paziente (*patient-centred intervention*), tanto che l'87% dei rispondenti ha dichiarato di spendere energie nell'interpretare e tenere in considerazione i bisogni del cittadino assistito. La relazione si realizza attraverso un approccio integrato alla persona volta a coinvolgere anche le reti primarie [10]. In altri termini, emergono tendenze a considerare sempre più l'aspetto umanistico della personalizzazione delle cure, sebbene lo studio riveli d'altro canto un orientamento nella direzione di una formazione sempre più tecnica.

Nonostante i segnali positivi, il percorso empirico ha rivelato la presenza di nodi problematici: infatti, gli intervistati hanno lamentato uno scarso riconoscimento sul piano lavorativo, mancanza di potere decisionale, ridotto senso di appartenenza alla categoria, scarsa considerazione da parte dell'opinione pubblica, ruolo residuale rispetto alla dominanza medica, problemi derivanti dall'essere in numero insufficiente rispetto alle necessità di cura e assistenza dei pazienti.

Nel complesso emerge «una professionalità a base metodologica-scientifica [...] che fa della procedura flessibile ed orientata all'altro (il paziente) il perno delle proprie competenze e del proprio agire, che cerca di mediare fra *management* organizzativo e presa in carico del malato, che agisce per progettazione, che non è completamente estranea alla ricerca» [2: 21].

Un fenomeno ancora trascurato dalla ricerca scientifica nel nostro paese è quello della transculturalità infermieristica, ovvero lo scenario frutto dei processi migratori che coinvolgono la presenza di infermieri stranieri sul nostro territorio.

Secondo il rapporto della Federazione Nazionale Collegi Ispasvi del 2009 [11], gli stranieri rappresentano una componente non trascurabile degli infermieri professionali, dato che alla fine del 2008 risultavano iscritti ai Collegi 33.364 soggetti provenienti da quasi tutti i paesi del mondo anche se in percentuali differenti. L'analisi rivela che essi lavorano soprattutto nel centro-nord (82,1%) e

¹. Cfr. Pizzaleo [2004]. I rimandi bibliografici potrebbero essere ampliati.

² Con questa espressione si vuole intendere un apprendimento permanente che coinvolga il professionista infermiere per tutta la lunghezza della vita professionale così come sancito dal legislatore con l'istituzione del programma di Educazione Continua in Medicina e che abbracci tutti gli aspetti educativi quelli formali, quelli non formali e quelli informali.

³. La ricerca ha coinvolto 2.141 infermieri intervistati tramite questionario strutturato.

sono nel 42,3% extracomunitari. Complessivamente, gli stranieri rappresentano il 9,4% degli iscritti al Collegio nazionale, con maggior concentrazione nel nord-est (12%) e minore nelle sud e nelle isole (5%). Gli iscritti stranieri risultano mediamente 3 anni più giovani dei colleghi italiani (età media: 39,2% vs 42,4%).

I cittadini comunitari iscritti risultano essere 19.254 contro i 14.110 extracomunitari. Fra questi ultimi, 11.658 sono femmine, 2.452 maschi.

Si segnala come il fenomeno di immigrazione di infermieri stia subendo un incremento, tanto che nel 2008 il 28,4% delle nuove iscrizioni presso i collegi provinciali IPASVI sono state sottoscritte da stranieri. In questo caso, i maggiori incrementi si registrano nel nord ovest (35,5% di iscrizioni di stranieri sul totale dei nuovi iscritti) e nel sud (42,3%). I nuovi iscritti sono soprattutto di genere femminile e l'età media si colloca sui 32 anni.

Rispetto al paese di provenienza degli stranieri, emerge come dal 2004 al 2008 si sia consolidato un flusso proveniente soprattutto dalla Romania, dato che nel periodo indicato si sono iscritti 7.670 infermieri rumeni, pari al 42,2% dei nuovi iscritti stranieri. Con un divario notevole, seguono gli infermieri polacchi (2.487 nuovi iscritti, pari al 13,7% dei nuovi iscritti stranieri), peruviani (1.259 unità, pari al 6,9%), albanesi (869 unità, pari al 4,8%), indiani (611 unità, pari al 3,4%).

4 OBIETTIVI di PROGETTO

Obiettivi generali Coerenza con i fini istituzionali del Collegio per una migliore promozione di ambienti di lavoro caratterizzati da cooperazione e collaborazione tra professionisti italiani e provenienti da setting culturali altri e dove si possano esprimere l'educazione, la relazionalità e la tecnicità dell'assistenza con una valutazione critica dei bisogni e della loro evoluzione, in modo da sviluppare una maniera diversa di approccio alla cultura non solo per processi di astrazione, ma soprattutto per immersione nei dati percettivi e coinvolgere dialogicamente la persona altra, portatrice di valori e costumi diversi, nel desiderio di salute [3]. Ciò significa analizzare, dal punto di vista della *competenza assistenziale*, gli aspetti valoriali connessi al nursing interculturale [12] per arrivare ad una comprensione dialogica, interpretata delle tensioni emotive che sorgono in situazioni assistenziali dove l'alterità è un aspetto importante del rapporto professionista/professionista e professionista/utente.

- 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 dove l'integrazione tra professionisti provenienti da culture altre e autoctoni costituisca una ricchezza e un'opportunità per un miglior risultato di salute per il cittadino.

- Pubblicazione di un libro e un articolo di ricerca e possibilità di continuare lo studio con altri infermieri stranieri provenienti dalle aree est europee, ad esempio (Romania, Polonia). Tali infermieri hanno un elevato impatto numerico nel lavoro in Italia. Rispetto al paese di provenienza degli stranieri, emerge, infatti, come dal 2004 al 2008 si sia consolidato un flusso proveniente soprattutto dalla Romania, dato che nel periodo indicato si sono iscritti 7.670 infermieri rumeni, pari al 42,2% dei nuovi iscritti stranieri. Con un divario notevole, seguono gli infermieri polacchi (2.487 nuovi iscritti, pari al 13,7% dei nuovi iscritti stranieri) [11].

Obiettivi specifici

Comprendere approfonditamente i fattori di integrazione o mancata integrazione degli infermieri provenienti dall'area sud americana nel contesto italiano.

- Comprendere i fattori di soddisfazione/insoddisfazione lavorativa anche comparati con il Paese di provenienza.

- Comprendere l'impatto che gli infermieri stranieri, in particolare provenienti dall'area sud-americana, hanno avuto con l'organizzazione sanitaria italiana e gli eventuali problemi di comunicazione.

- Promuovere convegni, congressi, tavole rotonde, seminari, iniziative didattiche ed audiovisive, corsi di formazione professionale, specializzazione, perfezionamento e aggiornamento sul tema dell'integrazione tra infermieri stranieri, in particolare provenienti dall'area sud-americana e il personale sanitario autoctono.

Indicatori

- Evidenziare indicatori di integrazione o mancata integrazione tra infermieri stranieri, in particolare provenienti dall'area sud-americana e il personale sanitario autoctono.

- Evidenziare la correlazione tra progetti migratori ed integrazione lavorativa tra infermieri stranieri, in particolare provenienti dall'area sud-americana e il personale sanitario autoctono.

5 METODOLOGIA

Tale studio può essere sviluppato come uno studio quantitativo che coinvolge infermieri operanti in realtà sanitarie pubbliche o private del centro Italia che possono essere reclutati tramite database in possesso dell'Associazione Infermieristica Transculturale e del Collegio Ipasvi di Roma.

Lo studio prevede due macro-fasi:

- la prima consiste nell'indagine di sfondo, volta ad analizzare la letteratura scientifica, nazionale ed internazionale, prodotta in relazione al tema oggetto di indagine; inoltre, in questa fase si raccoglieranno, attraverso fonti secondarie, dati riguardanti la presenza di infermieri stranieri in Italia e la loro condizione (caratteristiche socio-anagrafiche, provenienza, collocamento geografico, aree di intervento, partecipazione all'associazionismo professionale);
- nella seconda fase, si somministrerà a infermieri italiani e stranieri provenienti dall'area sud-americana un questionario strutturato [13] al fine di poter rilevare le principali differenze tra i due gruppi. Si ipotizza di inserire domande parzialmente diverse ai due campioni garantendo ad ogni modo la comparabilità delle risposte.

L'individuazione delle persone da intervistare seguirà i criteri di un campionamento logico-rappresentativo per quote, garantendo la rappresentatività rispetto al paese di provenienza nell'ambito del Sud-america per gli stranieri. La somministrazione sarà preceduta da pre-test volti alla validazione dello strumento .

Campione

Si suppone di raccogliere 400 questionari compilati da infermieri italiani e 300 questionari compilati da infermieri stranieri provenienti dall'area sud americana.

La modalità di somministrazione si avvarrà di fonti dell'Associazione Infermieristica Transculturale e del Collegio Ipasvi di Roma.

Strumenti

Un questionario strutturato al fine di poter rilevare le principali differenze tra i due gruppi. Si ipotizza di inserire domande parzialmente diverse ai due campioni garantendo ad ogni modo la comparabilità delle risposte.

Procedure

La somministrazione del questionario sarà preceduta da pre-test volti alla validazione dello strumento e sarà effettuata presso il Collegio Ipasvi di Roma in un lasso di tempo adeguato (non inferiore ai due mesi).

6 RISULTATI ATTESI

Esaminare le principali differenze tra infermieri italiani e infermieri stranieri provenienti dall'area sud-americana in termini di percorsi formativi, status professionale, competenze professionali e linguistiche richieste, differenze riscontrate nell'assistenza tra il paese di provenienza e l'Italia, principali indicatori di soddisfazione/insoddisfazione professionale. Di fronte alla crescente complessità del mondo che mette a confronto situazioni globali e locali [14] e che vede il coesistere di culture differenti, il contesto italiano si presenta, quindi, sempre più ricco di professionisti infermieri portatori di esperienze e culture diverse ma anche di persone che provengono nazionalità differenti.

Partendo da questa consapevolezza, il processo di integrazione tra culture diverse, deve svilupparsi in due differenti direzioni, verso il paziente altro e verso il collega infermiere che proviene da paesi diversi. Secondo il rapporto dell'European Migration Network 2009, gli infermieri stranieri - rispetto ai quasi 370.641 infermieri totali, rappresentano circa il 10% della forza lavoro, e trovano impiego soprattutto nel settore della sanità privata, nelle case di riposo e negli istituti per anziani e per persone disabili non autosufficienti. La loro presenza per fattori diversificati sarà sempre più cospicua negli anni a venire vista anche la cronica carenza di personale infermieristico in

Italia che si attesta tra i Paesi avanzati con un rapporto molto basso infermieri/per abitante¹¹. Quindi, la facilitazione del processo di integrazione tra culture diverse è sempre più attuale e doverosa, per garantire quell'individualità e soggettività dell'assistenza, peraltro presagita da molti decenni da tutti gli studiosi e teorici del nursing. Con la nascita dell'A.I.T. (*Associazione Infermieristica Transculturale*) il contesto sociale dell'integrazione tra professionisti infermieri e con le altre figure sanitarie, è affrontato scientificamente con asserzioni epistemologiche che tendono a dimostrare la forte presenza di persone e di operatori sanitari portatori di culture altre e di valori, abitudini, costumi che formano un tutt'uno inestricabile rispetto alla società ibrida con-temporanea [15]. La piena integrazione di queste differenze è la strada che bisogna seguire. Bisogna essere consapevoli che è una strada lunga e tortuosa ma che si può senz'altro tracciare e percorrere se viene costruita insieme, con l'apporto ed il contributo degli operatori sanitari, delle comunità, dei singoli individui, con delle ricerche che tendono ad esplorare il fenomeno.

Indicatori

- Evidenziare indicatori di integrazione o mancata integrazione tra infermieri stranieri, in particolare provenienti dall'area sud-americana e il personale sanitario autoctono.
- Evidenziare la correlazione tra progetti migratori ed integrazione lavorativa tra infermieri stranieri, in particolare provenienti dall'area sud-americana e il personale sanitario autoctono

Rilevanza

- Evidenziare indicatori di integrazione o mancata integrazione tra infermieri stranieri, in particolare provenienti dall'area sud-americana e il personale sanitario autoctono.
- Evidenziare la correlazione tra progetti migratori ed integrazione lavorativa tra infermieri stranieri, in particolare provenienti dall'area sud-americana e il personale sanitario autoctono

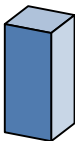
⁴. Secondo il rapporto dell'European Migration Network [2009], basato su dati Ipsvi, l'Italia per adeguarsi alla media OCSE di 8,9 infermieri per 1000 abitanti dovrebbe avere altri 71.000 infermieri, la media in Italia anche se risalita (6 infermieri per 1000 abitanti) rispetto al 2005 (5,4 infermieri per 1000 abitanti) è tra le più basse dei Paesi avanzati.

⁵.

