Collegio Ipasvi di Roma

Centro di Eccellenza per la Cultura
e la Ricerca Infermieristica

SCIENTIFIC ANNUAL REPORT

2012

IL CENTRO DI ECCELLENZA
PER LA CULTURA
E LA RICERCA INFERMIERISTICA

Presentazione del III 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 che educativo e organizzativo. Grandi cambiamenti sono in atto e il progetto del centro di eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica mira a rafforzare le conquiste ottenute dalla professione infermieristica anche in contesti ambientali difficili, sia per la situazione economica globale che per la recrudescenza di alcune forme di regressione che mirano al non riconsoscimento epistemologico della nostra nobile scienza: la scienza infermieristica.

In tale ottica di cambiamento il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica, un progetto del Collegio Ipasvi di Roma che è iniziato nel 2010, ha promosso oltre 35 progetti di ricerca e formativi per migliorare l`assistenza ai cittadini ed elevare finalmente la qualità della percezione pubblica e sociale della nostra professione.

Nel 2012 sono stati avviati olte 20 progetti di ricerca e formazione, alcuni come ripetizione di corsi svoltisi nel 2011 e la maggior parte ex-novo. Con questo III Workshop internazionale di fine 2012
il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica si propone 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 2012 registra lo stato dei progetti del 2012.

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

POLO PER L'ISTRUZIONE

TITOLO SINTETICO

VALUTAZIONE DEL CORE COMPETENCE

COORDINATORE PROGETTO
A.M. Pulimeno

RESP. DEL POLO
A.M. Pulimeno

COD. 1.12.1

TITOLO PROGETTO

Costruzione di un modello per la valutazione del Core Competence infermieristico nell'esame di abilitazione professionale

ABSTRACT

Il progetto "Core Competence" tende a sviluppare un modello che permette di valutare conoscenze, competenze, 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.
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.

BACKGROUND

La Commissione Europea, in occasione dell'Anno Europeo dell'Istruzione e della formazione lungo tutto l'arco della vita, ha pubblicato il Libro bianco sulla formazione, "Insegnare ed apprendere verso la società conoscitiva" (Commissione Europea, 2003), dove viene dato particolare risalto al problema cruciale dell'occupazione che, in una economia in perenne mutazione, conduce inevitabilmente ad una evoluzione dei sistemi di formazione professionale ponendo al centro le competenze richieste nella società del domani al futuro professionista.
È indubbio che un sistema che sviluppa nuovi contenuti professionali, nuove conoscenze e competenze e che prevede nuove professioni, deve obbligatoriamente rivedere l'articolazione dei livelli delle responsabilità, il sistema organizzativo e il sistema delle cure (Massai, Amerini, Bargellini, & Bugnoli, 2007).
L'orientamento verso tali conoscenze, solo in parte acquisibili tramite percorsi accademici, dovranno indirizzare verso un'organizzazione didattica che prevede: l'autonomia dei professionisti in quanto protagonisti nella propria formazione; la finalizzazione dei contenuti disciplinari rispetto alle competenze richieste; la valutazione dell'efficacia dei processi formativi (De Marinis, Mazzaroni, & Piredda, 2002).
Gli obiettivi specifici enunciati nella Dichiarazione di Bologna riguardano l'adozione di un sistema di titoli facilmente comprensibili e comparabili fondato su tre cicli principali con cooperazione europea nell'accertamento della qualità e della dimensione europea dell'istruzione superiore (Bologna Process Higher Educationin Europe 2009: Developments in the Bologna Process, 2009).
La loro gestione dovrà riguardare l'analisi dei bisogni formativi e delle attese del territorio, i rapporti con gli stakeholders, la definizione, l'aggiornamento e l'adattamento in itinere degli obiettivi formativi, l'organizzazione e il monitoraggio dei percorsi formativi, la valutazione dei risultati di apprendimento, le questioni della flessibilità e della mobilità, la rilevazione dei livelli di soddisfazione degli attori coinvolti nelle azioni didattiche e di tutti gli stakeholders e la valutazione del successo formativo a breve, medio e lungo termine […] qualcosa che nasce dall'intreccio funzionale fra gli obiettivi formativi del corso, le attese del territorio, le competenze agite dallo studente, le esperienze didattiche da promuovere e le proposte didattiche del corpo docente[…] (Bologna Process Tuning italian version, 2004).

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali
Scopo progetto è quello di strutturare una valutazione delle competenze nell'esame di abilitazione professionale dei neo laureati in Infermieristica, atto alla "sintonizzazione" dei percorsi certificativi delle Università italiane, in linea con le direttive Europee e con le nuove norme di competenze del profilo infermieristico individuate dal Governo italiano.

OBIETTIVI DI PROGETTO

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
1. Identificazione di un modello teorico delle competenze
2. Revisione della letteratura e della normativa nazionale e internazionale di riferimento
3. Identificazione di un quadro di riferimento delle competenze infermieristiche condiviso e normativamente riconosciuto
4. Identificazione e validazione di uno strumento utile ai docenti dei CL in Infermieristica delle diverse Università italiane per valutare il livello di competenze core formate
5. Analisi e confronto delle diverse modalità di esame di abilitazione professionale attualmente esistenti (nazionali ed internazionali).
6. Sviluppo di test che analizzano le competenze cognitive e logiche degli studenti laureandi in infermieristica, per fornire uno strumento univoco, flessibile, riconoscibile e valido per la valutazione dei neo laureati in infermieristica
7. Definire il core competence infermieristico di base ed essenziale
8. Definire il modello concettuale di valutazione del core competence infermieristico
9. 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

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 un 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 dello studio

Campione
4 sedi formative in diversi atenei universitari della regione Lazio

Strumenti
Test valutativi
Procedure
Modello di riferimento

RISULTATI ATTESI

Uno sviluppo futuro dello studio potrebbe essere la trasformazione del dizionario delle competenze, e del manuale di quiz in una piattaforma elettronica, non statica, interattiva, espandibile dove tutti i professionisti infermieri possono collegarsi per riconoscersi e sviluppare il proprio portfolio di competenze professionali. Supporto alla sviluppo di competenze infermieristiche specifiche di area, attraverso le linee di indirizzo Tuning

PIANIFICAZIONE

FASE 1 GIÀ COMPLETATA

a) Revisione e analisi della letteratura esistente.
b) Definizione dei modelli di Competenza Infermieristica e relativi strumenti valutativi nella letteratura.
c) Analisi e confronto degli obiettivi formativi dei corsi di laurea in infermieristica italiani (norma 270), e loro sintonizzazione con gli indirizzi e il quadro delle competenze core della Comunità Europea.
d) Report del lavoro svolto.

FASE 2 GIÀ COMPLETATA

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

FASE 3 2012

a) Validazione psicometrica dello strumento delle competenze infermieristiche core del Progetto Tuning europeo.
b) Sviluppo di un report dei risultati con elaborazione di una pubblicazione internazionale del l avoro svolto.

FASE 4 2012

a) Analisi e confronto delle diverse modalità di esame di abilitazione professionale attualmente esistenti (nazionali ed internazionali).

FASE 5 2013

a) Sviluppo di test che analizzino le competenze cognitive e logiche degli studenti laureandi in infermieristica, per fornire uno strumento univoco, flessibile, riconoscibile e valido per la valutazione dei neo laureati in infermieristica.
b) Sperimentazione attraverso studi a metodo misto.

DIAGRAMMA GANTT

	2010	2011	2012	2013
FASE 1				
FASE 2				
FASE 3				
FASE 4				
FASE 5				

BIBLIOGRAFIA

1. *AACN (2006). Hallmarks of quality and patient safety: Recommended baccalaureate competencies and curricular guidelines to ensure high-quality and safe patient care. (A. A. Nursing, A cura di) Journal of Professional Nursing , VI (22), 329-30*
2. *AACN (1998). The essentials of baccalaureate education for professional nursing practice. Washington D.C.: American Association of Colleges of Nursing.*
3. *Alvaro, R., Vellone, E., Fierro, A., Faia, A., Petrone, F., Miliani, R., et al. (2009). Strumenti e metodi per migliorare il tirocinio clinico degli studenti del corso di laurea in infermieristica: esperienza dell'Università di Roma Tor Vergata. Professioni Infermieristiche , I (62), 32-40.*
4. *ANA (2004). American Nurses Association. Nursing: Scope and standards of practice. Silver Spring: American Nurses Association.*
5. *ANCC (2005). American Nurses Credentialing Center. Magnet Recognition Application. Washington, D.C: American Nurses Credentialing Center.*
6. *Ausili, D., Baccin, G., Sironi, C., & Talamona, A. (2009). Una proposta per l'insegnamento delle scienze infermieristiche nel corso di laurea in infermieristica. Professioni Infermieristiche (1), 9-16.*
7. *Benner, P. (1982). From novice to export. American. Journal of Nursing (82), 402-407.*
8. *Benner, P. (2003). L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere. L'apprendimento basato sull'esperienza. (C. Calamandrei, & L. Rasero) (a cura di) Milano: McGraw-Hill.*
9. *Benner, P. (2004). Using the Dreyfus Model of skill acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. Bulletin of Science, Technology & Society , III (24), 188-9.*
10. *Bjørk, I. T., & Kirkevold, M. (1999). Issues in nurses' practical skill development in the clinical setting. Journal of Nursing Care Quality, I (14), 72-84.*
11. *Bobay, K., Gentile, D. L., & Hagle, M. E. (2009). The relationship of nurses'professional characteristic to levels of clinical nursing expertise. Applied Nursing Research, (61), 48-53.*
12. *Bologna Process Higher Educationin Europe 2009: Developments in the Bologna Process. (2009). Eurydice. Tratto da http://ec.europa.eu/education/higher-education/doc/eurydice09_en.pdf.*
13. *Bologna Process Tuning italian version. (2004). Introduzione alTuning educational Structures in Europe. Il contributo delle Università al Processo di Bologna. Tratto il giorno Gennaio 20, 2010 da Tuning: http://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/Publications/ITALIAN_BROCHURE_FOR_WEBSITE.pdf.*
14. *Bologna with student eyes. (2007). Esib. Tratto da http://www.esib.org/index.php/Publications/official-publications.html.*
15. *Bologna working Group on Qualifications Frameworks. (2005). A Framework for Qualifications of the European Higher Education Area. Copenhagen: Ministry of Science, Technology and Innovation.*
16. *Bradshaw, A., & Merriman, C. (2008). Nursing competence 10 years on: fit for practice and purpose yet? . Journal of Clinical Nursing, 17, 1263-69.*
17. *Cambi, F. (2001). La questione del soggetto tra filosofia e scienze umane. Firenze: Le Monnier.*
18. *Commissione Europea. (2003). Libro bianco, insegnare ad apprendere verso la società conoscitiva. Tratto il giorno Aprile 15, 2011 Tratto da:http://db.formez.it/storicofontinor.nsf/0/F0B248D53172DE80C1256CC20052095F/$file/libro%20bianco%20commissione%20europea.PDF.*
19. *Cronenwett, L., Sherwood, G., Barnsteiner, J., Disch, J., Johnson, J., & Mitchell, P. (2007). Quality and safety education for nurses (QSET). Nursing Outlook, (55), 122-31.*
20. *Davis, R., Turner, E., Hicks, D., & Tipson, M. (2008). Developing an integrated career and competency framework for diabetes nursing. Journal of Clinical Nursing, (17), 168-174.*
21. *De Marinis, M. G., Mazzaroni, O., & Piredda, M. (2002). Il tutor clinico tra competenze e formazione. International Nursing Perspectieves, III (2), 135-41.*
22. *Dellai, M., Mortari, L., & Meretoja, H. (2009). Self-assessment of nursing competencies – validation of the. Finnish NCS instrument with Italian nurses. Scandinavian Journal of Caring Science 783-91.*
24. *Dewey, J. (2008). Logica sperimentale- Teoria naturalistica della conoscenza e del pensiero. Macerata: Quodlibet.*
25. *Dewing, J., & Traynor, V. (2005). Admiral nursing competency project: practice development and action research. Journal of Clinical Nursing , (14), 695-703.*
26. *Di Mauro, S., Fiorillo, V., & Sala, M. (2009). Valutazione dell'apprendimento del processo di assistenza infermieristica. Professioni Infermieristiche , (62), 84-93.*
27. *English National Board for Nursing. (1996). Regulations and Guidelines for the Approval of Institutions and Courses. London: English National Board for Nursing, Midwifery and Health Visiting.*
28. *Finotto, S., & Cantarelli, W. (2009). Gli indicatori della competenza infermieristica: validazione linguistica e culturale della Nurse Competence Scale. Professioni Infermieristiche , (52), 41-8.*
29. *Frega, R. (2004). Il Costrutto di competenza. In G. Di Francesco, & Isfol (A cura di), Ricostruire l'esperienza, competenze, bilancio e formazione. Milano: Franco Angeli.*
30. *Gaberson, K., Schroeter, K., Killen, A., & Valentine, W. (2003). The perceived value of certification by certified perioperative nurses. Nursing Outlook , V (6), 272-6.*