[illegible]

9 BIBLIOGRAFIA

1. Cipolla C. (2003a), *Introduzione. Verso il Nursing Care*, in Cipolla C., Artioli G. (a cura di), *La professionalità del care infermieristico*, Franco Angeli, Milano, 9-40.
2. Cipolla C. (2003b), *Un ricordo di Solferino oggi. Genesi e significato sociale della Croce rossa*, FrancoAngeli, Milano.
3. Tortolici CB., Stievano A. (2006), *Antropologia e nursing: due mondi che si incontrano*, Carocci Faber, Roma.
4. Rolfe G. (1997), *Science, abduction and the fuzzy nurse: an exploration of expertise*, Journal of Advanced Nursing, 25, 5:1070-1075.
5. Im E., Chee W. (2003), *Fuzzy logic and nursing*, Nursing Philosophy, 4, 1: 53-60.
6. Artioli G. (2003), *La professionalità dell'infermiere: verso lo sviluppo di competenze avanzate*, in Cipolla C., Artioli G. (a cura di), *La professionalità del care infermieristico*, FrancoAngeli, Milano, 66-115.
7. Tousijn W. (2003), *Infermieri e logica professionale: verso la frammentazione della professione infermieristica?*, in Giorgino E., Tousijn W., *op. cit.*, 39-47.
8. Silvestro A. (a cura di) (2009), *Commentario al codice deontologico dell'infermiere*, McGraw-Hill, Milano.
9. Cipolla C., Artioli G. (a cura di) (2003), *La professionalità del care infermieristico*, FrancoAngeli, Milano.
10. Cipolla C. (1997), *Epistemologia della tolleranza*, 5 voll., FrancoAngeli, Milano.
11. Federazione Nazionale Collegi Ipasvi (2009), *Banca dati IPASVI. Iscritti stranieri agli albi IPASVI 2008*, marzo 2009.
12. Manara D.F. (a cura di), *Infermieristica Interculturale*, Carocci Faber, Roma, 2004.
13. Zammuner V. L., *Tecniche dell'intervista e del questionario*, Il Mulino, Bologna, 1998.
14. Bauman Z. (2005), *Globalizzazione e glocalizzazione*, Armando Editore, Roma.
15. Pompeo F. (2009), *Autentici meticci: singolarità e alterità nella globalizzazione*, Meltemi Editore, Roma.

	Polo 2	POLO DELLA RICERCA SCIENTIFICA		COD. 2.11.6
		TITOLO SINTETICO: Rights And Duties In Health Care: Nurses' Rights		
		COORDINATORE PROGETTO	RESP DEL POLO	
		PhD Mari Kangasniemi	Dott. Gennaro Rocco	
1.TITOLO PROGETTO <i>Rights and Duties in Health Care: Nurses' Rights</i>				

INDICE

TITOLO PROGETTO
ABSTRACT
BACKGROUND
OBIETTIVI di PROGETTO
METODOLOGIA
RISULTATI ATTESI
PIANIFICAZIONE
DIAGRAMMA GANTT
BIBLIOGRAFIA

2 ABSTRACT

The purpose of this study is to describe nurses' conceptions and experiences of their rights in Italian nursing practice. This study is a part of a larger research project aimed to develop practical and theoretical understanding of nurses' rights. The rights of a profession are a basis of an occupation, in association with duties and responsibilities. There are few previous studies regarding nurses' rights and no one in Italian context. Previous research regarding nurses' rights has mostly been fragmented and theoretical. The basis of nurses' rights is in legislation and ethics in terms of basic and civil rights, health care legislation, professional ethics and earned rights. This study is qualitative. Data will be collected in May-June 2011 within the focus group using themed interviews (N=37) and analyzed by inductive content analysis. The tentative findings from the analysis can be categorized into three main themes in terms of nurses' conceptions of their rights as a phenomenon, nurses' professional rights and the legislation basis of nurses' rights. Although nurses' rights are widely present in everyday work, awareness of them is poor. Nurses' rights are a separate and defined issue in professional ethics, but also multifaceted phenomenon that is closely connected to other issues in nurses' everyday work. Nurses' rights are part of good care, not contradicted by other rights. They are emancipator by nature, albeit aimed to improve the quality of patient care. Due to daily encountering of their rights, nurses have to obtain more capability to discuss and promote their rights. In nursing science as well as in nursing practice, there is an obvious need for awareness of rights.

3 BACKGROUND

Pertaining to rights in health care, the focus has been on patients (Fletcher & Janet 1995, Griffith & Tengnah 2008), emphasizing the rights of the patient and the duties of nurses towards the patient. They are closely connected to nurses' duties. Over the last decade, the duties of nurses have been widely studied from many points of view (Glick & Bruuis 1997, Elder et al. 2003, Tzeng 2003), which cannot be said about their rights. When the rights and responsibilities of nurses have been discussed, it has been within the context of interpersonal relationships, i.e., that of nurse-patient or nurse-doctor.

Despite the importance of nurses' duties, the point of view of rights represents the current Western way of individual-centered thinking about equality widely in society and closely in health care. From an ethical perspective, duties and rights constitute a whole, from nurses' point of view as well. There are few studies of nurses' rights in nursing science (Kangasniemi et al. 2010, Viitalähde et al. 2010). However, nurses' rights are in a key position in health care and are both national and international by nature. From a national perspective, legislation in each country varies, but from an international legal and ethical perspective it is a common basis of nurses' rights. (Kangasniemi et al. 2010.)

Using the definition of ethical questions of Thompson et al. (2000) in at least four different areas in health care, nurses' rights involve all these areas: firstly, they are part of ethics and legislation within the level of political ethics of general health policy. The questions here include the status of nurses in society, their duties and rights and the goal of health care. Secondly, they are part of ethics in managing nursing services: how nurses' work is organized and how their duties and tasks in health care are defined. Thirdly, they are linked to the question of professional nursing ethics, i.e., nurses as a profession in relation to other professions in health care as well as to the status of patients. Fourthly, questions of nurses' rights are part of clinical nursing ethics: what kinds of rights are defined as ethical guidelines and how they arise in nursing practice with patients. (Thompson et al. 2000, Kangasniemi et al. 2010.)

There are few previous studies on nurses' rights, they are not empirical (Kangasniemi et al. 2010, Viitalähde et al. 2010) and they concern questions such as the right to strike (Dimond 1997, Ketter 1997, McHale et al. 2001), the human rights of nurses (Ketter 1997, McHale et al. 2001, Hardingham 2004), and rights of professional ethics (Maze 2005). Previous research has not been systematic and has ranged from important but specific and isolated questions (i.e., the right to strike) to broad and complicated issue of nurses' human rights. There is a clear need for both theoretical and empirical research on nurses' rights. (Kangasniemi et al. 2010, Viitalähde et al. 2010)

This research project is a sub-project of the main project of Professor Anna-Maija Pietilä at the University of Eastern Finland: *Early intervention and ethics in health promotion* (Table 1). This is a Post Doc research project of University Lecturer, PhD Mari Kangasniemi, grounded on her doctoral thesis (2007). The name of the research project is *Rights and duties in Health Care*, and this research plan

concentrates on its Part II, data 4: Nurses' Rights in Italy. The object of Kangasniemi's research project is to describe nurses' rights both conceptually and empirically, and the aim is to develop theoretical and empirical knowledge of nurses' rights for use in nursing science, teaching and developing of health care.

Table 1. Relations of main project, sub-project, topics, parts and data.

Professor Anna-Maija Pietilä: <i>Early intervention and ethics in health promotion</i>	<i>Rights and Duties in Health Care</i>	Duties of a Patient	
		Nurses' Rights	
		Part I: Theoretical Framework of Nurses' Rights	
		Tentative Conceptual Framework of Nurses' Rights	
		Part II: Empirical Point of View to Nurses' Rights	
		Data 1: Nurses' Rights in Elderly Care Data 2: Nurses' Rights in Community Care Data 3: Nurses' Rights in University Hospital Data 4: Nurses' Rights in Italy Data 5: Nurses' Rights in England	
		Part III: Synthesis of Theoretical and Empirical Study	
		Tentative Conceptual Model of Nurses Rights	

Nurses' Rights: Research Project with three parts

This research project has been divided into three parts. In the **first part (Part I)** called **Theoretical Framework of Nurses' Rights** (2008-2009), a tentative conceptual framework regarding nurses' rights was developed. The research method was theoretical research, and data were collected by systematic literature review (Viitalähde et al. 2010). Knowledge based on systematic literature review connected to other research literature regarding rights. As a result of the first part, a tentative conceptual framework regarding four bases of nurses' rights was obtained: human and civil rights, rights based on legislation of health care, professional rights, and earned rights. (Kangasniemi et al. 2010.) This result is the first tentative conceptual framework regarding nurses' rights. It aims to be a framework for later empirical research in this research project.

The **second part (Part II)** of this research project is named **Empirical Point of View to Nurses' Rights** (2010-2011). The aim of this part is to develop empirical knowledge of nurses' rights. Data will be collected by interviewing nurses regarding their conceptions and experiences of nurses' rights. Previous research on nurses' rights does not exist. This research plan will concentrate on this second part of research and clarify it in more detail later in this paper.

The **third part (Part III)** of the research project is a **Synthesis of Theoretical and Empirical Study** (2011-2013), aimed to further developing of concepts regarding nurses' rights. This synthesis is based on previous theoretical and empirical research parts on this project. As a result of this part a tentative conceptual model of nurses' rights will be developed.

4 Aims of the project

1. Adding theoretical knowledge regarding nurses' rights:
 - a. Target: Further development of concepts regarding nurses' rights.
 - b. Method: Tentative theoretical framework of nurses' rights and synthesis of previous research aiming at a tentative conceptual model of nurses' rights.
 2. Adding empirical knowledge of nurses' rights:
 - a. Target: Obtaining empirical knowledge of nurses' rights in several nursing environments.
- Method: Empirical interview data and analysis

5 Methodology

Selection of the Data: There is little previous research focusing on nurses' rights, and empirical research does not exist (Kangasniemi et al. 2010, Viitalähde et al. 2010). Due to this, empirical qualitative data collection is required (Fontana & Frey 2000, Polit & Beck 2003). Using nurses as informants is appropriate because they are experienced (Speziale 2007).

Selection of the Method: Qualitative research was selected as a research method, in terms of catching phenomena of nurses' rights in their natural context (Polit & Beck 2003, Bruns & Grove 2005). Interview as a data collection method was appropriate, based on the presupposition of reaching the research phenomena conceptually. In this research, theme interview was selected as data collection method, because a conceptual framework exists based on previous research (Polit & Beck 2003). The skeleton of the theme interview consists of a conceptual framework developed in the first part of the research project and open questions. Semi-structured interview is suitable for research of nurses' rights as well, because the interview topic is limited, but thoughtful and deep concentration on the topic achievable (Fontana & Frey 2000, Polit & Beck 2003). Focus group interviews with 3-4 informants was selected, because the phenomenon of nurses' rights is quite social by nature and mutual communication during interview was desirable (Mäenpää et al. 2002, Eskola & Suoranta 2005, Sipilä et al. 2007).

Data Collection: Because of lack of previous empirical study, the data collected in this study will be multifaceted and extended. Data will be collected in several nursing environments and countries (data 1-4, Table 2). It is expected that several nursing environments give rise to multifaceted perspectives on nurses' rights. Due to national variation in terms of legislation and culture, (Pritchard 2005, Smith & Mackintosh 2007), data will be collected internationally.

Analysis of the Data: Data will be analyzed by inductive content analysis (Polit & Hungler, 1999,

Granheim & Lundman, 2004). According to Polit and Hungler (1999), content analysis is the process of organizing and integrating narrative, qualitative information according to emerging themes and concepts; classically, a procedure to analyze written or verbal communications in a systematic and objective fashion, typically with the goal of finding quantitatively measurable variables. The text will be reviewed and analyzed by manifest meanings with a word, combination of words, clause, clause unit or meaning unit (see Granheim & Lundman, 2004, Hsieh & Shannon, 2005) selected as unit of analysis. After analysis, categories and content areas will be created and defined, named according to the focus content of connective units (see Cavanagh, 1997, Granheim & Lundman, 2004). Content areas will furthermore connect together, form unambiguous and exclusionary main categories with relation to each other. Two researchers will categorize the data together and the content areas will be confirmed by two researchers' consensus (see Granheim & Lundman, 2004).

Preservation and Later Use of the Data: Collected data will be used only in this research project due to being answers to presented research questions (Kuula 2007).

Ethical Questions of the Research Project: At the beginning of the research project, selection of the research topic has been evaluated from an ethical perspective (Lötjönen 2003). The conclusion was that research would yield ethically valuable knowledge. The topic might be ethically sensitive or personal to some informants; confidential interviews will be performed in small focus group. Participation is anonymous, voluntary and based on written agreement of participation. Participants have the right to withdraw at any time during the research process. The research project has been ethically evaluated at every institution where data were collected. The research project will be conducted in compliance with research ethical guidelines. (Mäkelä 1991, Pietarinen 2002.)

6 Expected Results of the Project

The results of the research project will be published in both national and international scientific journals. The knowledge produced by the research project has scientific, societal and educational significance. From a scientific point of view, the new knowledge produced represents basic research. Nursing as a profession can be understood both more deeply and fruitfully than before. Despite the grounding feature of nurses' profession, there are no previous empirical studies on rights (Kangasniemi et al. 2010). Focusing on the rights of nurses is a tool to analyze other more familiar concepts from a new perspective, i.e. professional ethics, patient rights and duties and division of work in health care.

From a societal point of view, this research project produces knowledge for developing health care widely. From a worldwide perspective, there is large variation in the tasks of nurses and rights as well. In Europe there are initiatives for nurses' new rights, even though we have no knowledge of their previous rights and how they are realized in practice (Pitchard J 2005, Smith & Macintosh 2007). Otherwise, current European societies emphasize individuality and the rights of individuals. This is connected to nurses as well, i.e. it requires capability of nurses to discuss both their duties and their rights. It is noteworthy that focusing research on rights does not trivialize importance of duties (McHale et al. 2001), quite the contrary: balanced ethical discussion presumes identification of both rights and duties in order to achieve the best possible outcomes. This understanding of ethical background is closely connected to well-being at work (Utriainen et al. 2009) and increased work satisfaction as well (Kanste et al. 2007).