BIBLIOGRAFIA

31. *Gobbi, M. (2009). A review of nurse educator career pathways: a European perspective. Journal of Research in Nursing , (14), 123-124.*
32. *Gonzales, J., Wagenaar, R. (2005). Tuning Educational Strctures in Europe II: Universities' Contribution to the Bologan Process. Bilbao: Universidad de Deusto.*
33. *Harrè, R. (2000). La singolarità del sè. Introduzione alla psicologia della persona. Milano: Casa editrice Cortina.*
34. *Henderson, V. A. (1991). The Nature of nursing: reflections after 25 years. New York: National League for Nursing.*
35. *ICN. (2009). International Council of Nurses A Guide to Coaching and mentoring in Nursing. Ginevra: ICN Publications.*
36. *ICN. (2008). International Council of Nurses Nursing Care Continuum Framework and Competencies. Ginevra: ICN Publications.*
37. *ICN. (2008). Nursing Care Continuum Framework and Competencies. ICN.*
38. *Institute of Medicine. (2003). Health professions education: A bridge to quality. Washington D.C: National Academies Press..*
39. *Isfol. (1994). Competenze trasversali e comportamento organizzativo. Le abilità di base per il lavoro che cambia. Milano: Franco Angeli.*
40. *Le Boterf, G. (2000). Construir les compétences individuelles et collectives. Paris: Editions d'Organisation.*
41. *Loknoff, J., Wegewijs, B., Durkin, K., Wagenaar, R., Gonzales, J., Isaacs, A. K., et al. (2010). Tuning educational Structures in Europe 2010. A Tuning guide to formulationg degree programme profiles, including programme competences and programme learning outcomes. Bilbao: Univerisidad de Bilbao.*
42. *Lotti, A. (2009). il concetto di competenza. In: L. Gamberoni, A. Lotti, G. Marmo, G. Rocco, P. Rotondi, L. Sasso, et al., L'infermiere laureato specialista/magistrale: il progetto formativo (p. 33-43). Milano: McGraw-Hill.*
43. *Maddox, P. J., Wakefield, M., & Bull, J. (2001). Patient safety and the need for professional and educational change. Nursing Outlook, (49), 8-13.*
44. *Massai, D., Amerini, A., Bargellini, S., & Bugnoli, S. (2007). Un'analisi ragionata da discutere e condividere delle competenze cliniche, formative e gestionali degli infermieri nei processi di assistenza sanitaria. Uno strumento essenziale per definire i nostri ruoli professionali in una dimensione avanzata e autonoma. L'infermiere. Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi..*
45. *Meretoja, H., Isoaho, H., & Leino-Kilpi, H. (2004). Nurse Competence Scale: development and psychometric testing. Journal of Advanced Nursing, (24), 124-33.*
46. *Meretoja, R., & Leino-Kilpi, H. (2003). Comparison of competence assessments made by nurse managers and practisc nurses. Journal of Nursing Management, (11), 404-9.*
47. *Meretoja, R., & Leino-Kilpi, H. (2001). Instruments for evaluating nurse competence. JONA, XXXI (7/8), 346-52.*
48. *Meretoja, R., Eriksson, E., & Leino-Kilpi, H. (2002). Indicators for competent nursing practice. Journal of Nursing Management, (10), 95-102.*
49. *Miller, C., Hoggan, J., Pringle, S., & West, G. (1988). Credit where credit's due. The report of the accreditation of work-based learning (SCOTVEC). Edimburgo: Scottish Vocational Educational Council.*
50. *Milligan, F. (1998). Defining and assessing competence: the distraction of outcomes and the importance of educational educational process. Nurse Education Today, (18), 273-80.*
51. *Monsen, R. B. (2005). Genetics Nursing Portfolios: A new model for the profession. Washington D.C.: American Nurses Association.*
52. *Montedoro, C. (2002). Dalla pratica alla teoria per la formazione: un percorso di ricerca epistemologica (Terza ed.). (Isfol, A cura di) Milano: Franco Angeli.*
53. *National Council of State Boards of Nursing. (1996). Assuring competence: a regulatory responsibility. Chicago: National Council of State Boards of Nursing.*
54. *National Council of State Boards of Nursing. (1998). Continued competency accountability profile. Chicago: National Council of State Boards of Nursing.*
55. *NMC. (2010). Standards for pre-registration nursing education. London: Nursing Midwifery Council.*
56. *NMC. (2004). Standards of proficiency for pre-registration nursing education. London: Nursing Midwifery Council.*
57. *Norman, G. R. (1985). Assessing Clinical Competence. New York: Springer.*
58. *Nursing Council of New Zealand. (2008). Competencies for the nurse practitioner scope of practice.*
59. *National Council of State Boards of Nursing (1998), Continued competency accountability profile. Nursing Chicago: National Council of State Boards of Nursing.*
60. *Pellerey, M. (2002). Sul concetto di competenza e in particolare di competenza sul lavoro. In C. Montedoro, Dalla pratica alla teoria per la formazione: un percorso di ricerca epistemologica (Terza ed., p. 231-276). Milano: Franco Angeli.*

BIBLIOGRAFIA

61. *Pillastrini, P., Bertozzi, L., Chiari, P., Morsillo, F., Semprini, A., Valente, D., et al. (2008). Formazione universitaria dei professionisti della salute: I core values come efficaci strumenti per una valutazione dei valori della performance nella futura prassi. Professioni Infermieristiche , 3 (61), 131-138.*
62. *Pogli, E., & Fumasoli, T. (2006). Competenze e loro valutazione in ambito formativo (Vol. 12). Lugano: Istituto Formazione e Comunicazione.*
63. *Processo di Bologna. (1999). Bologna process Website. Tratto da Bologna promoters: http://www.bdp.it/lucabas/lookmyweb/templates/up_files/Processo_Bologna/ENQA.*
64. *Quaglino, G. P. (1993). Modelli di formazione per modelli di competeza. In D. De Masi, Verso la formazione post- industriale (p. 151- 63). Milano: Franco Angeli.*
65. *Rey, B. (2003). Ripensare le competenze Trasversali. Milano: Franco Angeli.*
66. *Rocco, G. (2011). Presentazione del primo Annual Scientific Report. Atti Conferenza Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca infermieristica (p. 1-4). Roma: Gemmagraf.*
67. *Saiani, L., & Palese, A. (2002 a). Guida per pianificare lo sviluppo professionale e documentare le competenze. Assistenza Infermieristica e Ricerca, 1-57.*
68. *Saiani, L., & Palese, A. (2002 b). Glossario minimo. In: Guida per pianificare lo sviluppo professionale e documentare le competenze. Assistenza Infermieristica e Ricerca, 51-57.*
69. *Sansoni, J. (1998). Competenza. Professioni Infermieristiche , III (21), 25-40.*
70. *Sasktchewan Registered Nurse's Association. (2009). Tratto da http://www.srna.org/registration/ccp.php.*
71. *Scafi, D., Aguzzi, A., Scopetta, F., & Clementi, E. (2009). Formazione universitaria quale approccio dinamico ed evolutivo delle competenze e delle performance infermieristiche: analisi del contesto. Emergency Oggi , (15), 24-28.*
72. *Sechrist, K. R., Valentine, W., & Berlin, L. E. (2006). Perceived value of certification among certified, non-certified, and administrative perioperative nurses. Journal of Professional Nursing, (22), 242-47.*
73. *Sironi, C. (2008). Alcuni spunti per la formazione infermieristica in Italia. Tratto da http://www.lulu.com7content/2493174.*
74. *Sironi, C. (2009). Continuità assistenziale e sviluppo della competenza infermieristica: la formazione universitaria si interroga. Convegno nazionale della Consociazione Nazionale delle Associazioni Infermiere/i tenuto a Manfedonia 8-10 Maggio 2008 (p. 105-112). Paderno Dugnano (MI): Grafiche Tris.*
75. *Sironi, C. (2010). Formazione infermieristica e sviluppo delle competenze: due aspetti strettamente connessi. In ICN (A cura di), La struttura e le competenze del continuum dell'assistenza infermieristica del Consiglio internazionale degli infermieri (p. 21). Roma: Consociazione Nazionale delle Associazioni Infermiere/i.*
76. *Spencer, L. M., & Spencer, S. M. (2003). Competenza nel lavoro, modelli per una performance superiore (Sesta edizione ed.). Milano: Franco Angeli..*
77. *Stedman, C. (1985). Testing for Competence: Lessons from Health Professions. Educational Forum , II (49), 199- 210.*
78. *Tuning Eductional Structures in Europe. (2006). Tuning Eductional Structures in Europe- Il contributo delle Università al processo di Bologna. Socrates – Tempus.*
79. *Vancouver Island Health Authority. (2005). Competence assessment, planning & evaluation (CAPE) Tool. Vancouver.*
80. *Verma, S., Paterson, M., & Medves, J. (2006). Core Competencies for Health Care Professionals: What Medicine, Nursing, Occupational Therapy, and Physiotherapy Share. Journal of Allied Health , II (35), 109-16.*
81. *Vuorinen, R., Tarkka, M. T., & Meretoja, R. (2000). Peer evaluation in nurse's professional development: a study to investigate the issues. Journal of Clinical Nursing, (9), 273-81..*
84. *Walson, R., Stimpson, A., & Topping, A. (2002). Critical Competence assessment in nursing: a systematic review of the leterature. Journal of Advanced Nursing , (39), 421-31.*

POLO PER L'ISTRUZIONE

TITOLO SINTETICO

STRUMENTI PSICO-RELAZIONALI

COORDINATORE PROGETTO
F. Musti

RESP. DEL POLO
A. M. Pulimeno

COD. 1.12.2

TITOLO PROGETTO

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

ABSTRACT

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

BACKGROUND

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

BACKGROUND

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

OBIETTIVI DI PROGETTO

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

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

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

METODOLOGIA

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

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

Il format di apprendimento, ai fini dell'efficacia formativa, prevede la costituzione di un gruppo didattico da 10 fino ad un massimo di 15 partecipanti.

RISULTATI ATTESI

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

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
1	Progettazione Corso	Dott.ssa T. Fiore Dott.ssa S. Giona Dott. F. Musti	2 mesi (marzo - aprile 2012)
2	Convenzione con il committente IPASVI	Comitato esecutivo Centro di Eccellenza Docenti (Ass. tra Professionisti)	1 mese (maggio 2012)
3	Pianificazione attività formativa	Centro di Eccellenza Polo 1 Segreteria ECM IPASVI Docenti	2 mesi (30 gg per ECM) giugno – luglio 2012
4	Svolgimento Evento formativo	Segreteria IPASVI Docenti	3 gg (24 ore formative) settembre - novembre 2012
5	Revisione dei risultati	Docenti Comitato esecutivo Centro di Eccellenza	1 mese (dal termine della prima edizione) dicembre 2012

DIAGRAMMA GANTT

2012	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Set	Ott	Nov	Dic
Progettazione Corso									
Convenzione con il committente IPASVI									
Pianificazione attività formativa									
Svolgimento Evento formativo									
Revisione dei risultati									

BIBLIOGRAFIA

Andolfi M. (1994). Il colloquio relazionale. Roma: Accademia di Psicoterapia.
Avallone F. (1989). La formazione psicosociale, Roma: La Nuova Italia Scientifica.
Avallone F., Paplomatas A. (2005). Salute organizzativa. Psicologia del benessere nei contesti lavorativi. Milano: Cortina.
AA.VV. (1987). L'operatore cortocircuitato, Milano: Cleup.
Bateson G. (1984). Mente e natura. Milano: Adelphi.
Jahoda M. (1958). Current concepts of positive mental Health.Basic. NewYork: Books.
Levinas E. (1996). Dio, la morte e il tempo. Milano: Jaca Book
Maturana H., Varela F. (1980). Autopoiesis and cognition: the relatization of the living. Dordrecht: Reidel D. Publ. Company.
Pellizzoni B. (a cura di) (2005). Amministrazioni ala ricerca del benessere organizzativo. Napoli: Cartieri, Edizioni Scientifiche Italiane.
Tagliacozzi B., Pallotta A. Scene da un manicomio. Roma: Magi.
Von Foester H. (1987) Sistemi che osservano. Roma : Astrolabio.
Watzlawick (1971). La pragmatica della comunicazione umana. Roma: Astrolabio.
Whitaker C. (1990) Considerazioni notturne di un terapeuta familiare. Roma: Astrolabio.
Zucca G. (2011). Mani calde. Roma: Fazi.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

LA PROFESSIONALITÀ DEL CARE INFERMIERISTICO. SECONDA INDAGINE NAZIONALE

COORDINATORE PROGETTO
C. Cipolla
G. Rocco
A. Stievano

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD. 2.12.1

TITOLO PROGETTO

La professionalità del care infermieristico. Seconda indagine nazionale

ABSTRACT

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, 13, 14].
L'avvento della "società complessa", in altre parole plurale, dismorfica, asimmetrica, non lineare, dinamica, multidimensionale, e il suo irrompere in forme, modelli e tendenze che la fanno somigliare spesso ad un'immensa rete di significati, pongono 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].
I profondi mutamenti tecnologici che investono l'area sanitaria (e-Care, e-Health) [15]) impongono alle figure sanitarie di acquisire competenze connesse all'era digitale, con cui la funzione di cura si può realizzare attraverso modalità complesse soggette a rapida trasformazione [14].
I fenomeni sopra delineati suggeriscono l'importanza di realizzare uno studio sui mutamenti che investono la professionalità del nursing: a distanza di dieci anni dalla prima indagine nazionale sulla professione infermieristica [13], lo studio che in questa sede si discute si propone di sondare le trasformazioni intercorse nell'ambito sanitario e in quello infermieristico in particolare, le ricadute e le strategie per superare le criticità emerse.

BACKGROUND

Nella società complessa, l'identità professionale dell'infermiere risulta essere sempre più multipla, dinamica, riflettendo la varietà di fili intrecciati che si strutturano nella sua formazione professionale e nel suo processo di educazione continua in medicina. Tale identità professionale che abbiamo definito fuzzy [4, 5] presuppone un percorso lavorativo non più caratterizzato da schemi di riferimento noti e rassicuranti, dal lavoro nella stessa organizzazione 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, 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-'90 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].

BACKGROUND

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-scientifico, sia umano con valenze educative, gestionali, gestionali» [ibidem: 11; 8].
Quanto appena affermato trova riscontro nei risultati emersi da una importante ricerca nazionale 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, che trova nell'approccio relazionale il fondamento ontologico delle scienze infermieristiche.
Nonostante i segnali positivi, il percorso empirico di 10 anni orsono ha rivelato la presenza di nodi problematici: infatti, gli intervistati hanno lamentato uno scarso riconoscimento sul piano lavorativo, mancanza di potere decisionale, 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.
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: p. 21].
Ancora, è necessario sottolineare come le trasformazioni tecnologiche legate alle reti e-Care/e-Health abbiano consentito la diffusione di strumenti di gestione delle informazioni e dei dati clinici del cittadino che possono certamente migliorare le prestazioni di assistenza e cura, ma che richiedono percorsi di formazione per gli operatori sanitari che necessariamente debbono interfacciarsi con il loro utilizzo. Proprio in tale ottica si propone di analizzare attraverso le percezioni degli infermieri i cambiamenti avvenuti nella professione stessa nell'ultimo decennio, evidenziando la promozione di modelli organizzativi basati sull'intensità assistenziale ed il grado di autonomia raggiunto dopo 12 dall'approvazione della Legge (42/99) "Disposizioni in materia di professioni sanitarie".

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali
Il presente studio – costruito secondo una logica di comparazione rispetto ai risultati emersi nella prima indagine nazionale curata da Cipolla e Artioli nel 2003 [13] – rappresenta un percorso di approfondimento e di aggiornamento in merito alle questioni cruciali che ruotano attorno alla professionalità infermieristica in Italia. Lo scopo generale del percorso empirico è quello di individuare i principali mutamenti intercorsi nell'ultimo decennio a seguito delle profonde trasformazioni che hanno investito lo scenario del nursing (es. provvedimenti legislativi, riforma dei percorsi formativi, fenomeni immigratori assistenziali e professionali, rimodulazioni organizzative con implementazione di realtà sanitarie che funzionano per intensità di cura, strutturazione di momenti assistenziali più vicini alla persona nel suo mondo vitale-Nuclei di Cure Primarie, assistenza domiciliare, etc.).

- 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 coerenti con il mutato e più complesso quadro societario in costante evoluzione e transizione demografica ed epidemiologica.
- I risultati saranno diffusi attraverso l'organizzazione di convegni e seminari, la pubblicazione di un libro e un articolo di ricerca su riviste nazionali ed internazionali.

Obiettivi specifici
- Comprendere approfonditamente i mutamenti intercorsi nel contesto lavorativo in relazione ai nuovi bisogni del paziente, al mutato contesto organizzativo, allo sviluppo tecnologico (reti e-Care, e-Health), alle trasformazioni del setting d'azione in relazione al fenomeno migratorio, che riguarda tanto il personale sanitario, quanto, soprattutto, la pluralità di pazienti di diversa provenienza che devono essere assistiti e che sono portatori di culture e valori specifici.
- Individuazione delle aree di criticità che ostacolano gli infermieri nell'esercizio della loro piena autonomia professionale in relazione a molte dimensioni tra cui il diverso rapporto con i medici e gli altri membri dello staff, il: rapporto con i pazienti provenienti da culture altre e con le persone per loro significative, etc.
- Analisi dell'espressione delle competenze specifiche nel medio e lungo periodo legate alla professionalizzazione infermieristica a seguito della riforma dei cicli di formazione.
- Comprensione dei fattori di soddisfazione/insoddisfazione lavorativa.
- Comprensione dell'impatto che gli infermieri stranieri hanno con l'organizzazione sanitaria italiana e gli eventuali problemi di comunicazione.

Indicatori
- Indicatori legati alle dimensioni dell'umanizzazione e personalizzazione delle cure
- Indicatori di comunicazione inter e intra-professionale
- Indicatori legati all'area dell'espressione dell'autonomia professionale
- Indicatori legati all'espressione delle competenze specifiche

METODOLOGIA

Disegno dello studio
Il percorso empirico proposto si configura come uno studio quantitativo, volto a coinvolgere infermieri operanti in realtà sanitarie pubbliche o private del territorio nazionale.
Lo studio prevede due macro-fasi:
- La prima consiste nell'indagine di sfondo, finalizzata ad analizzare la letteratura scientifica, nazionale ed internazionale, prodotta in relazione al tema oggetto di indagine; in questa fase troverà spazio anche l'analisi del quadro normativo che, direttamente o indirettamente, influenza la professione infermieristica. Inoltre, in questa fase si raccoglieranno, attraverso fonti secondarie, dati riguardanti la presenza di infermieri in Italia e la loro condizione (caratteristiche socio-anagrafiche, provenienza, collocamento geografico, aree di intervento, partecipazione all'associazionismo professionale);
- Nella seconda fase, si somministrerà un questionario strutturato a infermieri operanti nel territorio nazionale nel corso del XVI Congresso nazionale Ipasvi che si svolgerà a marzo del 2012 a Bologna.

Campione
Si suppone di raccogliere 5.000 questionari compilati da infermieri operanti nel territorio nazionale
L'individuazione delle persone da intervistare seguirà i criteri di un campionamento logico-rappresentativo non probabilistico per quote conservando la rappresentatività rispetto alla regione di provenienza e ai luoghi di intervento (ambiente ospedaliero e territorio).

Strumenti
Un questionario strutturato che includerà parte dei quesiti posti nella prima indagine nazionale sulla professione infermieristica [13], al fine di garantire la comparabilità delle risposte; tuttavia, saranno inserite nuove domande volte a sondare gli aspetti inesplorati nella precedente indagine legati alle profonde trasformazioni dei setting di intervento, con particolare attenzione ai mutamenti tecnologici e organizzativi, all'espressione dell'autonomia e delle competenze professionali e all'umanizzazione dell'assistenza. È ipotizzabile l'integrazione all'interno del questionario di test già validati a livello internazionale per misurare alcuni indicatori (es. per l'indicatore di soddisfazione lavorativa, l'Effort-Reward-Imbalance Questionnaire di Siegrist et al.) [17].

Procedure
La somministrazione del questionario sarà preceduta da pre-test volti alla validazione dello strumento in un lasso di tempo adeguato (non inferiore ai due mesi).