Focusing on nurses' rights is important for nursing education too. Each profession must be aware of their legal and ethical rights. If professions are not interested in their own rights, at least patients will demand them to be so. (Kangasniemi et al. 2010.)

7 Planning

Schedule of the Project: The research project extends from 2008 to 2013 (Table 3). The first part (Part I) of the research project is completed and articles have been published. Part II presented here extends from 2010 to 2011. Data collection for Part II has begun: the first and second data sets have been collected; analyses and rapports are currently under work. The third part (Part III) will start at the end of 2011 and continue to 2013.

Table 3. Schedule of the research project (Part I-III), methods, and publications

Time	2008-2009	2010-2011	2011-2013
Part	Part I	Part II	Part III
Content	Theoretical framework of nurses' rights	Empirical knowledge of nurses' rights	Nurses' rights: a tentative conceptual model
Data	Previous research literature	Qualitative data	Qualitative and theoretical data
Method	Theoretical method Systematic literature review	Qualitative research Data 1-5, (N=100) Analysis of the data Writing of the rapports	Synthesis
Publications	1. [Nurses' Rights - systematic literature review] <i>Sairaanhoitajien oikeudet - systemaattinen kirjallisuuskatsaus</i> , Porkka S & Viitalähde K, Bachelor of Science - Thesis	4. Coming 12/2010: [Nurses' conceptions of rights in profession] <i>Sairaanhoitajien käsityksiä ammattinsa oikeuksista</i> , Viitalähde K & Porkka S, Master of Science - thesis - Report of data 1	8. Coming 10/2011: "View point to nurses' rights", Kangasniemi M & ?, Scandinavian Journal of Caring Science - Report of data 5
	2. [Nurses' Rights - an analytical instrument to the nurses management] <i>Sairaanhoitajien oikeudet - jäsennys johtamisen</i>	5. Coming 2/2011: "Nurses' rights in primary nursing". Kangasniemi M, Viitalähde K & Porkka S, Journal of	9. Coming 2/2012: "Nurses' rights: an empirical point of view", Kangasniemi M

	<i>tueksi</i> , Viitalähde K & Porkka S Kangasniemi M, Premissi 2010/4.	Gerontological Nursing. - Rapport of data 2	et al., Journal of Advanced Nursing - Rapport of data 1-5
	3. <i>A theoretical examination of the rights of nurses</i> , Kangasniemi M, Viitalähde K & Porkka S, Nursing Ethics 17(5): 628-635.	6. Coming 4/2011: " <i>Nurses' rights in elderly care</i> ". Viitalähde K, Porkka S & Kangasniemi M, Scandinavian Journal of Caring Science - Report of data 1	10. Coming 1/2013: " <i>Nurses' rights: a conceptual framework</i> ", Kangasniemi M Nursing Philosophy - Report of Synthesis
		7. Coming 8/2011: " <i>Nurses' rights in Italian nursing</i> " Kangasniemi M & Stievano A, Nursing Ethics - Report of data 4.	

Research Environment: The main environment of research will be the University of Eastern Finland, Faculty of Health Sciences, Department of Nursing Science. Research will be conducted in co-operation with Finnish and international partners. The Finnish partners are the University of Oulu, the Health Care Sector of the City of Oulu and Siiliset and Hospital District of Northern Savo. International partners are Ipasvi Board Centre of Nursing Excellence and London in England.

What will be done: Part II: *Empirical point of view to Nurses' Rights*, Data 4: *Nurses' Rights in Italy* will be conducted in co-operation with the Italian partner. The aim of co-operation is an empirical, qualitative study of nurses' rights in Italy. The result of the co-operation will be an international scientific article regarding nurses' rights in Italy, written by Kangasniemi and Stievano. It is optional that as a sub-product, a national scientific article of nurses' rights in Italy will be written by Stievano and Kangasniemi. Distribution of work will be as follows (Table 4):

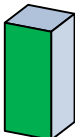
Table 4. Distribution of work with the partner in Italy

Tasks	Definition	Person	Time table
Research Plan	Background, research agreements, distribution of work, financial plan	Mari Kangasniemi	October-December 2010
Theoretical framework	Background and previous research on nurses' rights internationally, the concept of rights	Mari Kangasniemi	January 2011-April 2011
	Nurses' rights in previous research nationally in Italy, legislation regarding nurses' rights in Italy	Alessandro Stievano	January 2011-April 2011
Method	Clarifying the method used, analysis process	Mari Kangasniemi	By April 2011
Data collection	Focus group interviews (N=37), writing of records, content analysis until subcategories	Mari Kangasniemi Alessandro Stievano	May 2011-June 2011
Data analysis	Inductive data analysis from subcategories to end of analysis	Mari Kangasniemi Alessandro Stievano	May 2011-July 2011
Discussion	Connecting analysis to previous study, conclusions	Mari Kangasniemi Alessandro Stievano	May 2011-July 2011
References	Scientific literature used, legislation	Mari Kangasniemi Alessandro Stievano	May 2011-July 2011
Editing of manuscript	Connecting parts together, finishing manuscript, coordination of submitting process	Mari Kangasniemi (Alessandro Stievano)	By September 15th 2011

9 References

- Burns N. & Grove S.K. (2005). The practice of nursing research. Conduct, Critique and Utilization. 5th edition. Elsevier Saunders, St Louis.
- Dimond B. (1997) Strikes, nurses and the law in the UK. *Nursing Ethics*. 4, 269-276.
- Elder R., Price J. & Williams G. (2003) Difference in ethical attitudes between registered nurses and medical students. *Nursing Ethics* 10, 149-161.
- Eskola J. & Suoranta J. (2005) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 7. painos. Vastapaino, Jyväskylä.
- Fletcher N. & Janet H. (1995) Ethics, law and nursing. Redwood Books, Trowbridge, Manchester University press, Manchester.
- Fontana A. & Frey J.H. (2000) The interview. From structured questions to negotiated text. Teoksessa Denzin N.K. & Lincoln Y.S. (toim.) *Handbook of qualitative research*. 2nd edition. Sage Publication, Thousand Oaks.
- Glick M. & Bruuis S. (1997) The professional responsibility for care. *Oral Disease* 3, 221-224.
- Griffith R. & Tegnah C. (2008) Law and professional issues in nursing. Learning Matters Ltd, Exter.
- Hardingham L.B. (2004) Integrity and moral residue: nurses as participants in a moral community. *Nursing Philosophy* 5, 127-134.
- Kangasniemi M. (2007) Monoliittisestä trilogiseen tasa-arvoon. Tasa-arvo hoitotyön etiikan tutkimuksessa. Väitöskirja D 933, Oulun Yliopistopaino.
- Kangasniemi M, Viitalähde K & Porkka S. (2010) A theoretical examination of the rights of nurses *Nursing Ethics*, accepted 6/2010.
- Kanste O., Kyngäs H. & Nikkilä J. (2007) The relationship between multidimensional leadership and burnout among nursing staff. *Journal of Nursing Management* 15, 731-9.
- Ketter J. (1997) Nurses and strikes: a perspective from the United States. *Nursing Ethics*. 4, 323-329.
- Kuula A. (2007) Laadullinen tutkimussuhde ja arkistoinnin etiikka. *Tieteessä tapahtuu* 2, 42-45.
- Lötjönen S. (2003) Tutkimustulosten soveltaminen - kenen vastuulla? Teoksessa: Pesonen M. & Westermarck H. (toim.) *Mikä on oikein? Studia generalia*. Helsingin yliopiston vapaan sivistystyön toimikunta, Yliopistopaino, Helsinki. 47-58.
- Maze C.D. (2005) Registered nurses personal rights vs. professional responsibility in caring for members of underserved and disenfranchised populations. *Journal of Clinical Nursing* 14, 546-555.
- McHale J., Gallagher A. & Mason I. (2001) The UK Human rights Act 1998: Implications for nurses. *Nursing Ethics*, 8, 223-233.
- Mäenpää T., Åsted-Kurki P. & Paavilainen E. (2002) Ryhmähaastattelu tiedonkeruumenetelmänä tutkittaessa ala-asteen kouluterveydenhuollon perhekeskeisyyttä ja perheiden tiedollista tukea. *Hoitotiede* 14(3), 100-107.
- Mäkelä P.H. (1991) Epärehellisyys ja vilppi tutkimuksessa. Teoksessa: Löppönen P., Mäkelä P.H. & Paunio K. (toim) *Tiede ja etiikka*. WSOY, Juva. 117-125.
- Pietarinen J. (2002) Eettiset perusvaatimukset tutkimustyössä. Teoksessa: Karjalainen S., Launis V., Pelkonen R. & Pietarinen J. (toim) *Tutkijan eettiset valinnat*. Gaudeamus Kirja, Tammer-Paino, Tampere. 58-69.
- Polit D.F. & Beck C.T. (2003) *Nursing Research. Principles and methods*. 7th edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Pritchard J. (2005) Strengthening women's health visiting work with women. *Journal of Advanced Nursing*, 51, 236-244.
- Saaranen-Kauppinen A. & Puusniekka A. (2006) KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkojulkaisu]. Tampere : Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/. (Viitattu 30.8.2010.)
- Sipilä T., Kankkunen P., Suominen T. & Holma T. (2007) Fokusryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä hoitotieteellisessä tutkimuksessa: esimerkkinä tutkimus ITE-itsearviointimenetelmän käytöstä johtamisen työvälineenä. *Hoitotiede* 19 (6), 305-313.
- Smith P. & Mackintosh M. (2007) Profession, market and class: nurse migration and the remarking of division and disadvantage. *Journal of Clinical Nursing* 16, 2213-2220.
- Speziale H.J.S. (2007) The conduct of qualitative research: Common essential elements. Teoksessa Speziale H.J.S. & Carpenter D.R. *Qualitative research in nursing. Advancing the humanistic imperative*. 4th edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Thompson I.E., Melia K.M. & Boyd K.M. (2000) *Nursing Ethics*. Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2002) Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsittelyminen. Teoksessa: Karjalainen S., Launis V., Pelkonen R. & Pietarinen J. (toim.) *Tutkijan eettiset valinnat*. Gaudeamus Kirja, Tammer-Paino, Tampere. 384-394.

- Tzeng H.M. (2003) SARS infection control in Taiwan: Investigation of nurses' professional obligation. *Outcomes Management*, 7, 186-193.
- Utriainen K., Kyngäs H. & Nikkilä J. (2009) Well-being at work among ageing hospital nurses in Northern Finland: a grounded theory study. *International Journal of Circumpolar Health*, 68, 145-57.
- Viitalähde K., Porkka S. & Kangasniemi M. (2010) Sairaanhoidajien oikeudet - jäsenyys johtamisen tueksi. *Premissi*, julkaistaan 4/2010.

	Polo 2	POLO PER LA RICERCA			COD. 2.11.7
		TITOLO SINTETICO: SELF CARE			
		COORDINATORE PROGETTO	RESP. PROGETTO	RESP. DEL POLO	
		Dott. Ercole Vellone	Dott. Gennaro Rocco Prof. Rosaria Alvaro	Dott. Gennaro Rocco	
1.TITOLO PROGETTO					
<i>Self-care nel paziente con scompenso cardiaco</i>					

INDICE

TITOLO PROGETTO
ABSTRACT
BACKGROUND
OBIETTIVI di PROGETTO
METODOLOGIA
RISULTATI ATTESI
PIANIFICAZIONE
DIAGRAMMA GANTT
BIBLIOGRAFIA

2. ABSTRACT

Lo Scompenso cardiaco (SC) rappresenta un importante problema sanitario a causa dell'elevata mortalità, morbilità e spesa sanitaria connessa alle frequenti ospedalizzazioni ed accessi in pronto soccorso. Il self-care si è dimostrato in grado di migliorare la qualità di vita del paziente e ridurre l'ospedalizzazione e l'utilizzo dei servizi di emergenza ma questo fenomeno è stato ancora poco esplorato in Italia. Lo scopo di questo studio è di misurare il self-care nei pazienti con SC e di individuarne i predittori. Verrebbe utilizzato un disegno descrittivo per studiare circa 500 soggetti affetti da SC ed i relativi caregiver. Gli strumenti che verranno utilizzati sul paziente indagheranno variabili quali il self-care, l'autonomia funzionale, la qualità di vita, il deterioramento cognitivo, la comorbidità. I caregiver verranno studiati con scale che misureranno il burden, l'ansia, la depressione, la qualità di vita ed il contributo al self-care del paziente. I risultati permetteranno di avere una prima panoramica generale sul self-care nello SC e di porre le basi per eventuali studi di intervento per migliorare la gestione autonoma dello SC da parte del paziente.

3 BACKGROUND

Lo scompenso cardiaco (SC) rappresenta uno dei principali problemi di sanità pubblica costituendo una delle principali cause di morbilità e mortalità. Si stima che in Europa siano affetti da SC 14 milioni di persone [1].

I dati sia Americani che Europei indicano che la prevalenza di questa patologia vada dallo 0.4% al 2.3% nella popolazione adulta, per cui non a caso si parla dello SC come di una "epidemia" del 21 secolo [2, 3]. La prevalenza dello SC è in continuo aumento sia per l'invecchiamento della popolazione (l'età media dei pazienti è di 75 anni), sia per l'alta sopravvivenza dopo un evento coronarico acuto, sia per la migliore efficacia della prevenzione secondaria sui soggetti già affetti da SC. Nella fascia d'età intorno ai 75 anni il 10-20% delle persone è affetta da questa malattia e la mortalità a 4 anni è del 50% [1, 4, 5].