RISULTATI ATTESI

Lo studio mira ad analizzare i processi di trasformazione intercorsi, in atto e potenziali, che coinvolgono a vario titolo la professione infermieristica ed i contesti nei quali si realizzano le funzioni connesse al nursing.
Lo scopo precipuo è quello di individuare le aree di criticità che ostacolano l'esercizio della professione infermieristica intesa quale servizio preventivo, curativo, palliativo e riabilitativo.
A tal fine, nel questionario saranno esaminate aree connesse sia alla dimensione tecnica sia a quella più prettamente umano-relazionale. Adeguato spazio dovrà essere destinato al rapporto tra pratiche infermieristiche ed elementi come il percorso di formazione di base e formazione continua, il piano assistenziale, il contesto organizzativo, l'impiego delle nuove risorse tecnologiche.
Inoltre, lo studio permetterà di sondare i livelli di soddisfazione ed insoddisfazione in relazione agli ambienti di lavoro, alle pratiche organizzative, al contesto relazionale di lavoro inter e intra-professionale, al rapporto con i pazienti.
Su tali aspetti, è bene precisare come il percorso empirico miri a rilevare differenze in relazione alle principali variabili discriminanti legate al profilo socio-anagrafico (genere, età, nazionalità), nonché ai contesti di cura (ambiente ospedaliero, comunità e territorio, …).
L'output finale consisterà nell'individuazione di alcune linee di indirizzo volte al superamento delle criticità emerse nel percorso empirico attraverso politiche di intervento aggiornate allo scenario attuale nel quale l'infermiere opera, caratterizzato da una maggiore complessità relativa sia al moltiplicarsi e differenziarsi dei bisogni degli utenti, sia per la presenza di professionisti e pazienti portatori di differenti background culturali.

Rilevanza
Come precedentemente anticipato, il percorso empirico che si propone nel presente progetto ha lo scopo di analizzare le trasformazioni che hanno investito la professione infermieristica al fine di individuare linee di indirizzo per il miglioramento sia della soddisfazione percepita dall'infermiere, sia delle dimensioni che riguardano la relazione infermiere-paziente.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
0	Analisi di sfondo	Coordinatori	01/11/2011 -31/12/2011
1	Rilevazione statistiche su fonti secondarie	Project manager, Coordinatori	01/11/2011 -31/12/2011
2	Elaborazione strumenti di indagine e pre-test	Project manager e coordinatori e project team	01/01/2012 -28/02/2012
3	Somministrazione questionari	Coordinatori e project team	01/03/2012-30/05/2012
4	Elaborazioni statistiche	Coordinatori e project team	01/07/2012-30/09/2012
5	Stesura report di ricerca	Coordinatori e project team	01/10/2012-30/11/2012
6	Pubblicazione finale	Project manager Coordinatori e project team	01/12/2013-30/04/2013
7	Chiusura progetto	Project manager Coordinatori e project team	30/04/2013

DIAGRAMMA GANTT

MESE	Nov 11	Dic	Gen 12	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Set	Ott	Nov	Dic	Gen 13	Feb	Mar	Apr
Analisi di sfondo																	
Rilevazione statistiche su fonti secondarie																	
Elaborazione strumenti di indagine e pre-test																	
Somministrazione questionari																	
Elaborazioni statistiche																	
Stesura report di ricerca																	
Pubblicazione finale																	
Chiusura progetto																	

BIBLIOGRAFIA

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.
Cipolla C. (1997), Epistemologia della tolleranza, 5 voll., FrancoAngeli, Milano.
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.
Cipolla C. (2003b), Un ricordo di Solferino oggi. Genesi e significato sociale della Croce rossa, FrancoAngeli, Milano.
Cipolla C., Artioli G. (a cura di) (2003), La professionalità del care infermieristico, FrancoAngeli, Milano.
Cipolla C., Artioli G. (a cura di) (2003), La professionalità del care infermieristico, FrancoAngeli, Milano.
Federazione Nazionale Collegi Ipasvi (2009), Banca dati IPASVI. Iscritti stranieri agli albi IPASVI 2008, marzo 2009.
Giorgino E., Tousijn W. (2003), Attraversando terre incognite: una sfida per la professione infermieristica, "Salute e Società", A. II, n. 1.
Im E., Chee W. (2003), Fuzzy logic and nursing, Nursing Philosophy, 4, 1: 53-60.
Lombi L., Stievano A. (a cura di) (2010), Introduzione alla sociologia della salute. Manuale per la professione infermieristica, FrancoAngeli, Milano.
Manara D.F.(a cura di) (2004), Infermieristica Interculturale, Carocci Faber, Roma.
Moruzzi M. (2008), Internet e Sanità. Organizzazioni e management al tempo della rete, FrancoAngeli, Milano.
Rolfe G. (1997), Science, abduction and the fuzzy nurse: an exploration of expertise, Journal of Advanced Nursing, 25, 5:1070-1075.
Siegrist J., Starke D., Chandola T., Godin I., Marmot M., Niedhammer I., Peter R. (2004), The measurement of effort–reward imbalance at work: European comparisons, "Social Science & Medicine", 58, pp. 1483-1499.
Silvestro A. (a cura di) (2009), Commentario al codice deontologico dell'infermiere, McGraw-Hill, Milano.
Tortolici CB., Stievano A. (2006), Antropologia e nursing: due mondi che si incontrano, Carocci Faber, Roma.
Tousijn W. (2003), Infermieri e logica professionale: verso la frammentazione della professione infermieristica?, in Giorgino E., Tousijn W., op. cit., 39-47.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

LA DIVERSITÀ RELIGIOSA IN OSPEDALE

COORDINATORE PROGETTO
L. Marano
A. M. Pulimeno
A. Stievano

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD. 2.12.2

TITOLO PROGETTO

Assistenza infermieristica e diversità religiosa dei pazienti in alcune realtà ospedaliere di Roma

ABSTRACT

Considerata la possibilità di prestare cure a persone di cultura e religione differente da quelle occidentali, si propone una ricerca con lo scopo di rilevare se il bisogno religioso dei pazienti in generale, e di quelli che professano religioni differenti da quelle cattoliche-protestanti sono considerati importanti per gli Infermieri di diverse strutture sanitarie pubbliche e religiose su tutto il territorio di Roma, mettendo a confronto se tale sensibilità è riscontrata maggiormente in quegli Infermieri che hanno un background formativo universitario rispetto a quelli che non ce l'hanno (scuola regionale). I risultati di una stessa ricerca effettuata nel 1996 e nel 2007 mostrano un interesse pressoché simile da parte degli infermieri operanti nei due tipi di strutture a considerare importante sia per il paziente che per il proprio lavoro tale bisogno; risulta invariata lo scarso interesse che loro hanno per ciò che riguarda la liturgia durante la degenza e in caso di morte del paziente. Maggiore è l'interesse degli Infermieri che hanno ricevuto una formazione etno-antropologica e anche in ambedue le amministrazioni dal punto di vista organizzativo verso i bisogni religiosi dei pazienti. Ed è proprio questo dato a far riflettere sia sulla potenza della formazione in ambito etnoantropologico sia sugli effettivi cambiamenti operativi che tale personale così formato è in grado di apportare nella realtà di tutti i giorni.

BACKGROUND

Alcuni autori sottolineano come il bisogno umano della sacralità e della religione in un'epoca caratterizzata dal rischio e dall'incertezza (Bauman 2006), rende evidente la nascita di nuovi movimenti religiosi o l'affermarsi di alcune grandi religioni orientali nel nostro Paese. In ambito clinico-assistenziale lo studio condotto nelle Unità di Cura Intensive Europee[2] , evidenzia come il sentimento religioso sia considerato un aspetto importante per la dimensione umana della persona. Allo stesso modo Mosse et al. (2006) concludono che esiste una forte influenza della religione Protestante, nelle persone intervistate, nel ritardare il ricorso a trattamenti antipsicotici.
Alcuni lavori descrivono l'impatto dell'intervento religioso sull'esito sanitario: la preghiera può avere successo nei tentativi in vitro per la fertilizzazione, può far diminuire la lunghezza dell'ospedalizzazione e la durata della febbre in pazienti settici, migliora la funzione immunitaria, vi è un miglioramento dell'artrite reumatoide, e riduce l'ansia. Inoltre la preghiera può far diminuire gli esiti avversi in pazienti con malattie cardiache (Çoruk et al., 2005).
Nella laurea di 1° livello, lo studente Infermiere approfondisce diversi ambiti disciplinari, come ad esempio le discipline demoetnoantropologiche (M-DEA/01), Sociologia Generale (SPS/07), Pedagogia generale e sociale (M-PED/01) discipline con contenuti prima sconosciuti alla popolazione studentesca delle scuole regionali, in definitiva tutte quelle discipline inserite nelle scienze psicologiche e antropologiche. Lo studio di tali discipline ha comportato certamente una maggiore competenza nella gestione del diverso etnologicamente parlando, dando loro la possibilità di allargare sempre di più le sue prospettive ad una visione più dinamica della società e del mondo in cui vive, per rispondere agli stimoli socio-culturali di un ambiente di lavoro destinato a cambiare in senso multietnico: capire le esigenze degli utenti immigrati e stabilire un buon rapporto con le altre culture saranno aspetti sempre più importanti del suo lavoro.
La formazione antropologica, la riscoperta della relazione interetnica, il superamento del proprio etnocentrismo permettono un migliore approccio con gli utenti delle altre culture.
Il fenomeno dell'immigrazione in Italia negli ultimi dieci anni è profondamente mutato, lo dimostrano i dati raccolti sia dal Ministero dell'Interno che dalla Caritas, Italiana: al 01.01.1996 gli stranieri presenti sul territorio nazionale erano 991.419; stime più recenti (rapporto Caritas Migrantes del 2007) parla di

BACKGROUND

3.035.000 presenze di stranieri regolari, di cui solo un quinto degli immigrati si trova nelle province di Milano e di Roma, senza calcolare i nuovi nati, i ricongiungimenti familiari e le domande per assunzione, i quali si stima possa far oscillare il dato in più o in meno circa 100 mila unità. L'incidenza calcolata su questi dati è del 6,2% e quindi l'Italia da paese considerato di "passaggio" è diventato, subito dopo la Germania, tra i più grandi Paesi d'immigrazione dell'Unione Europea, passando dal quarto al secondo posto in soli cinque anni. Secondo una stima riportata da uno tra i più esperti studiosi dei fenomeni religiosi in Italia, Massimo Introvigne (2008), sull'appartenenza religiosa a le maggiori religioni professate in Italia, si evidenzia questa distribuzione :

- Buddismo, i praticanti delle varie scuole sono attualmente cinquantamila, la Soka Gakkai circa 45.000 fedeli che da sola costituisce l'organizzazione buddhista con il maggior numero di membri presenti in Italia, inoltre circa trentacinquemila buddhisti "etnici" immigrati dai Paesi asiatici, e distribuiti tra le varie tradizioni, una trentina di monaci ordinati italiani, e alcune monache che hanno pronunciato i voti minori, per un totale di 130.000 aderenti;
- L'Unione Induista Italiana - che conta circa cinquemila fedeli, di cui la metà italiani;
- L'Unione delle Comunità Ebraiche Italiane si aggira attorno alle 29.000 unità;
- Testimoni di Geova. I Testimoni contano oggi in Italia una media di 236.113 proclamatori.

Attualmente, la popolazione musulmana in Italia è costituita da circa 700.000 individui, tra di essi, 40-50.000 (di cui circa 10.000 Cristiani convertiti all'Islam) hanno la cittadinanza italiana ed i loro diritti e doveri sono definiti dalle medesime disposizioni che si applicano a tutti i cittadini italiani.
La maggioranza dei Musulmani presenti in Italia è costituita da immigrati giunti negli ultimi vent'anni e privi della cittadinanza italiana. Tra questi, circa 610-615.000 sono "regolari" e godono legalmente del diritto di vivere e lavorare in Italia. Gli altri 80-85.000 sono "irregolari", sprovvisti di permesso di soggiorno o di lavoro.

[2] Lo studio evidenzia come clinici con differenti credi religiosi, culturali ed etiche possono adottare differenti approcci ai trattamenti di fine vita e quindi su quanto possa influire la religione sulla pratica medica nel trattamento di fine vita (Sprung et al., 2007).

OBIETTIVI DI PROGETTO

Da un'indagine condotta in quattro ospedali romani, (Marano 1997) risultava che la diversità religiosa di pazienti italiani e stranieri ricoverati in ospedale, non era un aspetto che veniva considerato importante dagli infermieri intervistati, sia in alcune strutture sanitarie pubbliche sia religiose .
Rispetto ad allora oggi l'infermiere ha acquisito una maggior competenza in ambito antropologico, dalla ricerca bibliografica effettuata emerge l'importanza dell'aspetto religioso nella cura dei pazienti, pertanto l'obiettivo del presente lavoro è quello di confrontare i risultati allora ottenuti con quelli attuali, per confermare la tesi che, rispetto a dieci anni fa, la sensibilità dei professionisti Infermieri verso tale aspetto, è aumentata sia nelle strutture sanitarie religiose sia in quelle pubbliche prese in esame a fronte di una maggiore preparazione a livello universitario.

Le ipotesi di ricerca sono quelle di:

1. Verificare se l'evoluzione della formazione dell'Infermiere ha influito su livello di sensibilità degli infermieri rispetto al bisogno religioso di chi professa un culto diverso da quello cristiano-cattolico, cristiano-protestante in tutte e due le strutture sanitarie prese in esame;
2. Analizzare se il bisogno religioso, in generale e in particolare quello dei pazienti sia italiani che stranieri che professano diverse religioni, è considerato un aspetto importante da parte degli infermieri, sia durante la degenza che in caso di decesso;
3. Accertare se l'Infermiere ritiene di rappresentare un ponte di collegamento tra il paziente e il suo gruppo religioso di appartenenza;
4. Dimostrare che l'infermiere in servizio presso le strutture religiose cattoliche è più sensibile ai bisogni religiosi dei pazienti che professano altri tipi di credo;
5. L'infermiere che pratica attivamente un culto considera maggiormente il bisogno religioso in generale e, in specifico, quello differente dal cristiano-cattolico o cristiano-protestante, del paziente

Indicatori
n. 1 opuscolo informativo sulle principali e diverse religioni praticate in Italia www.cesnur.org/religioniitalia
n. infermieri intervistati sul n. degli infermieri 75%
n. ore dedicate al progetto sul totale programmate
Realizzazione del 100% delle attività pianificate

METODOLOGIA

Campione
Per poter verificare gli obiettivi e validare le ipotesi della ricerca con l'indagine condotta nel 1996 e nel 2007, si utilizzerà lo stesso metodo di rilevazione statistica, ossia il campionamento degli ospedali e la somministrazione di un questionario anonimo autocompilato al personale infermieristico presso le UU.OO di medicina, chirurgia e cardiologia di tutti gli Ospedali di Roma sia religiosi che cattolici, purché presentino caratteristiche simili tra loro e idonee alla ricerca:

- situati nel comune della città di Roma
- siano a carattere giuridico pubblico
- siano a carattere giuridico privato con amministrazione religiosa di tipo classificati convenzionati con il SSN

Data la natura degli items, si sono scelti quei reparti presenti in tutte le strutture che avessero i seguenti requisiti:

- relazione interpersonale diretta infermiere/paziente adulto e infermiere/familiari
- eventualità di decesso del paziente

Strumenti
Il questionario è diviso in cinque sezioni ed è costituito da 23 items, prevalentemente risposta chiusa. Le cinque sezioni comprendono:

1^ Sezione: dati socioanagrafici (sette items)

- dati strutturali anagrafici, come l'età e il sesso e struttura di appartenenza
- dati strutturali specifici, formazione infermieristica di base (corso regionale o universitario), formazione infermieristica complementare (corsi di perfezionamento, specialistica, D.A.I., Master, specializzazioni), anzianità nel ruolo di Infermiere, il tipo di religione o filosofia di vita professata e se vi è una partecipazione attiva al culto. Essendo il questionario anonimo non ci si posti il problema di trattare questo come un dato sensibile così come prevede la L.196/2003

2^ Sezione La struttura sanitaria: gli items verificano:
se sono stati individuati delle figure professionali che possano fungere da intermediari tra il paziente e il suo gruppo religioso.

3^ Sezione (nove items) Il comportamento infermieristico: si è indagato se di norma l'infermiere s'informa se i pazienti gradiscono il servizio religioso, se ha assistito pazienti non europei e in che modo viene a conoscenza della religione professata dal paziente. Inoltre, si è chiesto se il professionista si informa a quale religione appartengono i pazienti italiani, e se essi si interessano, in caso di decesso del paziente, alla liturgia o a riti particolari, prescritti dalla religione di queste persone.

4^ Sezione (sei items) Le opinioni: circa l'aspetto spirituale del paziente nell'assistenza infermieristica. Queste opinioni chiedono se gli infermieri intervistati considerano importante la religione sia per il paziente che per l'assistenza infermieristica, chi, secondo loro, deve occuparsi istituzionalmente di rappresentare un ponte di collegamento tra il paziente e il suo gruppo religioso e se in Itali vengono professate altre religioni oltre a quelle cristiane-cattoliche o cristiano-protestanti.

[4] Marano L. (1997), La diversità religiosa in ospedale: un aspetto da considerare?, (un'indagine effettuata in quattro ospedali romani), Cernusco sul Naviglio - Milano: Edizioni Fatebenefratelli Serie Cubi

RISULTATI ATTESI

Rilevanza

Questo confronto potrà mettere in evidenza dei dati interessanti anche in considerazione dell' evoluzione giuridico-normativa e formativa della disciplina infermieristica in Italia e anche in virtù di un'evoluzione teorico-culturale che il nursing ha avuto negli ultimi anni nel nursing transculturale.
Promuovere l'adozione nelle cartelle infermieristiche della "voce religione", la creazione di un opuscolo informativo sulle abitudini di vita, tempi e modalità nelle diverse religioni maggiormente praticate in Italia e anche di uno spazio per poter esprimere la propria spiritualità.

PIANIFICAZIONE

	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Analisi di sfondo	Coordinatori	01/05/2012 -01/06/2012
Rilevazione statistiche su fonti secondarie	Project manager, Coordinatori	01/06/2012 -31/07/2012
Elaborazione strumenti di indagine e pre-test	Project manager e coordinatori e project team	01/09/2012 -30/09/2012
Somministrazione questionari	Coordinatori e project team	30/09/2012-31/12/2012
Elaborazioni statistiche	Coordinatori e project team	01/01/2013-31/01/2013
Stesura report di ricerca	Coordinatori e project team	01/02/2013-31/05/2013
Pubblicazione finale	Project manager Coordinatori e project team	31/05/2013-31/07/2013
Chiusura progetto	Project manager Coordinatori e project team	01/10/2013-01/12/2013

DIAGRAMMA GANTT

MESE	Giu 12	Lug	Set	Ott	Nov	Dic	Gen 13	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ott	Nov	Dic
Analisi di sfondo	■															
Rilevazione statistiche su fonti secondarie		■														
Elaborazione strumenti di indagine e pre-test			■													
Somministrazione questionari				■	■	■										
Elaborazioni statistiche							■									
Stesura report di ricerca								■	■	■	■					
Pubblicazione finale												■	■			
Chiusura progetto														■	■	■

BIBLIOGRAFIA

Bauman Z.(1999), Dentro la globalizzazione. Conseguenze sulle persone, Roma-Bari: Laterza.
Devoto G., Oli G.C. (2005), Il dizionario della lingua italiana, Le Monnier: Firenze.
Giddens A., 2006, Fondamenti di sociologia, Il Mulino: Bologna.
Gorio R., Manfredini A., Spedo C., (1994), Rito: dal controllo delle emozioni alla pensabilità, in Psicopatologia cultura e dimensione del sacro Roma: Edizioni Universitarie Romane.
Marano L., (1997), La diversita' religiosa in ospedale: un Aspetto da considerare?, (Un'indagine effettuata in quattro ospedali romani), Milano Cernusco Sul Naviglio: Edizioni Fatebenefratelli Serie Cubi
Medici A, Iafisco S., A.A (200/2007), I bisogni di salute della popolazione immigrata: l'organizzazione dei servizi asisstenziali in un'ottica multiculturale, Università Tor Vergata Di Roma: Tesi Laurea Magistrale.
Wilson B., Ikeda Daisaku, (2005) La religione e i valori umani. Dialogo sul ruolo sociale della religione, Milano: Esperia

Articoli di riviste

Caritas/Migrantes, (2007), "Immigrazione Dossier Statistico" XVII Rapporto sull'immigrazione, 1-12.
Çoruh B., Ayele H., Pugh M., Mulligan T., (2005), "Does religious activity improbe health outcomes? A critical review of the recent literature", Expole, Vol.1, No.3, pp. 186-191.
Koffman J, Morgan M., Edmonds P., Speck P., Higginson I. J., (2008), "I know he controls cancer: the meanings of religion among black caribbean and white British patients with advanced aancer", Social Science & Medicine,. 67, 780-789.
Leoni G., (2004), "Società multietnica e multiculturalismi: l' Infermiere e il Nursing Transculturale", Tempo Di Nursing, N.41, Dicembre, 9-14.
Moss Q., Fleck D.E., Strakowsky S.M., (2006), "The influence of religious Affiliation on time to first treatment and hositalization", Schizophrenia Research, 84, 421-426.
Rippentrop E. A., Altmaier E. M., Chen J. J., Found E. M., Keffala V. J., (2005), "The relationship between religion/ spirituality and phisical health, mental health, And Pain In A Chronic Pain Population", Pain, 116, 311-321.
Sprung C. L., Maia P., Bulow H.H., Ricou B., Armaganidis A., Baras M., Wennberg E., Reinhart K., Cohen S.L., Fries D.R., Nakos G., Thijs L.G., (2007), "The importance of religious affiliation and culture on end-of-life decisions in uropean Intensive Care Units", Intensive Care Med , 33,.1732–1739.

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

QUOLITFAMSTROKE

COORDINATORE PROGETTO
R. Alvaro

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD. 2.12.3

TITOLO PROGETTO

Quality of life in italian families affected by stroke (qualitfamstroke). Qualità di vita nelle famiglie italiane colpite da stroke.

ABSTRACT

L'ictus cerebrale rappresenta un importante problema di sanità pubblica in quanto è in continuo aumento a causa dell'invecchiamento della popolazione. L'ictus non interessa solo il paziente ma anche la famiglia che se ne prende cura. Lo scopo di questo studio triennale è di descrivere la qualità di vita (QDV) dei pazienti e dei caregiver per un anno dopo la dimissione dalle unità di riabilitazione. Si utilizzerà un disegno longitudinale con raccolta dati ogni tre mesi. I risultati permetteranno di conoscere l' "andamento" della QDV dei pazienti e dei caregiver dopo l'ictus e individuare le variabili che la influenzano. Inoltre, i risultati permetteranno di elaborare linee guida e protocolli per migliorare l'assistenza infermieristica verso il paziente ed il caregiver.