Lo SC è la causa del 5% dei ricoveri ospedalieri e rappresenta il 2% della spesa sanitaria di cui il 70% è per l'ospedalizzazione. Il tasso di riospedalizzazione per questa malattia è del 40% ad un anno [1, 4, 5]. In Italia è la prima causa di consumo di risorse delle strutture ospedaliere [5, 6].

Le evidenze scientifiche prodotte dimostrano sempre più che il self-care nello SC sia parte fondamentale della terapia [7]. Il self care è stato definito come un processo cognitivo attivo, mediante il quale la persona compie delle decisioni e mette in atto strategie per mantenere o riacquistare la propria salute ed il proprio benessere o per gestire la propria malattia e i suoi disturbi [8]. Quando i pazienti affetti da SC non riescono a sviluppare un'adeguata autogestione della patologia, le conseguenze possono essere drammatiche, comportando ricoveri d'urgenza o riospedalizzazioni ricorrenti. Spesso una delle cause primarie dell'aggravamento dello scompenso cardiaco è la scarsa aderenza del paziente alla gestione della propria malattia [9-11]. E' stato dimostrato in diversi studi che più del 50% dei ricoveri per SC potrebbero essere evitati se il paziente mettesse in atto un self-care efficace e riconoscesse i sintomi di peggioramento [12, 13][14].

Sono stati effettuati diversi studi sul self-care nel paziente con SC ma questo argomento è ancora poco esplorato in Italia. Studi di questo tipo richiedono strumenti di ricerca affidabili e validi che non misurino solo quanto spesso il paziente metta in atto alcuni comportamenti in grado di mantenere un buono stato di salute. E' importante anche valutare se il paziente sia in grado di riconoscere e gestire i sintomi precoci delle complicazioni e se si sente sicuro e consapevole che i rimedi attuati abbiano efficacia.

4 OBIETTIVI di PROGETTO

Gli obiettivi che si prefigge il presente studio sono i seguenti:

1. Stabilire la validità e l'affidabilità del Self-Care of Heart Failure Index (SCHFI).
2. "Misurare" i livelli di Self-Care nel paziente con SC;
3. Valutare se nel paziente esiste una correlazione tra Self-Care e dati socio demografici, comorbidità, stato funzionale, gravità dello scompenso, qualità di vita e stato cognitivo.
4. Valutare il contributo del caregiver al Self-Care del paziente con SC;
5. Valutare se esiste una correlazione tra Self-Care riportato dal paziente e contributo al Self-Care riportato dal caregiver;
6. Valutare i livelli di burden e qualità di vita del caregiver del paziente con SC;
7. Valutare se esiste una correlazione tra Self-Care nel paziente con SC e burden e qualità di vita del caregiver.

5 METODOLOGIA

Campione

Si intende arruolare un campione di convenienza composto da 500 soggetti affetti da SC e relativi caregivers. Verranno invitati a prendere parte allo studio pazienti con età > 18 anni seguiti in ambulatorio o day hospital. Non verranno arruolati soggetti che hanno avuto negli ultimi tre mesi una Sindrome Coronarica Acuta.

Il disegno che guiderà lo studio sarà di tipo descrittivo-correlazionale.

Strumenti

Per raccogliere i dati verranno utilizzati i seguenti strumenti:

Per i pazienti

1. Questionario socio demografico, al fine di avere informazioni su sesso, età, istruzione, occupazione, reddito, contesto familiare, abitudini di vita, servizi sociali e sanitari utilizzati.
2. Self-Care of Heart Failure Index [15]. Questa scala è composta da tre sottoscale che misurano nel paziente con SC il Mantenimento, la Gestione e la Sicurezza nel Self-Care.
3. The European Heart Failure Self-Care Behavior Scale, [16] per misurare le abilità di autocura nel paziente con SC.
4. Hospital Anxiety & Depression Scale [17] per misurare ansia e depressione.
5. SF-12 [18], per misurare la qualità di vita in generale.
6. Mini Mental State Examination [19] per valutare le abilità cognitive
7. Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire [20], per valutare la qualità di vita specifica nei pazienti con SC
8. Il Charlson Comorbidity Index [21], strumento per misurare la comorbidità
9. Barthel Index [22], per misurare l'autonomia

Per il Caregiver

1. Questionario socio demografico, per raccogliere dati inerenti ad età, sesso, istruzione, occupazione, contesto familiare.
2. Caregiver Burden Inventory [23] per valutare il Burden del caregiver.
3. Hospital Anxiety & Depression Scale [17] per misurare ansia e depressione.
4. SF-12 [18], per misurare la qualità di vita in generale.
5. Self-Care of Heart Failure Index versione caregiver [15]. Questa scala è stata modificata per il presente studio al fine di valutare il contributo del caregiver al Mantenimento, alla Gestione e alla Sicurezza nel Self-Care del paziente con SC.

Procedure

I pazienti ed i caregiver verranno incontrati in ambulatorio o day hospital dai ricercatori. Ai potenziali partecipanti verrà proposto di partecipare allo studio illustrandone le finalità. Dopo aver firmato il consenso informato si procederà con la raccolta dati. A distanza di circa 15 giorni i pazienti ed i caregiver verranno contattati telefonicamente per somministrare il Self-Care of Heart Failure Index. Questa seconda somministrazione della scala è indispensabile per stabilirne l'affidabilità test-retest.

6 RISULTATI ATTESI

In primo luogo questo studio permetterà la validazione italiana del Self-Care of Heart Failure Index. Questo studio fornirà inoltre una *overview* sull'autocura nei pazienti con SC e permetterà anche di individuare quali variabili dipendenti dal paziente e/o dal caregiver si correlano significativamente con il Self-Care. Queste conoscenze saranno importanti perché forniranno una base di partenza per mettere in atto interventi educativi sul paziente e sul caregiver volti a migliorare la gestione autonoma e competente dello Scompenso cardiaco.

7 PIANIFICAZIONE

Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
Revisione bibliografica sul self-care nei pazienti con scompenso cardiaco	Ricercatori Tor Vergata	Gennaio 2011
Pianificazione dello studio	Ricercatori Tor Vergata	Gennaio 2011
Raccolta dati	Ricercatori e Studenti LS Tor vergata	Febbraio - Luglio 2011
Attività seminariali con la Prof. B. Riegel e analisi dei dati intermedi	Prof. B. Riegel e Ricercatori Tor Vergata	Aprile - Maggio 2011
Analisi statistica e interpretazione dei risultati	Statistico, Ricercatori Tor Vergata, Prof. B. Riegel (tramite e-mail)	Settembre - Ottobre 2011
Diffusione dei risultati	Ricercatori Tor Vergata	Novembre 2011

8. BIBLIOGRAFIA

1. Remme, W.J., et al., Public awareness of heart failure in Europe: first results from SHAPE. Eur Heart J, 2005. 26(22): p. 2413-21.
2. Mosterd, A., et al., Prevalence of heart failure and left ventricular dysfunction in the general population; The Rotterdam Study. Eur Heart J, 1999. 20(6): p. 447-55.
3. Hunt, S.A., ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). J Am Coll Cardiol, 2005. 46(6): p. e1-82.
4. Dickstein, K., et al., ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). Eur Heart J, 2008. 29(19): p. 2388-442.

5. Ministero_della_Salute. Analisi dei ricoveri per insufficienza cardiaca in Italia anni 2001 - 2003. 2007 [cited 2010 9 marzo 2010]; Available from: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_663_allegato.pdf.
6. Ministero_della_Salute. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2007. 2007 [cited 2010 9 marzo 2010]; Available from: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1152_allegato.pdf.
7. Dickson, V.V., J.A. Deatricks, and B. Riegel, A typology of heart failure self-care management in non-elders. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 2008. 7(3): p. 171-81.
8. Orem, D., *Concepts of practice*. 2001, St Louis: Morby.
9. Tsuyuki, R.T., et al., Acute precipitants of congestive heart failure exacerbations. *Arch Intern Med*, 2001. 161(19): p. 2337-42.
10. Chin, M.H. and L. Goldman, Factors contributing to the hospitalization of patients with congestive heart failure. *Am J Public Health*, 1997. 87(4): p. 643-8.
11. Fonarow, G.C., et al., Factors identified as precipitating hospital admissions for heart failure and clinical outcomes: findings from OPTIMIZE-HF. *Arch Intern Med*, 2008. 168(8): p. 847-54.
12. Michalsen, A., G. Konig, and W. Thimme, Preventable causative factors leading to hospital admission with decompensated heart failure. *Heart*, 1998. 80(5): p. 437-41.
13. Ghali, J.K., et al., Precipitating factors leading to decompensation of heart failure. Traits among urban blacks. *Arch Intern Med*, 1988. 148(9): p. 2013-6.
14. Bennett, S.J., et al., Characterization of the precipitants of hospitalization for heart failure decompensation. *Am J Crit Care*, 1998. 7(3): p. 168-74.
15. Riegel, B., B. Carlson, and D. Glaser, Development and testing of a clinical tool measuring self-management of heart failure. *Heart Lung*, 2000. 29(1): p. 4-15.
16. Jaarsma, T., et al., Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *Eur J Heart Fail*, 2003. 5(3): p. 363-70.
17. Zigmond, A.S. and R.P. Snaith, The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1983. 67: p. 361-370.
18. Ware, J., M. Kosinski, and S. Keller, A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*, 1996. 34: p. 220-233.
19. Folstein, M.F., S.E. Folstein, and P.R. McHugh, Mini Mental State. A practical method for grading the cognitive state of the patients for the clinicians. *Journal of Psychiatric Research*, 1975. 12: p. 189-198.
20. Rector, T., S. Kubo, and J. Cohn, Patient's self-assessment of their congestive heart failure. Part 2: content, reliability and validity of a new measure, The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. *Heart Failure*. *Heart Failure*, 1987. 1: p. 198-209.
21. Charlson, M.E., et al., A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*, 1987. 40(5): p. 373-83.
22. Mahoney, F.I. and D.W. Barthel, Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J*, 1965. 14: p. 61-65.
23. Novak, M. and C. Guest, Caregiver Burden Inventory (CBI). *Gerontologist*, 1989. 29: p. 798-803.

	Polo 2	POLO PER LA RICERCA			COD. 2.11.8
		TITOLO SINTETICO: RIDUZIONE DEGLI ERRORI DA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI			
		COORDINATORE PROGETTO	RESP. PROGETTO	RESP. DEL POLO	
		Dott. Carlo Turci Dott. Nicola Barbato Prof. Rosaria Alvaro Dott. Ercole Vellone	Dott. Gennaro Rocco	Dott. Gennaro Rocco	
1.TITOLO PROGETTO					
<i>Individuazione di uno strumento finalizzato alla riduzione degli errori da somministrazione di farmaci attraverso un abbigliamento dedicato e una cartellonistica di “non disturbo”</i>					

INDICE

TITOLO PROGETTO
 ABSTRACT
 BACKGROUND
 OBIETTIVI di PROGETTO
 METODOLOGIA
 RISULTATI ATTESI
 PIANIFICAZIONE
 DIAGRAMMA GANTT
 BIBLIOGRAFIA

2. ABSTRACT

La letteratura scientifica riporta che gli errori nella fase di somministrazione dei farmaci sono correlati al numero di distrazioni dovute a chiamate di pazienti ed altro personale sanitario.

Gli infermieri che stanno somministrando la terapia non devono essere mai interrotti o distratti per nessun motivo. L'esperienza di ricerca cercherà di valorizzare l'infermiere con un abbigliamento dedicato (casacca di colore giallo o rosso) per indicare la massima attenzione del momento nonché la presenza di cartellonistica di "non disturbo". L'identificazione di un infermiere dedicato per la somministrazione farmacologica può diminuire il numero degli errori attraverso la riduzione delle distrazioni. Lo studio finalizza due momenti:

- analisi realtà senza intervento con variabile (gruppo di controllo).
- analisi variazione realtà con uso abbigliamento dedicato e cartellonistica (gruppo sperimentale).

3. BACKGROUND

Dati italiani in merito alla problematica legata al rischio clinico scarseggiano sia perché forse non esiste ancora una reale consapevolezza del problema, sia perché vi è un forte timore della perseguibilità penale della responsabilità individuale. Si riporta la ricerca condotta dalla ASL 11 di Empoli dove sono stati monitorati gli errori per un periodo di 10 mesi (2000 - 2001) in cui il 55% delle segnalazioni degli errori sono attribuibili al trattamento infermieristico. Di questi il 61% riferisce alla trascrizione errata della terapia, il 15% alla preparazione non corretta del paziente per esami diagnostici, il 13% alle cadute accidentale del paziente, il 6% ai prelievi di sangue non eseguiti, e il 5% allo smarrimento delle provette. Anche il Rapporto PiT Salute 2008 Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del malato riporta segnalazioni dei cittadini che indicano prevalentemente errori durante lo svolgimento di interventi chirurgici (53%) piuttosto che errata diagnosi (26%). Degna di nota anche la percentuale (12%) di casi di errata terapia. Per **Errore di somministrazione**, (oggetto dell'indagine) intendiamo la variazione della terapia farmacologia che il medico ha prescritto e il farmaco preso dal paziente. Gli errori in questa fase sono ascrivibili a diversi momenti: non coinvolgimento e non informazione del paziente circa la terapia che gli è stata prescritta inclusi gli effetti collaterali e non favorendo domande relativamente alla terapia, non controllo della prescrizione del dosaggio, della concentrazione, della via di somministrazione, della scadenza, dell'etichetta del farmaco, della velocità della pompa di infusione, della non verifica della corrispondenza fra quanto indicato nella scheda di terapia e quanto effettivamente presente sul carrello delle terapie, della non verifica dell'identità del paziente, del non rispetto norme di asepsi, della terapia preparata da un operatore e somministrata da altro (massima attenzione alla regola delle 6 G: giusto farmaco, giusta dose, giusta via, giusta ora, giusto paziente, giusta registrazione).