BACKGROUND

L'ictus cerebrale (o stroke) rappresenta la seconda causa di morte nel mondo e la principale causa di disabilità nella popolazione adulta (1). Da un recente studio epidemiologico europeo (2) è emerso che lo stroke ha un'incidenza per anno di 141,3 casi ogni 100.000 abitanti negli uomini e 94,6 casi nelle donne. E' un evento patologico che nel 75% dei casi interessa persone dopo i 65 anni d'età (3) e, considerato l'invecchiamento costante della popolazione italiana, è possibile prevedere un numero crescente di individui che nel prossimo futuro saranno interessati da tale patologia con tutte le problematiche assistenziali, economiche e familiari connesse alla disabilità post stroke. La letteratura riporta che dopo un ictus cerebrale, l'invalidità, la depressione post stroke (che interessa il 30% dei pazienti) e l'età avanzata sono predittori di bassa qualità di vita (QDV) nei pazienti (4, 5).
Dopo la fase acuta ed il periodo di riabilitazione, il paziente viene assistito dalla famiglia dove è presente un caregiver che si fa carico delle sue necessità. Dalla ricerca è stato ampiamente dimostrato che i caregiver di persone colpite da stroke presentano elevati livelli di stress, burden, ansia, depressione e bassa QDV (6, 7) e che queste variabili peggiorano, a loro volta, la QDV del paziente (8) ed aumentano i tassi di riospedalizzazione impropria con conseguente aumento della spesa sanitaria (9-11).
In Italia la QDV del paziente dopo lo stroke ha ricevuto poca attenzione dalla ricerca. Alcuni studi si sono limitati solo ad approfondire la depressione post stroke (12-14), altri hanno valutato l'effetto della riabilitazione sulla QDV (15, 16). Non è mai stata studiata la QDV dopo che il paziente viene dimesso dalle strutture riabilitative. Inoltre, nonostante la letteratura internazionale attribuisca ai caregiver di pazienti con ictus un ruolo chiave nel garantire l'assistenza extraospedaliera, la loro QDV, in Italia, non è mai stata studiata. Non sappiamo quindi se esista una interazione tra QDV del paziente e QDV del caregiver.

OBIETTIVI DI PROGETTO

1. studiare la qualità di vita dei pazienti e dei caregiver dopo ictus cerebrale al momento della dimissione dalle unità di riabilitazione.

2. studiare con un disegno longitudinale l'andamento della qualità di vita del paziente e del caregiver nel corso del primo anno dopo l'ictus cerebrale.

3. individuazione dei predittori della qualità di vita del paziente e del caregiver ed elaborazione di linee guida per migliorare l'assistenza infermieristica al paziente ed al caregiver.

METODOLOGIA

Disegno dello studio
Per l'obiettivo n. 1 si utilizzerà un disegno descrittivo-correlazionale;
per l'obiettivo n. 2 si utilizzerà un disegno longitudinale con raccolta dati a 3, 6, 9 e 12 mesi dalla dimissione dalla Riabilitazione.

Campione
Si prevede di arruolare un campione costituito da 500 coppie di pazienti con ictus e relativi caregiver.

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

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

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

Strumenti
Per raccogliere i dati verranno utilizzati strumenti di ricerca validi e affidabili somministrati sia sui pazienti che sui caregiver. In particolare:

Per i pazienti
1) Questionario Sociodemografico. Questo strumento sarà utile per raccogliere dati relativi ad età, sesso, stato civile, occupazione, istruzione, reddito, ecc.
2) Scheda Clinica. Verrà utilizzata per raccogliere dati clinici quali la data, il tipo e la sede dell'ictus.
3) Stroke Impact Scale 2.0 (SIS)) (17). E' uno strumento specifico e multidimensionale per misurare la qualità di vita nei pazienti con ictus cerebrale. E formata da 64 item raggruppati in 8 sottoscale che misurano la Forza delle zone interessate dall'ictus, la Funzionalità della Mano, la Mobilità, le ADL/IADL, la Memoria, la Comunicazione, le Emozioni e la Partecipazione Sociale. Tutti gli item utilizzano una scala Likert a 5 punti per le risposte. La SIS ha anche un item con scala VAS che misura il recupero percepito dallo stroke. Dalle scale della Forza, Funzione della Mano, Mobilità e ADL/IADL si può creare una Scala Fisica che fornisce una misura dell'impatto fisico dello stroke. Tutte le sottoscale della SIS possono avere un punteggio da 0 a 100, dove un punteggio alto significa una più alta qualità di vita. Questo strumento è stato testato per l'affidabilità e la validità nello studio originale (17) ed in diversi altri studi.
4) Barthel Index (BI) (18). E' una scala utilizzata per valutare la funzionalità nell'esecuzione di attività del vivere quotidiano quali alimentazione, uso del bagno, igiene personale, vestirsi, controllo del retto e della vescica, trasferimenti nel bagno, trasferimenti sedia letto, deambulazione e salire le scale. Il punteggio possible va da 0 a 100, dove un punteggio più alto significa una migliore indipendenza. Lo strumento è stato ampiamente utilizzato e testato per affidabilità e validità anche su pazienti con ictus.
5) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), (19). E' una scala composta da 14 item raggruppato in due sottoscale che misurano l'ansia e la depressione. Ogni sottoscala può avere un punteggio da 0 a 21: un alto punteggio corrisponde ad alti livelli di ansia e depressione. La HADS è stata ampiamente utilizzata e testata per le sue caratteristiche psicometriche anche su pazienti con ictus.
4) Medical Outocomes Short Form 36 (SF-36) (20). E' uno strumento generico che misura la QDV. E' composto da 36 item raggruppati in 8 domini (scale) quali Attività Fisica, Ruolo e Salute Fisica, Dolore Fisico, Salute in Generale, Vitalità, Attività Sociali, Ruolo e Stato Emotivo e Salute Mentale. Ogni scala può avere un punteggio da 0 a 100: più alto il punteggio migliore la QDV. L'SF-36 è stato ampiamente testato per la sua affidabilità e validità anche su persone con ictus .

METODOLOGIA

5) Modified Charlson Comorbidity Index (MCCI) (21). E' un indice che valuta il grado di comorbidità che inizialmente misurava la presenza o meno di 19 malattie. Goldstein et al (22) hanno modificato lo strumento originale adattandolo a pazienti con ictus prevedendo 16 malattie. Ogni malattia viene "pesata" con un punteggio che può andare da 1 per il diabete senza complicazioni o lo scompenso cardiaco, fino a 6 per il cancro con metastasi o l'AIDS. Il punteggio del MCCI va da 0 a 31, più alto il punteggio più elevata è la comorbidità. Oltre che da Goldestein et al (22) il MCCI è stato utilizzato anche in altri studi sullo stroke e, rispetto ad altri indici di comorbidità, si è dimostrato essere più accurato nel predire gli outcomes funzionali nel post stroke.
5) Mutuality Scale (MS) (23). E' una scala composta da 15 items che misura la mutualità, ovvero "la qualità positiva della relazione tra un care-giver ed un care-receiver" (pag. 376). E' strutturata in 4 sottoscale che misurano l'Amore e l'Affetto, la Condivisione di Attività piacevoli, la Condivisione di valori, e la Reciprocità. Ogni item utilizza una scala Likert a 5 punti da "Per niente" a "Moltissimo". Il punteggio totale della scala va da 0 a 4. Un alto punteggio sta a significare un alto grado di mutualità. La MS è stata utilizzata in diversi studi che hanno coinvolto caregiver di persone anziane e con stroke.

Per i caregiver
1) Questionario socio demografico. Ha l'obiettivo di raccogliere dati relativi al caregiver quali età, sesso, istruzione, professione, stato civile, grado di parentela e convivenza con il paziente, ore di assistenza fornite al paziente.
2) Medical Outocomes Short Form 36 (SF-36) (20). Come descritto precedentemente, misura la QDV. L'SF-36 è stato utilizzato anche su caregiver di pazienti con stroke.
3) Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), (19). Anche questa scala è stata validata su caregiver di pazienti con stroke [41-42].
4) Caregiver Burden Inventory (CBI) (24). E' uno strumento multidimensionale, inizialmente sviluppato sui caregiver di malati d'Alzheimer, che valuta il carico assistenziale. E' uno strumento self-report ed utilizza per le risposte una scala Likert a 5 punti da "Per nulla" a "Molto". E' suddiviso in 5 sezioni quali Carico oggettivo, Carico psicologico, Carico fisico, Carico sociale ed Carico emotivo. E' stato utilizzato in diversi studi su caregiver italiani ed è stato utilizzato anche su caregiver di pazienti con stroke. Il punteggio di questa scala può andare da 0 a 96: più alto il punteggio maggiore è il burden percepito dal caregiver.
5) Mutuality Scale (23). E' la stessa utilizzata per il paziente che può anche essere somministrata ai caregiver [37-38] per misurare la mutualità come da loro percepita.
6) Preparedness for Caregiving Scale (PCS) (23). E' una scala che misura la preparazione del caregiver nel far fronte al caregiving. Gli ambiti indagati dalla scala riguardano la preparazione nell'assistenza fisica, supporto emotivo, capacità di trovare servizi di supporto e di far fronte allo stress del caregiving. E' composta da 8 items che utilizzano una scala Likert a 5 punti. Inoltre è presente anche una domanda aperta il cui viene chiesto al caregiver di individuare ulteriori ambiti in cui il vorrebbe essere preparato. Il punteggio possibile va da 0 a 40: un punteggio alto significa una preparazione maggiore del caregiver nel caregiving. La PCS è stata utilizzata in diversi studi, anche riguardanti l'ictus.
6) Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MDPSS) (25). E' uno strumento che misura la percezione del supporto ricevuto dalle figure di riferimento, in particolare da familiari, amici e figure significative del campo sociale allargato. E' composto da 12 items che utilizzano una scala Likert a 7 punti: da 1 (fortemente in disaccordo) a 7 (fortemente d'accordo). Il punteggio possibile va da 0 a 84 : un punteggio alto indica una maggiore percezione di supporto. La MDPSS è stata utilizzata in diversi studi internazionali sui caregiver ed è stato utilizzato anche in studi italiani.
7) Diario Paziente/Caregiver. Questo strumento ha lo scopo di monitorare nell'arco di un anno le prestazioni sanitarie e fisioterapiche a cui verrà sottoposto il paziente con ictus.

Procedure
I pazienti ed i caregiver verranno arruolati al momento della dimissione dalle Unità di riabilitazione. In questa fase verranno somministrati tutti gli strumenti valutativi sia sul paziente sia sul caregiver. In questa occasione avrà luogo anche un'intervista aperta con il paziente ed il caregiver al fine di raccogliere con il metodo fenomenologico, il "vissuto" relativo allo stroke. Successivamente i pazienti ed i caregiver verranno contattati 3, 6, 9 e 12 mesi dopo, al fine di ri-somministrare gli strumenti di ricerca ad eccezione del Questionario socio demografico per caregiver e paziente e la Scheda clinica paziente.