Il Collegio IPASVI di Roma nel triennio 2007 - 2009 ha realizzato nel territorio di Roma e provincia una serie di corsi itineranti dal titolo la gestione di un team infermieristico strumenti e metodologie. I dati presi in esame sono il risultato di lavori di gruppo eseguiti dagli infermieri e coordinatori che hanno preso parte al corso, durante il quale seguivano una sessione teorica sull'utilizzo di strumenti e metodologie per la definizione analisi e risoluzione dei problemi operativi. Nel pomeriggio prendevano parte alla sessione pratica dove applicavano praticamente gli strumenti presentati nella parte teorica e realizzavano un lavoro per la determinazione degli errori legati alla somministrazione della terapia nelle realtà operative di appartenenza. Ogni gruppo di lavoro era costituito da 10 partecipanti che nella prima fase dell'esercitazione utilizzava due strumenti: Il brainstorming per identificare le principali cause di errore nella somministrazione della terapia sulla base della propria esperienza maturata nella realtà di appartenenza, e il diagramma causa effetto che rappresentava graficamente le cause raggruppate in macroaree che sono fonte di errore nella somministrazione. Gli schemi dei diagrammi causa effetto analizzati sono 188 per un totale di 1880 partecipanti provenienti da contesti ospedalieri ambulatoriali e domiciliari di Roma e provincia.

Le macroaree identificate sono undici: Risorse materiali (6,8%) - Risorse Umane (25,5%) - Organizzazione e gestione (20,5%) - Documentazione infermieristica (3,9%) - Ambiente (12,2%) - Fattori esterni (0,5%) - Farmaco (7,4%) - Strumenti (2,4%) - Formazione (3%) - Paziente (15,2%) - Metodo e processo. (2,4%) .

Le macroaree nelle quali si riscontra la causa DISTRAZIONE sono 3: Risorse Umane . Fattori esterni. Ambiente per un totale del 38,2 % Quindi 1880 infermieri attribuiscono alla causa distrazione il 38,2 % .

4. OBIETTIVI DI PROGETTO**Obiettivi generali**

- L'obiettivo generale del presente studio è quello di ridurre il numero di distrazioni e, conseguentemente, il numero di errori che si verificano durante la somministrazione dei farmaci.

Obiettivi specifici

- Valutare la tipologia di distrazione (chi e perché) a cui viene sottoposto l'infermiere durante la somministrazione dei farmaci;
- Valutare l'efficacia di un abbigliamento *ad hoc* accompagnato da una cartellonistica di "non disturbo" sull'incidenza di distrazioni;
- Valutare la correlazione tra diminuzione di distrazioni durante la somministrazione dei farmaci e diminuzione degli errori

Indicatori

- N° dei Dirigenti Infermieristici presenti nella riunione di convocazione per la presentazione del Progetto / su N° invitati *100 (< 10%)
- N° delle Strutture Sanitarie di Roma e Provincia 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

D = Distrazione

Tgg= Totale giorni osservati

DT = Totale Distrazioni registrate

DMg= Distrazione Media Giornaliera

DMPz= Distrazione Media Singolo paziente

TPz = Totale Pazienti sottoposti a terapia

D1 = Distrazione da parte dei degenti

D2 = Distrazione da parte di estranei alle attività di degenza

D3 = Distrazione da parte di altri operatori sanitari coinvolti

D4 = Distrazione da parte di Medici coinvolti

D5 = Distrazione da parte di Infermieri coinvolti

DT = Totale delle distrazioni registrate (D1 + D2 + D3 + D4 + D5)

DMg= DT/Tgg

DMPz= DT/TPz

ID = Indicatore di Distrazione

ID = $DMg/TPz \times 100$

Accettabilità (A)

$A = (DT - TPz)/Tgg \times 100$

$A = 1 D \times 1Pz/1gg \times 100$

A = 1%

RILEVANZA

Individuare la frequenza di possibili distrazioni durante ogni singolo atto di somministrazione per degente oltre un livello di accettabilità data dalla sola interazione del degente coinvolto al momento della somministrazione. Altre possibili distrazioni possono potenzialmente distogliere l'operatore nel raggiungimento della giusta concentrazione a favore di possibili condizioni di rischio di errore terapeutico. La rilevazione di una media delle distrazioni giornaliere diviso la frequenza totale delle prestazioni terapeutiche effettuate in un determinato periodo di osservazione, evidenzia la sensibilità della distrazione rilevata. Lo specifico indicatore in percentile evidenzia il margine di rischio di errore oltre la soglia di accettabilità.

5. METODOLOGIA***Disegno dello studio***

Ricerca sperimentale quantitativa. Studio osservazionale che è' diretta alla scoperta di relazioni e cause-effetti che portano alla riduzione di errori nella fase di somministrazione attraverso un abbinamento dedicato ed alla presenza di una cartellonistica di "non disturbo".

Campione

Almeno due unità operative per azienda partecipante al progetto, con l'assegnazione casuale ai campioni per la manipolazione delle variabili: abbinamento e cartellonistica di non disturbo.

Strumenti

Strutturati: questionari e griglie di osservazione.

Procedure

Tutto il percorso del progetto, dalla sua ideazione al suo completamento è suddiviso per fasi:

INCONTRO TRA I RICERCATORI PER:

- scrivere il progetto
- creare una griglia di osservazione
- creare un questionario di n. domande, i cui elementi vertono su pareri e sensazioni personali riguardanti alcuni aspetti caratteristici del processo terapeutico
- sperimentazione griglia osservazione e questionari
- validazione strumento

IDENTIFICAZIONE DELLE STRUTTURE PER PROPORRE LA COLLABORAZIONE ALLA RICERCA:

- creare una mappa con evidenziati i criteri di esclusione / inclusione (nursing team - uso scheda di terapia - orari)
- identificare il campione sperimentale e di controllo in ogni struttura

CONVOCAZIONE DEI DIRIGENTI E REFERENTI

- presentazione ricerca
- descrizione degli strumenti
- aspettative

PERCORSO INFORMATIVO SULLA GESTIONE DEGLI STRUMENTI DI RICERCA ai referenti:

- griglia di osservazione
- questionario

VISITA PERSONALE DEI RICERCATORI PRESSO LE U.O.

- consegna questionari e griglie

MONITORIZZAZIONE RELATIVA ALLA COMPILAZIONE DEI QUESTIONARI E GRIGLIE DI OSSERVAZIONE ED EVENTUALE RILEVAMENTO PROBLEMI DI VARIA NATURA

- contattare ciclicamente le U.O. per monitorare il buon andamento dei lavori e per evidenziare eventuali problemi e naturalmente cercare di risolverli.

IRITRO QUESTIONARI E GRIGLIE DI OSSERVAZIONE, CONTEGGIO, DECODIFICAZIONE ED INSERIMENTO

DATI:

- rispondenza

ELABORAZIONE DATI SPECIFICI PER OGNI U.O. E COMPLESSIVI**STUDIO DATI E FORMULAZIONE IPOTESI**

- strategie per il cambiamento ed il miglioramento

CONVEGNO E PUBBLICAZIONE**6. RISULTATI ATTESI**

Le informazioni obiettive ricavate dall'osservazione diretta si riveleranno preziosi nella progettazione di possibili soluzioni al problema degli errori di somministrazione da distrazione con danno dei pazienti non intenzionale. Questa ricerca richiederà conoscenze locali e coinvolgimento del personale per essere sostenibile.

*Indicatori***INDICATORE**

D = Distrazione

Tgg= Totale giorni osservati

DT = Totale Distrazioni registrate

DMg= Distrazione Media Giornaliera

DMPz= Distrazione Media Singolo paziente

TPz = Totale Pazienti sottoposti a terapia

D1 = Distrazione da parte dei degenti

D2 = Distrazione da parte di estranei alle attività di degenza

D3 = Distrazione da parte di altri operatori sanitari coinvolti

D4 = Distrazione da parte di Medici coinvolti

D5 = Distrazione da parte di Infermieri coinvolti

DT = Totale delle distrazioni registrate (D1 + D2 + D3 + D4 + D5)

DMg= DT/Tgg

DMPz= DT/TPz

ID = Indicatore di Distrazione

ID = $DMg/TPz \times 100$

Accettabilità (A)

$A = (DT - TPz)/Tgg \times 100$

$A = 1 D \times 1Pz/1gg \times 100$

A = 1%

RILEVANZA

Individuare la frequenza di possibili distrazioni durante ogni singolo atto di somministrazione per degente oltre un livello di accettabilità data dalla sola interazione del degente coinvolto al momento della somministrazione. Altre possibili distrazioni possono potenzialmente distogliere l'operatore nel raggiungimento della giusta concentrazione a favore di possibili condizioni di rischio di errore terapeutico. La rilevazione di una media delle distrazioni giornaliere diviso la frequenza totale delle prestazioni terapeutiche effettuate in un determinato periodo di osservazione, evidenzia la sensibilità della

distrazione rilevata. Lo specifico indicatore in percentile evidenzia il margine di rischio di errore oltre la soglia di accettabilità.

7. PIANIFICAZIONE

FASI	RISORSE NECESSARIE	RESP	TEMPI
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 ricerca	15 gg stagista	Gruppo di progetto	febbraio 2010 marzo 2010
2. Identificazione del metodo/strumento 2.1. Elaborazione griglia di osservazione 2.2. Elaborazione data base ed analisi strumento 2.3. Presentazione del Progetto di ricerca ai Dirigenti dell'Area Infermieristica 2.4. Raccolta delle adesioni di partecipazione al progetto 2.5. Mappatura delle strutture oggetto dello studio	30 gg statistico 30 gg stagista	Gruppo di progetto	Aprile agosto 2010
3. Attuazione 3.1. Individuazione degli osservatori aziendali a cura delle singole Aziende aderenti al 3.2. Acquisizione pettorine e avvisi 3.3. Programmazione dell'evento formativo accreditato ECM su l'uso degli strumenti 3.4. Stampa delle griglie di osservazione 3.5. Attività di supporto agli osservatori aziendali e ai data-entry 3.6. Monitoraggio e verifica del processo 3.7. Elaborazione dei dati	Materiale di progetto 15 gg stagista Evento formativo	Gruppo di progetto	agosto dicembre 2010
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	15gg stagista Editing Evento	Gruppo di progetto	gennaio 2011 Aprile 2011

8. DIAGRAMMA GANTT

	Set 11	Ott 11	Nov 11	Dic 11	Gen 11	Feb 11	Mar 12	Apr 10	Mag 10	Giu 10	Lug 10	Ago 10	Set 10	Ott 10	Apr 13
Fase 1															
Fase 2															
Fase 3															
Fase 4															

9. BIBLIOGRAFIA

1. Alvaro R, et al. *La sicurezza nella somministrazione della terapia farmacologica: una revisione narrativa della letteratura*. L'Infermiere 2009; 3: 22-6.
2. Borgia L. *Ecco la strategia anti errore*. Il sole 24 ore Sanità 27 marzo 2006: 26.
3. Falli F, Ottomanelli G. *Imparare dagli errori*. IPASVI La Spezia 2005.
4. Festini F, Sperotto S, Neri S. *La sicurezza della terapia: strategie e strumenti per gli infermieri*. Assistenza Infermieristica e Ricerca 2007; 26 (3): 165-79.
5. Joanna Briggs Institute. *Strategie per diminuire gli errori di terapia riferite alla popolazione anziana*. Best Practice 2005; 9 (4).
6. 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
7. 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 farmacologica, Raccomandazione n. 7, Marzo 2008
8. Tomassetti R. *Se gli infermieri sono pochi le terapie falliscono (e si muore di più)*. L'infermiere 2003; (1): 20-8
9. Jones SW. *Reducing medication administration errors in nursing practice*. Nursing Standard (NURS STAND), 2009 Aug 19-25; 23(50): 40-6
10. Santell JP, Hicks RW, Protzel MRN. *News watch: drug update. Error watch: annoyance and distractions spell trouble*. RN (RN), 2003 Dec; 66(12): 96, 76-7
11. Zhan C, Hicks RW, Blanchette CM, Keyes MA, Cousins DD. *Potential benefits and problems with computerized prescriber order entry: analysis of a voluntary medication error-reporting database*. American Journal of Health-System Pharmacy (AM J HEALTH SYST PHARM AJHP), 2006 Feb 15; 63(4): 353-8
12. Kreckler S, Catchpole K, Bottomley M, Handa A, McCulloch P. *Interruptions during drug rounds: an observational study*. British Journal of Nursing (BJN) (BR J NURS), 2008 Nov 27-Dec 10; 17(21): 1326, 1328-30
13. Beyea SC. *Distractions, interruptions, and patient safety*. AORN Journal (AORN J), 2007 Jul; 86(1): 109-10, 112

	Polo 2	POLO PER LA RICERCA		COD. 2.11.9
		TITOLO SINTETICO: IMPATTO DELLE NUOVE TECNOLOGIE DELLA SIMULAZIONE		
		COORDINATORE PROGETTO	RESP DEL POLO	
		Dott.ssa Silvia Scelsi <s_scelsi@yahoo.it>	Dott. Gennaro Rocco	

1.TITOLO PROGETTO

Progetto di ricerca sull'impatto delle nuove tecnologie della simulazione nell'apprendimento delle competenze nel corso di laurea infermieristica

INDICE

TITOLO PROGETTO
 ABSTRACT
 BACKGROUND
 OBIETTIVI di PROGETTO
 METODOLOGIA
 RISULTATI ATTESI
 PIANIFICAZIONE
 DIAGRAMMA GANTT
 BIBLIOGRAFIA

2 ABSTRACT

Dalla letteratura emerge che nell'ambito dell'acquisizione delle competenze sia specifiche che trasversali, gli studi finora non hanno dimostrato in modo certo la maggiore efficacia della simulazione rispetto alle tecniche tradizionali.