RISULTATI ATTESI

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

- conoscenza dei livelli di QDV dei pazienti e dei caregiver con ictus a tempo "0" e 3, 6, 9 e 12 mesi;
- conoscenza delle variabili che si correlano e sono in grado di predire la QDV dei caregiver e dei pazienti dopo ictus;
- conoscenza dei vissuti relativi all'evento stroke sia nel paziente che nel caregiver e come questi vissuti si modificano nel tempo;
- produzione di un protocollo assistenziale per migliorare la QDV dei pazienti e dei caregiver dopo ictus cerebrale.

Rilevanza

A causa dell'invecchiamento della popolazione italiana, sempre più nel futuro avremo pazienti affetti da ictus cerebrale e sempre più famiglie dovranno prendersi l'onere assistenziale di questi pazienti. Riuscire a prevedere quali variabili predicono la QDV dei pazienti e dei caregiver rappresenta un'importante obiettivo strategico per migliorare la loro qualità di vita e contenere i costi assistenziali.

PIANIFICAZIONE

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
1	Revisione bibliografica	Ricercatori Tor Vergata	Maggio 2012
	Per obiettivo n. 1		
2	Predisposizione degli strumenti per la raccolta dati	Ricercatori Tor Vergata	Giugno 2012
3	Formazione per la raccolta dati	Ricercatori Tor Vergata e rilevatori ad hoc	Luglio 2012
4	Raccolta dati	Ricercatori Tor Vergata e rilevatori ad hoc	Agosto 2012 Settembre 2013
5	Analisi dei dati	Ricercatori Tor Vergata, Statistico	Ottobre 2013
6	Elaborazione report intermedio	Ricercatori Tor Vergata	Novembre 2013
	Per obiettivo n. 2		
7	Raccolta dati di follow-up ogni 3 mesi per un anno sui soggetti reclutati nell'attività n. 4	Ricercatori Tor Vergata e rilevatori ad hoc	Ottobre 2013 Ottobre 2014
8	Analisi dei dati	Ricercatori Tor Vergata e Statistico	Novembre 2014 Dicembre 20114
	Per obiettivo n. 3		
9	Interpretazione dei dati	Ricercatori Tor Vergata e Statistico	Gennaio 2015
10	Elaborazione linee guida e protocolli assistenziali per migliorare l'assistenza dei pazienti e dei caregiver dopo ictus cerebrale	Ricercatori Tor Vergata e consulenti	Febbraio 2015 Marzo 2015
11	Report finale di ricerca	Ricercatori Tor Vergata	Aprile 2015

DIAGRAMMA GANTT

Mesi 2012	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisione bibliografica	■											
Predisposizione degli strumenti per la raccolta dati		■										
Formazione per la raccolta dati			■									
Raccolta dati				■	■	■	■	■	■	■	■	■

Mesi 2013	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Raccolta dati	■	■	■	■	■							
Analisi dei dati						■						
Elaborazione report intermedio							■	■				
Raccolta dati di follow-up ogni 3 mesi per un anno sui soggetti reclutati nell'attività n. 4						■	■	■	■	■	■	■

Mesi 2014	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
Raccolta dati di follow-up ogni 3 mesi per un anno sui soggetti reclutati nell'attività n. 4	■	■	■	■	■	■						
Analisi dei dati							■	■				
Interpretazione dei dati									■			
Elaborazione linee guida e protocolli assistenziali per migliorare l'assistenza dei pazienti e dei caregiver dopo ictus cerebrale										■	■	
Report finale di ricerca												■

BIBLIOGRAFIA

1. *Cugini P, Fiorelli G, Guarini G, Lopez M, Violi F, Volpe M. (2004).Trattato di medicina interna. VII ed. Roma: Casa Editrice Ambrosiana;*
2. *Investigators TERoS (2009). Incidence of stroke in Europe at the beginning of the 21th century. Stroke.;40:1557-63.*
3. *D'Alessandro G, Bottacchi E, Di Giovanni M, Martinazzo C, Sironi L, Lia C, et al. (2000);Temporal trends of stroke in Valle d'Aosta, Italy. Incidence in 30-day fatality rates. Neurol Sci. 21:13-8.*
4. *Carod-Artal FJ, Stieven Trizotto D, Ferreira Coral L, Menezes Moreira C. (2009) Determinants of quality of life in Brazilian stroke survivors. J Neurol Sci. May 1.*
5. *Gurcay E, Bal A, Cakci A.(2009) Health-related quality of life in first-ever stroke patients. Ann Saudi Med. Jan-Feb;29(1):36-40.*
6. *Carod-Artal FJ, Egido JA. (2009) Quality of life after stroke: the importance of a good recovery. Cerebrovasc Dis.;27 Suppl 1:204-14.*
7. *Nir Z, Greenberger C, Bachner YG. (2009) Profile, burden, and quality of life of Israeli stroke survivor caregivers: a longitudinal study. J Neurosci Nurs. Apr;41(2):92-105.*
8. *Nelson MM, Smith MA, Martinson BC, Kind A, Luepker RV. (2008) Declining patient functioning and caregiver burden/health: the Minnesota stroke survey--quality of life after stroke study. Gerontologist. Oct;48(5):573-83.*
9. *Perrin P, Heesacker M, Hinojosa M, Uthe C, Rittman M. (2009) Identifying at-risk, ethnically diverse stroke caregivers for counseling: A longitudinal study of mental health. Rehabil Psychol.;54(2):138-49.*
10. *Lotus Shyu Y, Chen M, HC L. (2004) Caregiver's needs as predictors of hospital readmission for the elderly in Taiwan. Soc Sci Med.;58(7):1395-403.*
11. *Howell S, Silberberg M, Quinn W, Lucas J (2007). Determinants of remaining in the community after discharge: results from New Jersey's Nursing Home Transition Program. Gerontologist.;47(4):535-47.*
12. *Lenzi GL, Altieri M, Maestrini I. (2008) Post-stroke depression. Rev Neurol (Paris). Oct;164(10):837-40.*
13. *Paolucci S, Gandolfo C, Provinciali L, Torta R, Toso V (2006). The Italian multicenter observational study on post-stroke depression (DESTRO). J Neurol. May;253(5):556-62.*
14. *Toso V, Gandolfo C, Paolucci S, Provinciali L, Torta R, Grassivaro N. (2004) Post-stroke depression: research methodology of a large multicentre observational study (DESTRO). Neurol Sci. Jul;25(3):138-44.*
15. *Aprile I, Di Stasio E, Romitelli F, Lancellotti S, Caliandro P, Tonali P, et al. (2008) Effects of rehabilitation on quality of life in patients with chronic stroke. Brain Inj. Jun;22(6):451-6.*
16. *Padua L, Caliandro P, Tonali P, Caruso I, Aprile I (2003) Quality of life during and after inpatient stroke rehabilitation. Stroke. Oct;34(10):e180-1; author reply e-1.*
17. *Duncan PW, Wallace D, Lai SM, Johnson D, Embretson S, Laster LJ. The stroke impact scale version 2.0. Evaluation of reliability, validity, and sensitivity to change. Stroke. 1999;30:2131-2140.*
18. *Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The barthel index. Md State Med J. 1965;14:61-65.*
19. *Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1983;67:361-370.*
20. *Ware JE, Sherbourne CD. The mos 36-item short-form health survey (sf-36). Medical Care. 1992;30:473-481.*
21. *Charlson M.E., Pompei .P, Ales K.L., MacKenzie C.R. (1987) A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation.J Chronic Dis. 40(5):373-83.*
22. *Goldstein LB, Samsa GP, Matchar DB, Horner RD. (2004). Charlson Index comorbidity adjustment for ischemic stroke outcome studies. Stroke. 35(8):1941-5.*
23. *Archbold PG, Stewart BJ, Greenlick M R, Harvath T. (1990). Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. Res Nurs Health. 13(6):375-84.*
24. *Novak M, Guest C. (1989). Application of a multidimensional caregiver burden inventory. Gerontologist. 1989 Dec;29(6):798-803.*
25. *Zimet G.D., Powell S.S., Farley G.K., Werkman S., Berkoff K. (1990). Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. J Pers Assess.55(3-4):610-7*

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

NURSING PROFESSIONAL DIGNITY: A META-SYNTHESIS

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

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD. 2.12.4

TITOLO PROGETTO

Nursing professional dignity: a meta-synthesis

ABSTRACT

Background
The first facet of dignity (patients' dignity) is an intrinsic value demonstrated by health professionals, especially nurses. Patients' dignity, has been studied extensively by different professions in the health care sector. The second facet of dignity, that of a self-regarding professional right, it is underexplored and an unclear concept in nursing and for nurses and is still in need of a better clarification.
Design
Meta-synthesis of qualitative and theoretical studies.
Method
Several electronic databases have to be searched to identify studies published between January 1995 and December 2010. Additional searches will be conducted by hand searching relevant ethics journals (Journal of Medical Ethics, Nursing Philosophy, Nursing Ethics, Bioethics) and contact with relevant authors.
Results
It's expected to get a better comprehensive understanding of the concept of nursing professional dignity and to have a better clarification of the different factors involved in the phenomenon to add new knowledge to this tenet.

BACKGROUND

Nursing professional dignity should be maintained in practice every day, especially in relations with health care recipients and other professionals. The first facet of dignity (patients' dignity) is an intrinsic value demonstrated by health professionals, especially nurses. Nursing scholars declare that 'respect for human dignity is our sea, our common community…'[1] and that it resides in the empathic encounter with patients. Patients' dignity has been studied extensively by different professions in the health care sector, as underlined by empirical research in palliative care and dignity in dying,[2-6] and in older adults and vulnerable people.[7-9] The second facet of dignity, that of a self-regarding professional right, remains underexplored[10] and an unclear concept in nursing[11]. Nursing professional dignity as a distinct concept does not have a clear definition in the literature, but nursing research, labour studies, organisational and related health research has provided descriptions of the elements that have an influence on nursing professional dignity.

AIMS OF THE PROJECT

General aims
The present study will aim to explore nursing professional dignity as a complex, multivalent concept, composed of social elements[12] and intrinsic characteristics of the person[13] and to add theoretical knowledge on this concept. These elements are inextricably interconnected. The main factors of these two concepts overlap and are constituted of: personal characteristics of every person,[14] intra- and inter-professional relations,[15] workplace characteristics,[10] teamworking,[16] professional competence and experience of nurses,[17] social recognition by the general public, and professional autonomy.[18,19]
A tentative theoretical framework on nursing professional dignity will be developed as a further development of this review.

Specific aims
Some indicators of nursing professional dignity such as: satisfaction/non-satisfaction, respect/no respect, are broadly referenced in the literature and concern interrelated organizational and human conditions,20 organizational justice in its interactional dimension,21,22 were already underlined and have a strong impact on satisfaction in work settings.23,24 Other factors to comprehend deeply this particular concept can be discovered by the interpretation of different researches and theoretical studies on this topic.