Nell'area dell'educazione infermieristica la simulazione è una tecnica che sta avendo una larga diffusione soprattutto nei paesi di cultura anglosassone; ma nonostante ciò gli studi finora pubblicati non dimostrano con certezza la maggiore capacità di acquisire e mantenere le competenze attraverso questa tecnica. In realtà molti degli studi non sono comparabili secondo i criteri di meta analisi normalmente usati, poiché non ci sono concordanze né nei disegni né negli indicatori rilevati, ma soprattutto nelle strategie di ricerca e nella ipotesi di partenza.

Molti degli studi dimostrano che alla base dell'uso di questa tecnica in realtà c'è un'orientamento all'uso della simulazione come strumento di insegnamento piuttosto che come strumento orientato alla valutazione dell'apprendimento, quindi in realtà c'è una "teaching strategy" (J. Kaakinen- E. Arwood 2009) che viene implementata anziché una learning strategy.

Di fatto le teorie che sono maggiormente alla base dell'uso di questa tecnica sono relative al "Social learnign Theory" di Bandura, al "Experiential Laerning Theory" di Kolb, l' "Adult Learnin theory" di Knowles, il "Performed-based Models" di Benner, tutte teorie che portano all'orientamento verso la valutazione dell'apprendimento e della "self-efficacy". In Italia questa tecnica si sta affermando nella simulazione nell'area critica e nell'emergenza, ed è entrata nella formazione specialistica dei professionisti, ma ancora non è usata nell'ambito delle lauree generali.

Questo studio si propone di provare a dimostrare la maggiore efficacia della tecnica nell'apprendimento della laurea generale, rispetto ai metodi fin qui utilizzati per sviluppare le competenze complesse.

3 BACKGROUND

Nel corso degli ultimi anni il concetto di acquisizione di competenza e di responsabilità professionale si è correlato con il concetto di sicurezza del paziente che ha progressivamente acquisito una straordinaria importanza nell'ambito delle cure sanitarie.

Si calcola che, secondo dati diffusi negli Stati Uniti, tra gli oltre 98mila decessi avvenuti negli ospedali, l'80% di questi sembrerebbe correlato a errori preventivabili.

La diffusione di questa consapevolezza e i nuovi percorsi di formazione sviluppati nella formazione dei professionisti ha portato a sviluppare nuovi modelli di training che rendessero possibile evitare, ove possibile, gli errori infermieristici preventivabili che potessero negativamente riflettersi sulla salute dei malati.

Come già accaduto in altri campi (ad esempio: industria, aeronautica), il concetto di cultura della sicurezza ha permesso di sviluppare speciali strategie che hanno ottenuto livelli ragguardevoli di sicurezza garantendo una produttività di lungo termine a basso rischio.

Alcune di queste strategie, permettendo una migliore comprensione della complessità del sistema di cura della salute, hanno permesso di parzialmente ridisegnare e riorganizzare i sistemi di assistenza attorno al complesso microcosmo dell'assistenza clinica.

Questo ha influenzato l'introduzione di nuove strategie di attuazione dei livelli assistenziali (ad esempio perseguendo specifiche linee guida), e nuove strategie di formazione dei professionisti (training con utilizzo di tecniche di simulazione) che potrebbero essere applicate per minimizzare l'impatto negativo dei fattori umani sulla sicurezza del paziente e aumentare l'acquisizione delle competenze in modo solido e duraturo, più di quanto non avvenga adesso, consentendo la sperimentazione di situazioni anche pericolose senza in ambiente sicuro. In tale contesto, la simulazione fornisce abilità ed esperienza nel risolvere specifiche situazioni inserite in uno scenario realistico, facilitando il transfer di capacità cognitive, psicomotorie e affettive all'interno della pratica clinica quotidiana (in pratica una corretta comunicazione nel team), aiutando quindi a migliorare il comportamento nelle situazioni critiche. In particolare, in infermieristica, la simulazione è da considerarsi come una vera e propria strategia al fine di minimizzare il rischio clinico.

4 OBIETTIVI di PROGETTO

Obiettivo generale

Comprendere se la simulazione è più efficace nell'apprendimento di competenze complesse rispetto alle tecniche e ai percorsi classici attualmente impiegati a tale scopo

Obiettivi specifici

1. Individuare gli indicatori per il progetto
2. Creare i set di formazione con simulazione da applicare nel core curriculum dello studente
3. Formare i tutor d'aula
4. Rilevare i dati relativi all'apprendimento raggiunto e ai livelli di competenza degli studenti durante il tirocinio

5 METODOLOGIA

Disegno dello studio

Lo studio è uno studio con disegno caso controllo

Lo studio si sviluppa in sei fasi:

Fase 1: formazione del TdP e analisi del contesto.

Individuazione del Team di Progetto *ad hoc* composto da infermieri esperti nell'ambito della didattica, infermieri clinici esperti nella simulazione. Il TdP si occuperà della pianificazione, organizzazione e gestione di tutte le fasi indicate nel presente progetto.

Fase 2: costruzione degli indicatori e individuazione dei partner universitari.

Questa fase sarà dedicata alla costruzione dal parte del TdP degli indicatori per misurare la ricerca e all'individuazione delle strutture oggetto della ricerca, con relativa proposta alle stesse)(*la sede è stata identificata nel polo Universitario Tor Vergata sede IDI Roma.*)

Fase 3: costruzione dei set di simulazione con le relative schede di laboratorio

In questa fase verranno individuate le competenze oggetto della ricerca e verranno costruiti gli scenari di simulazione e i laboratori con le relative schede e materiali.

Fase 4: corso di formazione.

Questa fase sarà dedicata alla formazione dei tutor d'aula appartenenti ai gruppi individuati come campione, che avranno la responsabilità di seguire gli studenti oggetto della ricerca

Fase 5: supporto al progetto.

Una quinta fase sarà dedicata al supporto durante il momento attuativo del progetto, cioè alla simulazione e alla gestione dei laboratori attraverso gli infermieri esperti di simulazione.

Fase 6: implementazione delle abilità durante il tirocinio e osservazione

In questa fase i tutor clinici faranno la rilevazione dei dati relativi all'apprendimento degli studenti rispetto alle competenze oggetto della ricerca.

Fase 7: acquisizione, elaborazione e analisi dei dati.

Dopo aver acquisito i dati dalle schede di valutazione studente, si passa all'elaborazione dei dati e conseguente analisi.

Campione

Tutti gli studenti del secondo anno (possibilmente dello stesso canale universitario, per avere gli stessi docenti in aula) del corso di Laurea Infermieristica afferenti al polo Universitario di Tor Vergata- sede IDI - Roma

Strumenti

Gli strumenti identificati per la realizzazione del progetto sono:

- ✓ Laboratorio di simulazione,
- ✓ schede e scenari per la simulazione,
- ✓ Schede di valutazione skill e competenze
- ✓ scheda di valutazione del tirocinio

6 RISULTATI ATTESI

Dimostrare la maggiore efficacia nell'apprendimento delle competenze attraverso la tecnica della simulazione rispetto ai percorsi attuali.

7 PIANIFICAZIONE

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
1	Approvazione dell'ipotesi di ricerca	Consiglio Direttivo	
2	Costituzione del Team di Progetto	Consiglio Direttivo	
3	Elaborazione del progetto di ricerca	TdP	
4	Approvazione del progetto di ricerca	Consiglio Direttivo	
5	costruzione degli indicatori e individuazione dei partner universitari	TdP	
6	costruzione dei set di simulazione con le relative schede di laboratorio	TdP	
7	Partnership con l'Università	Project manager	
8	Presentazione del Progetto di ricerca responsabili dei corsi di infermieristica individuati	TdP Project Manager	
9	Programmazione degli eventi formativi per tutor d'aula	TdP	
10	Individuazione dei reparti aderenti al Progetto di ricerca	TdP	
11	Preparazione del materiale occorrente	TdP	
12	Implementazione delle simulazioni nel gruppo caso	TdP	
13	Raccolta delle schede e inserimento dati	TdP + tutor	
14	Monitoraggio e verifica del processo	TdP	
15	Elaborazione dei dati	TdP	
16	Analisi dei dati raccolti, interpretazione dei risultati ottenuti e stesura del rapporto finale	TdP	

19	Pubblicazione del rapporto di ricerca	TdP	
20	Realizzazione di un evento per la presentazione dei risultati della ricerca	TdP, Comitato Organizzativo e Project manager	

8 DIAGRAMMA DI GANTT

EVENTO	Marzo 11	Aprile 11	Maggio 11	Giugno 11	Luglio 11	Agosto 11	Settembre 11	Ottobre 11	Novembre 11	Dicembre 11	Gennaio 12	Febbraio 12	Marzo 12	Aprile 12	Maggio 12	Giugno 12	Luglio 12	Agosto 12	Settembre 12	Ottobre 12	Novembre 12	Dicembre 12
Fase 1: <u>formazione del TdP e analisi del contesto</u>																						
Fase 2: costruzione degli indicatori e individuazione dei partner universitari.																						
Fase 3: costruzione dei set di simulazione con le relative schede di laboratorio																						
Fase 4: corso di formazione.																						
Fase 5: supporto al progetto.																						
Fase 6: implementazione delle abilità durante il tirocinio e osservazione																						
Fase 7: acquisizione, elaborazione e analisi dei dati.																						
Fase 8: Pubblicazione del rapporto di ricerca																						
Fase 9: Realizzazione di un evento per la presentazione dei risultati della ricerca																						

Identificare i periodi in cui gli studenti svolgono il laboratorio

Identificare il semestre in cui si svolgono le lezioni teoriche inerenti i contenuti delle simulazioni, in caso siano nel secondo semestre il gant è da modificare

Ipotesi di simulazioni:

- skill: venipuntura (PC)
 - scenario +decision making e comunicazione
- uno tra i seguenti scenari medici:
- ✓ scenario: Gestione di insulinoterapia
 - ✓ scenario: BPCO ossigeno terapia
- uno tra i seguenti scenari chirurgici:
- ✓ gestione della nausea nel pz post operatorio
 - ✓ Prevenzione complicanze respiratorie

9 BIBLIOGRAFIA

Su 86 lavori selezionati con le parole di ricerca:

Nursing education research AND patient simulation

Banca dati: PUB MED

I seguenti lavori sono risultati di interesse

Revisione bibliografica:

High fidelity medical simulation in the difficult environment of a helicopter: feasibility, self-efficacy and cost. Stewart W Wright, Christopher J Lindsell, William R Hinckley, Annette Williams, Carolyn Holland, Christopher H Lewis, and Gail Heimbürger.

Questo studio ha voluto valutare l'efficacia della simulazione ad alta fedeltà attraverso un'esperienza di simulazione in eliambulanza. Per questo studio sono stati reclutati 12 medici con un percorso formativo simile tra loro e nel loro primo anno post laurea. Tutti hanno ricevuto un corso di formazione standard HEMS. Sette di questi sono stati reclutati per la simulazione ad alta fedeltà in eliambulanza. Per l'addestramento è stato utilizzato il Laerdal SimMan™. Sono stati presentati ai discenti due casi clinici, uno inerente il trattamento di un paziente cardiopatico in cui è stata simulato un arresto cardiaco in seguito ad una fibrillazione ventricolare, mentre il secondo caso proposto è stato quello di un paziente politraumatizzato con pneumotorace ed ipovolemia. Gli scenari di simulazione sono stati svolti in eliambulanza con i motori accesi ma non in volo (idle). Questo ha comunque consentito la riproduzione di un ambiente reale, dove spazio, rumori, vibrazioni, odori e temperatura erano del tutto simili ad una fase di volo. Tutti e dodici i discenti, prima e dopo il training hanno compilato un test di autovalutazione / autoapprendimento ed eseguito un'intervista riguardo l'efficacia percepita nel trattare i pazienti in elicottero ed il riconoscimento degli ostacoli alle cure in eliambulanza. Terminata la fase di training i medici sono stati impiegati in eliambulanza per missioni HEMS. A distanza di tre mesi dall'addestramento iniziale, è stato sottoposto nuovamente il test di autovalutazione. Dai dati è emerso che coloro che hanno partecipato alla simulazione ad alta fedeltà hanno percepito la sensazione di essere più pronti ad affrontare tutte le complicanze derivanti dal trattamento di un paziente in elicottero, mentre nessuna differenza è emersa dai due gruppi riguardo l'uso di attrezzature di bordo o la conoscenza di complicanze tecniche derivanti dal lavorare in eliambulanza. La simulazione migliora il riconoscimento delle sfide attuali e fornisce una importante opportunità per la formazione in ambienti difficili.

A Case-Control Study Simulation-based education improve quality of care during cardiac arrest team responses at an academic teaching hospital. Diane B. Wayne; Aashish Didwania; Joe Feinglass, Monica J. Fudala, BA; Jeffrey H. Barsuk, MD; and William C. McGaghie

E' uno studio retrospettivo caso-controllo riguardo l'aderenza alle linee guida dei team ALS in ambito ospedaliero. Tutti i componenti del team hanno ricevuto una formazione standard sulla rianimazione cardiopolmonare avanzata. Di questi, una parte hanno effettuato scenari di simulazione ad alta fedeltà con un simulatore. L'osservazione è stata condotta su cartelle cliniche riguardanti 48 casi reali di pazienti

critici gestiti in pronto soccorso. Le manovre ALS son state praticate su pazienti in arresto cardiaco (asistolia, PEA, tachicardia ventricolare senza polso, fibrillazione ventricolare) o in peri arresto (bradicardia sintomatica e TSV). In particolare è stata ricercata l'aderenza alle linee guida ACLS in tre abiti:

esecuzione delle manovre BLS;

defibrillazione elettrica, pacing esterno, cardioversione sincronizzata;

somministrazione di farmaci in sequenza e dosaggi adeguati.

Lo studio ha dimostrato una maggiore aderenza alle linee guida ACLS del gruppo che ha eseguito scenari di simulazione ad alta fedeltà (68%) rispetto al gruppo che ha seguito solamente un addestramento standard.

“Practicing” Medicine without Risk: Students’ and Educators’ responses to High-fidelity Patient

Simulation James A. Gordon, MD, MPA, William M. Wilkerson, MD, David Williamson Shaffer and Elizabeth G. Armstrong

Pratica clinica senza rischi: la risposta di studenti e discenti alla formazione alla simulazione clinica con manichino ad alta fedeltà. Il gruppo pilota è composto da 27 studenti e 33 discenti. Tutti vengono sottoposti ad una sessione di simulazione ad alta fedeltà. Alla fine degli scenari è stato sottoposto loro un questionario con risposte multiple e risposte aperte. Oltre 85% degli intervistati ha trovato eccellente questo tipo di formazione. Inoltre l'80% del gruppo ritiene che la simulazione ad alta fedeltà deve essere estesa a tutti gli studenti in medicina. In conclusione studenti e discenti hanno risposto in maniera molto positiva alla simulazione ad alta fedeltà. Resta comunque da valutare il rapporto costo beneficio di questa nuova tecnologia.

Human patient simulation: a new face in baccalaureate nursing education at birningam young università. *Carlion S. Bearnson*

La simulazione ad alta fedeltà nella formazione infermieristica di base, questo studio esplora i benefici e le limitazioni della simulazione ad alta fedeltà nell'ambito dell'esperienza clinica per gli studenti in infermieristica. Ogni studente ha partecipato ad una sessione di simulazione con manichino ad alta fedeltà. Gli scenari riguardavano il dolore post operatorio in tre diversi tipi di pazienti. L'analisi dei dati riguardo gli effetti collaterali di alcuni farmaci, le diverse risposte che un paziente può avere ad un dato farmaco, nonché la gestione dei farmaci utilizzati nella simulazione. L'esperienza di simulazione si è quindi dimostrata utile in quanto, a detta degli autori, ha potuto aumentare l'esperienza, le capacità e la confidenza nella gestione di pazienti non critici.

Human Patient Simulation Is Effective for Teaching Paramedic Students Endotracheal Intubation *Robert E. Hall, Jeff R. Plant, Colin J. Bands, Alastair R. Wall, Jian KangChristine A. Hall*

Scopo dello studio è quello di indagare l'efficacia della formazione con manichino ad alta fedeltà nella formazione del personale paramedico all'intubazione oro tracheale (IOT). Il campione è rappresentato da 36 studenti che non hanno mai ricevuto formazione all'IOT. Dopo randomizzazione gli studenti sono stati divisi in due gruppi: un gruppo è stato addestrato per 10 ore su un manichino ad alta fedeltà (SIM), mentre il secondo gruppo ha eseguito 15 intubazioni in sala operatoria su soggetti umani (OR). Alla fine del training i due gruppi sono stati portati in sala operatoria per eseguire un test di 15 intubazioni su soggetti umani. Il test ha dimostrato che l'efficacia nell'IOT dei due gruppi è praticamente sovrapponibile (87.8% nel gruppo SIM e 84.8 nel gruppo OR). Questi risultati supportano l'implementazione dei simulatori nell'addestramento alla IOT.

	Polo 3	POLO PER LA FORMAZIONE DEI RICERCATORI		COD. 3.11.1
		TITOLO SINTETICO: METODOLOGIA DELLA RICERCA INFERMIERISTICA BLENDED ON LINE		
		COORDINATORE PROGETTO	RESPONSABILE DEL POLO	
		Dott.ssa Maria Grazia Proietti mg_proietti@alice.it Dott. Mario Esposito marioesposito@gmail.com	Dott.ssa Maria Grazia Proietti	
1.TITOLO PROGETTO Corso di formazione teorico-pratica blended on line in “Metodologia della ricerca infermieristica”				

INDICE

1. TITOLO PROGETTO
2. ABSTRACT
3. BACKGROUND
4. OBIETTIVI di PROGETTO
5. METODOLOGIA
6. RISULTATI ATTESI
7. PIANIFICAZIONE
8. DIAGRAMMA GANTT
9. BIBLIOGRAFIA

2. ABSTRACT

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

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

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

Uno degli obiettivi operativi del Polo consiste pertanto nell' “Organizzazione di corsi di formazione teorico-pratica sulla metodologia della ricerca infermieristica, che tengano conto dei diversi livelli di competenza dei discenti e che si concludano con la realizzazione di ricerche scientifiche su temi predefiniti”.

Il Corso di Formazione teorico-pratica blended on line in Metodologia della ricerca infermieristica è rivolto a tutti gli infermieri i quali, a qualsiasi livello e in ogni contesto, aspirino a risolvere i problemi riguardanti la salute e l'assistenza utilizzando un approccio scientifico. Si tratta di un corso di formazione di base, su un progetto di ricerca semplice (campo di indagine limitato e poche variabili osservate), con approccio esclusivamente quantitativo. La valutazione dei requisiti di accesso, oltre che sui titoli, verte sulla conoscenza dell'inglese, dell'epidemiologia e della statistica, tuttavia in questa fase si ritiene opportuno privilegiare la partecipazione di infermieri docenti nei corsi di laurea in infermieristica, affinché possano, a loro volta, trasmettere agli studenti le competenze metodologiche.

Per questo progetto formativo, la sinergia principale è con il Polo Ricerca Scientifica, giacché la partecipazione al corso di formazione comporta, sul versante pratico, la realizzazione di una ricerca empirica, su un argomento da concordare con gli altri Poli. Inoltre il progetto è in sinergia con il Polo Istruzione, se il target è prevalentemente rappresentato da docenti del corso di laurea in Infermieristica, con il Polo Pratica Clinica, se i destinatari fossero invece soprattutto infermieri clinici.

3. BACKGROUND

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

ultimi vent'anni si è assistito a un graduale aumento del numero di pubblicazioni infermieristiche. La scelta di realizzare una parte della didattica usando lo strumento della formazione on-line è in linea con l'esigenza di innovazione che caratterizza sia i metodi della ricerca che quelli della formazione.

I Learnig Objects sono composti dagli audio/video del docente sincronizzati con animazioni ad hoc. La realizzazione del progetto ha richiesto che il team dei docenti del corso teorico-pratico residenziale di metodologia della ricerca infermieristica ne analizzasse e rivedesse la struttura sulla base dei risultati ottenuti da quella precedente esperienza e tenendo conto dei nuovi obiettivi. In particolare, le lezioni on line hanno l'obiettivo di:

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

Si tratta di un primo esperimento, da sviluppare attraverso l'esperienza, la raccolta di domande e risposte, la messa a punto dei test di valutazione delle competenze specifiche, per poter poi approfondire gli ambiti in cui vengono individuate delle carenze.

Il lavoro è stato svolto in collaborazione con Giunti Organizzazioni Speciali. La piattaforma utilizzata è Moodle (Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment) web *open source* per l'*e-learning* (Learning Management System), progettata per permettere agli insegnanti e agli educatori di creare e gestire corsi *on-line* con ampie possibilità di interazione tra studente e docente. L'*open source* è utile per supportare un'epistemologia sociale e costruzionista dell'insegnamento e dell'apprendimento nelle comunità di internet (Martin Dougiamas - Curtin University - Australia). Le funzionalità di base di Moodle spaziano dalla creazione e dall'organizzazione di corsi e lezioni on-line a strumenti per la comunità, come: forum, gestione dei contenuti, quiz, blog, chat, wiki, glossari.

Il web, con i suoi strumenti di accesso alle informazioni e di interazione tra i professionisti, è e sarà sempre di più un ambiente privilegiato per il nursing: frequentare un corso di formazione che include componenti on-line aiuta ad accrescere l'abitudine e l'attitudine al "networking", come base per lo sviluppo di una *professional community*. Nessuna retorica dell'innovazione, dunque, ma la consapevolezza che si può crescere professionalmente anche sapendo usare e modulare la tecnologia per rispondere a bisogni concreti, come ad esempio conciliare il tempo dell'apprendimento con gli impegni professionali.

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

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

Obiettivi specifici

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

Indicatori

- numero di partecipanti al corso di formazione: 24 (minimo 20)
- frequenza media alle lezioni: 100% (minimo 90%)
- produzione di resoconti in itinere e consuntivi agli step previsti: 5 (1/modulo)
- rispetto dei tempi previsti nel diagramma di Gantt
- pubblicazione di uno o più articoli
- presentazione dei risultati della ricerca in una conferenza entro un anno dalla chiusura del corso, a cura del Comitato Scientifico e dei partecipanti al corso di formazione
- rapporto spese effettuate per il progetto/spese previste.

5. METODOLOGIA

Disegno dello studio

- Il corso è articolato in 5 moduli e una giornata introduttiva. Ogni modulo consta di una parte on line, di 3 ore effettive di lezione, e di una residenziale, di una giornata di lezioni ed esercitazioni presso la sede del Collegio. Per l'ammissione alla formazione residenziale è necessario superare il test di apprendimento relativo alla formazione on line. La frequenza è obbligatoria.
- 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 una ricerca empirica.
- Il corso di formazione e la ricerca, in ogni fase, sono condotti nel rispetto dei principi deontologici ed etici.
- Gli obiettivi formativi sono coerenti con la mission del Centro di Eccellenza e del Polo per la Formazione dei Ricercatori.
- Il problema scientifico affrontato nel corso di formazione è rilevante per la pratica clinica infermieristica.

Procedure

- Realizzazione lezioni on line e preparazione della piattaforma moodle
- Selezione dei partecipanti: sono ammessi a partecipare al corso di formazione teorico-pratica blended on-line 25 professionisti per ciascuna delle 4 edizioni; nel caso in cui le domande di iscrizione eccedano i posti disponibili, il Polo Formazione Ricercatori procederà alla selezione delle richieste pervenute sulla base del possesso dei seguenti requisiti (in ordine di priorità):
 1. laurea magistrale
 2. altre lauree o altri titoli di formazione universitaria post-base
 3. pubblicazione di articoli scientifici
 4. buona conoscenza della lingua inglese
 5. buona conoscenza informatica
- Quota di partecipazione: €80,00, da versare almeno 3 giorni prima dell'inizio del corso
- Accredito ECM

6. RISULTATI ATTESI

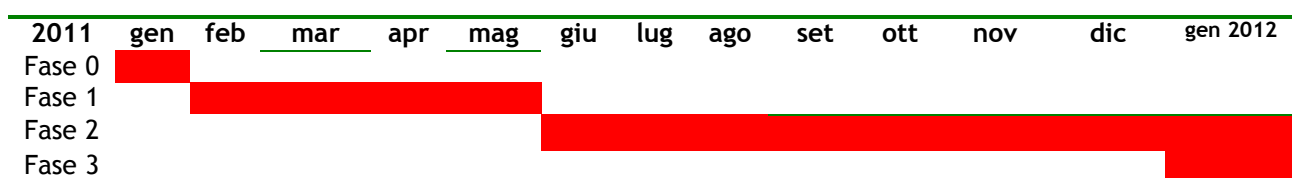
Costituzione di un team di ricerca che sviluppi le competenze acquisite nel corso per:

- produrre nuovi corsi di formazione e parteciparvi come tutor.
- sviluppare nuovi progetti di ricerca.
- produrre materiale e documentazione infermieristica validata scientificamente e fruibile immediatamente dai colleghi iscritti al collegio Ispasvi di Roma.

7. PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
0	Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Consiglio Direttivo	gennaio 2011
1	Realizzazione lezioni on line e preparazione della piattaforma moodle. Accredimento ECM	Comitato Scientifico, docenti, Giunti OS	febbraio-maggio 2011
2	Realizzazione del corso di formazione teorico-pratica	Comitato scientifico, docenti, tutor	giugno 2011 - gennaio 2012
3	Disseminazione dei risultati della ricerca	Comitato Scientifico	2012

8. DIAGRAMMA DI GANTT



10. BIBLIOGRAFIA

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

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

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

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

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

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

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

Sackett DL., Straus SE., Richardson SW., Rosenberg W., Haynes BR. (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.

11. SITOGRAFIA

<http://it.wikipedia.org>

<http://www.evidencebasednursing.it>

<http://gimbe.org>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>

	Polo 3	POLO PER LA FORMAZIONE DEI RICERCATORI		COD. 3.11.2
		TITOLO SINTETICO: CORSO DI BIBLIOGRAFIA E RICERCA BIBLIOGRAFICA		
		COORDINATORE PROGETTO	RESP. DEL POLO	
		Proietti mg_proietti@alice.it Turci carloturci@yahoo.it	Dott.ssa Maria Grazia Proietti	
1.TITOLO PROGETTO				
<i>Bibliografia e ricerca bibliografica nelle scienze infermieristiche: teoria e prassi per le procedure tecniche di ricerca e accesso alle risorse</i>				

INDICE

TITOLO PROGETTO
 ABSTRACT
 BACKGROUND
 OBIETTIVI di PROGETTO
 METODOLOGIA
 RISULTATI ATTESI
 PIANIFICAZIONE
 DIAGRAMMA GANTT
 BIBLIOGRAFIA

2. ABSTRACT

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

3. BACKGROUND

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

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

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

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

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

Obiettivi specifici

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

Indicatori

- numero di partecipanti a ciascuna edizione del corso: 25 (minimo 20)

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

5. METODOLOGIA

Disegno dello studio

- Ampia accessibilità: 6 edizioni nel 2010.
- Accreditamento ECM
- Gratuità della partecipazione al corso

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

Requisiti richiesti dal committente

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

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

6. RISULTATI ATTESI

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

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

7. PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
----------------------	-------------------	--------

0	Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Consiglio Direttivo	marzo
1	Accreditamento ECM	Collegio IPASVI di Roma	marzo
2	Realizzazione delle 6 edizioni del corso	Comitato scientifico, docenti, tutor	giugno-novembre
3	Pubblicazione dei repertori bibliografici	Comitato Scientifico	dicembre

8. DIAGRAMMA GANTT

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

9. BIBLIOGRAFIA

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

Barazia C. La ricerca nelle banche dati bibliografiche: l'esempio di PubMed. Ultimo aggiornamento 15/1/2007.

<http://www.aib.it/aib/contr/barazia1.htm> (accesso 5/2/2011).

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

De Robbio A. Banche dati su CD-Rom e on-line, 1999.

<http://www.math.unipd.it/~adr/database/index.htm> (accesso 1/2/2011).

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

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

Gnoli C. Le citazioni bibliografiche: una guida introduttiva per interpretare e redigere correttamente le citazioni delle fonti bibliografiche.

<http://www.aib.it/aib/contr/gnoli2.htm> (accesso 1/3/2011).

Metitieri F, Ridi R. Biblioteche in rete: istruzioni per l'uso. Roma: Laterza; 2005. Montecchi G, Venuda F. Manuale di biblioteconomia. Milano: Editrice Bibliografica; 1997.

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

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

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

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

Spinelli S. Introduzione all'indicizzazione. 2006.

<http://biocfarm.unibo.it/~spinelli/indicizzazione/> (accesso 19/2/2011).

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

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

Glossario di biblioteconomia. Disponibile su: www.oldweb.ceda.unina2.it

	Polo 3	POLO PER LA FORMAZIONE DEI RICERCATORI		COD. 3.11.3
		TITOLO SINTETICO: CORSO DI INGLESE SCIENTIFICO		
		COORDINATORE PROGETTO	RESP. DEL POLO	
		Proietti mg_proietti@alice.it Napolano	Dott.ssa Maria Grazia Proietti	
1.TITOLO PROGETTO				
<i>Corso di inglese scientifico per il nursing 4 livelli: base – pre-intermedio – intermedio – avanzato</i>				

INDICE

TITOLO PROGETTO
 ABSTRACT
 BACKGROUND
 OBIETTIVI di PROGETTO
 METODOLOGIA
 RISULTATI ATTESI
 PIANIFICAZIONE
 DIAGRAMMA GANTT
 BIBLIOGRAFIA

2. ABSTRACT

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

3. BACKGROUND

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

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

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

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

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

Obiettivi specifici

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

Indicatori

- numero di partecipanti a ciascuna edizione del corso: 25 (minimo 20)
- frequenza media alle lezioni: 100% (minimo 80%)
- produzione di un resoconto per ogni edizione: 12
- rapporto spese effettuate per il progetto/spese previste.

5. METODOLOGIA

Disegno dello studio

Ampia accessibilità: 12 edizioni nel 2011 (sui 4 livelli)

Accreditamento ECM

Minimo contributo economico da parte partecipanti (120 Euro) per la partecipazione ad ogni livello. Il testo (English for Nurses and Healthcare Providers, Casa Ed. Ambrosiana) comprensivo di CD-Rom viene offerto nella quota di iscrizione dal Collegio Ipasvi di Roma.

Sede del corso di formazione: Collegio IPASVI di Roma.

Requisiti richiesti dal committente

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

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

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

6. 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.

7. PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
0	Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Consiglio Direttivo	Gennaio 2011
1	Accreditamento ECM	Gennaio 2011	Gennaio 2011
2	Realizzazione delle 12 edizioni del corso	Comitato scientifico, docenti, tutor	Gennaio- Dicembre 2011
3	Report dei corsi effettuati e delle certificazioni dei crediti ECM	Comitato Scientifico	Dicembre 2011

8. DIAGRAMMA GANTT 2011

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

9. BIBLIOGRAFIA

1. Cipolla C. (2003a), *Introduzione. Verso il Nursing Care*, in Cipolla C., Artioli G. (a cura di), *La professionalità del care infermieristico*, Franco Angeli, Milano, 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 3	POLO PER LA FORMAZIONE DEI RICERCATORI		COD. 3.11.4
		TITOLO SINTETICO: CORSO DI INGLESE PER LA RICERCA BIBLIOGRAFICA		
		COORDINATORE PROGETTO	RESP. DEL POLO	
		Proietti mg_proietti@alice.it Napolano matilde.napolano@gmail.com	Dott.ssa Maria Grazia Proietti	
1.TITOLO PROGETTO				
<i>Corso di inglese scientifico per la ricerca bibliografica</i>				

INDICE

TITOLO PROGETTO
 ABSTRACT
 BACKGROUND
 OBIETTIVI di PROGETTO
 METODOLOGIA
 RISULTATI ATTESI
 PIANIFICAZIONE
 DIAGRAMMA GANTT
 BIBLIOGRAFIA

2. ABSTRACT

La ricerca infermieristica potrebbe avere un grande impulso con questo corso preparato specificatamente per formare professionisti infermieri in grado di reperire informazioni mirate sulle banche dati di ricerca mondiale. 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 progetto di ricerca in ambito bibliografico.

Questo corso orienta il professionista infermiere a sviluppare nuove competenze linguistiche per rispondere ai bisogni di ricerca bibliografica 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 [1].

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 precluse proprio perché espresse in una lingua che non si padroneggia sufficientemente.

Questo corso tecnico di inglese scientifico per la ricerca bibliografica, dedicato agli infermieri nasce dall'esigenza di superare l'ostacolo della lingua inglese per poter effettuare ricerche bibliografiche culturalmente e linguisticamente attente ai bisogni complessi dell'altro.

3. BACKGROUND

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

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

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

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

4. OBIETTIVI DI PROGETTO**Obiettivi generali**

Fornire gli strumenti teorici e pratici per la conoscenza tecnico scientifica bibliografica della lingua inglese nell'ambito della produzione scientifica infermieristica nazionale e internazionale e per la miglior attuazione della pratica clinica. Al momento, sono pochi i corsi di inglese che consentano di raggiungere contemporaneamente due obiettivi: imparare a comunicare in inglese scientifico per la ricerca 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 la ricerca bibliografica [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: 2
- rapporto spese effettuate per il progetto/spese previste.

5. METODOLOGIA

Disegno dello studio

Ampia accessibilità: 2 edizioni nel 2011

Accreditamento ECM

Minimo contributo economico da parte partecipanti (quota di iscrizione = €120,00). Il testo (English for Nurses and Healthcare Providers, Casa Ed. Ambrosiana) comprensivo di CD-Rom viene offerto nella quota di iscrizione dal Collegio Ipasvi di Roma.

Sede del corso di formazione: Collegio IPASVI di Roma.

Requisiti richiesti dal committente

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

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

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

6. RISULTATI ATTESI

Un più diffuso interesse per l'inglese finalizzato alla ricerca scientifica in ambito bibliografico, 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 ricerca scientifica bibliografica 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..)

7. PIANIFICAZIONE

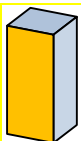
DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
0	Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Consiglio Direttivo	Gennaio 2011
1	Accreditamento ECM	Gennaio 2011	Gennaio 2011
2	Realizzazione di 2 edizioni del corso	Comitato scientifico, docenti, tutor	Gennaio- Dicembre 2011
3	Report dei corsi effettuati e delle certificazioni e dei crediti ECM	Comitato Scientifico	Dicembre 2011

8. DIAGRAMMA GANTT 2011

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

9. BIBLIOGRAFIA

1. Cipolla C. (2003a), *Introduzione. Verso il Nursing Care*, in Cipolla C., Artioli G. (a cura di), *La professionalità del care infermieristico*, Franco Angeli, Milano, 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 3 e 4	POLO DELLA PRATICA CLINICA		COD. 4.11.1
		TITOLO SINTETICO: FORMAZIONE IN EVIDENCE BASED PRACTICE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA PRATICA ASSISTENZIALE		
		COORDINATORE PROGETTO	RESP. DEL POLO	
	Dott. Stefano Casciato stefano.casciato@libero.it Dott. Nicola Barbato nicola.barbato@libero.it	Dott. Stefano Casciato		

1.TITOLO PROGETTO

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

INDICE

TITOLO PROGETTO
 ABSTRACT
 BACKGROUND
 OBIETTIVI di PROGETTO
 METODOLOGIA
 RISULTATI ATTESI
 PIANIFICAZIONE
 DIAGRAMMA GANTT
 BIBLIOGRAFIA

2 ABSTRACT

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

Il progetto formativo presentato si inserisce nel progetto complessivo relativo alla formazione dei clinical nurse leader che, tra le varie fasi prevede il fornire agli infermieri selezionati le competenze necessarie per operare i cambiamenti necessari nella pratica clinica.

Il progetto verrà svolto in collaborazione con il Polo Formazione dei Ricercatori, che supporterà nell'organizzazione degli eventi formativi.

Le direzioni infermieristiche saranno stimolate ad indicare i professionisti infermieri che intendono avviare a tale percorso formativo, e che fungeranno da risorsa per le stesse istituzioni e direzioni.

3 BACKGROUND

La letteratura internazionale suggerisce che per migliorare la pratica clinica sono maggiormente efficaci gli interventi che prevedono il coinvolgimento diretto degli operatori nei processi di cambiamento, come ad esempio interventi di esperti esterni che incontrano i professionisti nel loro ambiente di lavoro, audit e feedback, incontri con opinion leader locali, e seminari 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", si tratta cioè di infermieri clinici presenti nell'ambiente di pratica clinica che si trovano nella posizione di influenzare i loro colleghi su specifici obiettivi, collegando conoscenze e pratica. Essi sono competenti dal punto di vista clinico nella loro area di pratica e possiedono conoscenze ed abilità che permettono loro di facilitare l'uso della ricerca nei setting di pratica. In ambiente internazionale figure 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.

4 OBIETTIVI di PROGETTO

Obiettivi generali

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

Obiettivi specifici

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

Indicatori

- Sono individuati i requisiti che gli infermieri clinici esperti devono possedere per partecipare al progetto (esperienza clinica consolidata, qualità e quantità di esperienza professionale, conoscenza della lingua inglese, percorsi di formazione specifica nell'area di pratica clinica)

- Sono selezionati gli infermieri clinici esperti, coinvolgendo i dirigenti dei servizi infermieristici delle ASL-AO-policlinici universitari e le associazioni professionali individuate
- Sono organizzati corsi sull'EBN base ed avanzato con la collaborazione del centro studi EBN del S.Orsola di Bologna e/o l'AISLEC.
- Gli infermieri formati si sottopongono al processo di verifica delle loro competenze

5 METODOLOGIA

Disegno dello studio

La prima fase prevede la elaborazione del programma formativo in collaborazione con il centro studi EBN di S.Orsola di Bologna e/o l'AISLEC.

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

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

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

Campione

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

Strumenti

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

Procedure

Il progetto si basa principalmente sulla formazione, attraverso vari edizioni ripetute del corso, di un gruppo di infermieri esperti clinici, in grado di avviare attività di implementazione della *evidence based practice* nei loro contesti clinici.

6 RISULTATI ATTESI

Saranno formati almeno 20 infermieri con competenze in EBN.

Indicatori

-Sono individuate le caratteristiche che devono possedere gli infermieri per essere arruolati come potenziali agenti di cambiamento;

- almeno il 90% degli infermieri individuati partecipano ad entrambi i moduli del corso di formazione in EBN.

-Almeno il 50% degli infermieri che hanno partecipato al corso di formazione certificano le loro competenze in EBP

Rilevanza

Attualmente l'uso dei risultati della ricerca nella pratica è un problema rilevante sia per le organizzazioni sanitarie che per i professionisti sanitari stessi. Si ritiene, infatti, che l'efficace uso dei risultati della ricerca nella pratica clinica migliorerà la qualità e il rapporto costi-efficacia dell'assistenza sanitaria. L'introduzione nelle realtà cliniche italiane di figure esperte in EBP che possono fungere da intermediari tra ricerca e applicazione dei risultati della ricerca potrebbe rilevarsi un modello efficace proponibile in tutti i contesti di pratica.

	Marzo 2011	Aprile 2011	Maggio 2011	Giugno 2011	Luglio 2011	Settembre 2011	Ottobre 2011	Gennaio 2011	Anno 2012
Fase 1									
Fase 2									
Fase 3									
Fase 4									
Fase 5									
Fase 6									
Fase 7									

9 BIBLIOGRAFIA

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):465-68.

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: 204-12.

Milner M, Estabrooks CA. *Research utilization and clinical nurse educators: a systematic review*. Journal of Evaluation of Clinical Practice 2006; 12(6): 639-55.

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: 376-88.