METHODOLOGY

Data Collection
It will be identified qualitative studies including phenomenologies, ethnographies, grounded theories, and other integrated and coherent descriptions or explanations of nursing professional dignity. Studies will be spotted through searches of the electronic data-bases: Medline, CINAHL, PsycINFO, Sociological Abstracts and Scopus, by combining keywords of nursing professional dignity, respect, nurses dignity, professional respect; these terms, used singly and/or in combination, will include case studies, qualitative studies and truncated terms. The five databases will be chosen because they include a nursing focus, encompass nursing and health-related research or indexed international literature. In particular, CINAHL is known to use methodological indexing terms that accurately capture qualitative research studies25.
The time interval for the database searches will be from 01/01/1995 through 2010. A 15 years period was chosen deliberately to create a manageable sample for analysis. Besides, a hand searching of key qualitative research and ethics journals will be performed (Nursing Ethics, Journal of Medical Ethics, Nursing Philosophy, Bioethics).
Two experienced health sciences librarian will assist with the searches to help ensure that all pertinent studies will be retrieved. Results will not be limited to English language publications.
Qualitative studies conducted from a variety of epistemological and methodological orientations will be included for synthesis because the complementary nature of findings from this particular concept.
There will be two criteria for inclusion into the meta-synthesis: (a) The focus of the study on nursing professional dignity (b) the studies accepted will have to be qualitative or with a philosophical framework. No specifications regarding type of qualitative design will limit inclusion.

Data Analysis
Meta-synthesis research in nursing signals a new era in nursing theory and method and evokes ontological, epistemological, and methodological questions related to doing research on research.
The analysis of data in this study will be inspired by the meta-ethnographic method developed by Noblit and Hare.26 This method is a process of re-conceptualisation of themes across qualitative and theoretical studies. This task involves the transfer of ideas, concepts and metaphors across different researches. Interpretations and explanations in the original studies undergo a process of deconstruction, translation and reconstruction. This process is a means to grasp the particular within the whole. A distinguish characteristic of this method is that translations are not literal but are concerned with the preservation of meaning across studies. The basic data that will derive from the reading of the papers selected and will consist of the main concepts or metaphors found in each of the individual works. These concepts will be related to each other and then translated into one another. The synthesis of these findings will make a new whole, and the results of this synthesis could be seen as a basis of an explanatory framework concerning nursing professional dignity. This type of literature review is integrative cause of the particular field of the research and the different types of research designs and multiple qualitative and theoretical studies included.

EXPECTED RESULTS

The results of the research project will be published in both national and international scientific journals. The knowledge produced by the research project will have scientific, societal and educational significance. Nursing, as a profession, can be understood more deeply and fruitfully than before exploring the different factors that constitute nursing professional dignity and this could have a beneficial effect for society and health professionals. Furthermore, this meta-synthesis will shed a light on nursing professional dignity that involves analyses and theory generating syntheses that will remain faithful to the interpretive rendering in each study27. The aim of meta-synthesis is to interpret and integrate, beyond aggregating, the research in the field of the particular phenomenon that has been chosen and to recognize variation and alternative perspectives

PLANNING

	JOB DESCRIPTION	TEAM	PERIOD OF TIME
0	Background analysis	Main researchers	01/11/2012 -30/04/2012
1	Searching and scanning on peer reviewed journals and databases	Main researchers	01/11/2012 -30/04/2012
2	Analysis of data	Main researchers	30/04/2012-30/09/2012
3	Drafting of final research report	Main researchers	01/10/2012-30/11/2012
4	Editing of manuscript	Main researchers	01/12/2012- 31-12.2012
5	End of the project	Main researchers	31/01/2013 -31/04/2013

GANTT CHART

Month	Jan 12	Feb 12	Mar 12	Apr 12	May 12	Jun 12	Jul 12	Sep 12	Oct 12	Nov 12	Dec 12	Apr 13
Background analysis	■	■	■	■								
Searching and scanning on peer reviewed journals and databases	■	■	■	■								
Analysis of data					■	■	■	■				
Drafting of final research report									■	■		
Editing of manuscript											■	
End of the project												■

REFERENCES

1 *Jacobs BB. Respect for human dignity: a central phenomenon to philosophically unite nursing theory and practice through consilience of knowledge. Adv Nurs Sci 2001; 24:17-35.*
2 *Chochinov HM. Dignity-conserving care. A new model for palliative care. JAMA 2002; 287: 2253–60.*
3 *Chochinov HM. Defending dignity. Palliat Support Care 2003; 1: 307–8.*
4 *Chochinov HM. Dignity and the eye of the beholder. J Clin Oncol 2004; 22: 1336–40.*
5 *Chochinov HM., Hack T, Hassard T, Kristjanson L, McClement S and Harlos M. Dignity in the terminally ill: A cross-sectional, cohort study. Lancet 2002; 360: 2026–30.*
6 *Chochinov HM., Hack T, McClement S, Kristjanson L and Harlos M. Dignity in the terminally ill: A developing empirical model. Soc Sci Med 2002; 54: 433–43.*
7 *Lothian K, Philp I. Maintaining the dignity and autonomy of older people in healthcare setting. Brit Med J 2001; 322: 668-70.*
8 *Jacelon CS. The dignity of elders in an acute care hospital. Qual Health Res 2003; 13: 543-56.*
9 *Jacelon CS, Connelly TW, Brown R, Proulx K, Vo T. A concept analysis of dignity for older adults. J Adv Nurs 2004; 48: 76-83.*
10 *Lawless J, Moss C. Exploring the value of dignity in the work-life of nurses. Contemp Nurse 2007; 24: 225-36.*
11 *Gallagher A. Dignity and respect for dignity; two key health professional values: implications for nursing practice. Nurs Ethics 2004, 11: 587-599.*
12 *Jacobson N. Dignity and health: a review, Soc Sci Med 2007; 64: 292–302.*
13 *Armstrong A. Towards a strong virtue ethics for nursing practice. Nurs Philos 2006; 7: 110-24.*
14 *Begley AM. Practising virtue: a challenge to the view that a virtue centred approach to ethics lacks practical content. Nurs Ethics 2005; 12: 622-37.*
15 *Duddle M, Boughton M. Intraprofessional relations in nursing. J Adv Nurs 2007; 59: 29-37.*
16 *Molyneux J. Inter-professional teamworking: what makes teams work well? J Interprof Care 2005; 15: 29-35.*
17 *Pullon S. Competence, respect and trust: key features of successful inter-professional nurse-doctor relationships. J Interprof Care 2008; 22: 133-47.*
18 *Varjus SL, Leino-Kilpi H, Suominen T. Professional autonomy of nurses in hospital settings; a review of the literature. Scand J Caring Sci 2011; 25: 201-7.*
19 *Iliopoulou KK, While AE. Professional autonomy and job satisfaction: survey of critical care nurses in mainland Greece. J Adv Nurs 2010; 66: 2520-31.*
20 *Seedhouse D, Gallagher A. Undignifying institution. J Med Ethics 2002; 28: 368–72.*
21 *Van Yperen N, Hagedoorn M, Zweers M, Postma S. Injustice and employees' destructive responses: the mediating role of state negative affect. Soc Justice Res 2000; 13: 291-312.*
22 *Colquitt JA, Conlon DE, Wesson MJ, Porter COLH, Ng KY. Justice at the millennium: a meta-analytic review of 25 years of organizational justice research. J Appl Psychol 2001; 86: 425-45.*
23 *Kramer M, Hafner LP. Shared values: impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity. Nurs Res 1989; 38: 172-77.*
24 *Flynn L, Carryer J, Budge C. Organizational attributes valued by hospital, home care, and district nurses in the United States and New Zealand. J Nurs Scholarship 2005; 37: 67-72.*
25. *Flemming K., Briggs M (2006). Electronic searching to locate qualitative research: evaluation of three strategies. Journal of Advanced Nursing, 57 (1): 95-100.*
26 *Noblit G and Hare R. Metaethnography: Synthesizing Qualitative Studies, Vol. 11. London: SAGE, 1988.*
27 *Barroso, J., Gollop, C. J., Sandelowski, M., Meynell, J., Pearce, P. F., & Collonis, L. J. (2003). The challenges of searching for and retrieving qualitative studies. Western Journal of Nursing Research, 25, 153-178.*

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

Dignità professionale infermieristica: una metasintesi

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

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD. 2.12.4

TITOLO PROGETTO

Dignità professionale infermieristica: una metasintesi

ABSTRACT

Background
Il primo aspetto della dignità (dignità dei pazienti) è un valore intrinseco, dimostrato dai professionisti della salute, soprattutto degli infermieri. La dignità dei pazienti, è stata studiata approfonditamente da diverse professioni del settore sanitario. Il secondo aspetto della dignità, ovvero il diritto professionale all'autostima, è un concetto poco esplorato e poco chiaro nel nursing e per gli infermieri e che richiede ulteriori chiarimenti.
Disegno
Meta-sintesi degli studi qualitativi e teorici.
Metodo
Diversi database elettronici devono essere consultati per identificare gli studi pubblicati tra gennaio 1995 e dicembre 2010. Ulteriori ricerche saranno condotte manualmente consultando riviste di etica pertinenti (Journal of Medical Ethics, Nursing Philosophy, Nursing Ethics, Bioethics) e contattando i rispettivi editori.
Risultati
Ottenere una comprensione più completa della dignità professionale degli infermieri e chiarire meglio i vari fattori coinvolti nel fenomeno per aggiungere nuove conoscenze a questo concetto.

BACKGROUND

La dignità professionale degli infermieri dovrebbe essere mantenuta nella pratica di ogni giorno, soprattutto nei rapporti con gli utenti dei servizi sanitari e gli altri professionisti. Il primo aspetto della dignità (dignità dei pazienti) è un valore intrinseco, dimostrato dai professionisti della salute, soprattutto dagli infermieri. Gli studiosi della professione infermieristica affermano che il "rispetto della dignità umana è il nostro mare, la nostra comunità comune..."[1] e che esso risiede nell'empatico incontro con i pazienti. La dignità dei pazienti è stata ampiamente studiata da diverse professioni del settore sanitario, come sottolineato dalla ricerca empirica, sulle cure palliative e sulla dignità nel morire"[2-6], e sui soggetti anziani e vulnerabili. [7-9] Il secondo aspetto della dignità, quella del diritto all'autostima come professionista, rimane tuttora un concetto poco esplorato [10] e chiaro nel nursing[11]. La dignità professionale degli infermieri, come concetto distinto, non ha una chiara definizione in letteratura, ma la ricerca infermieristica, studi sul lavoro professionale la ricerca sanitaria ed organizzativa hanno fornito alcune descrizioni degli elementi che hanno influenza sulla dignità professionale degli infermieri.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali
Il presente studio avrà lo scopo di esplorare la dignità professionale degli infermieri come un concetto complesso, polivalente, composto da elementi sociali [12] e dalle caratteristiche intrinseche della persona[13] e di aggiungere conoscenze teoriche a questo concetto. Questi elementi sono indissolubilmente interconnessi. I fattori principali di questi due concetti si sovrappongono e sono costituiti da: le caratteristiche personali di ogni persona [14] relazioni intra- e inter-professiona[115], le caratteristiche del posto di lavoro[10], il lavoro di squadra[16], la competenza professionale e l'esperienza degli infermieri[17], il riconoscimento sociale da parte della popolazione e l'autonomia professionale. [18,19]
Come un ulteriore sviluppo di questa revisione, sarà sviluppato un quadro teorico sperimentale sulla dignità professionale degli infermieri.

Obiettivi specifici
Alcuni indicatori della dignità professionale degli infermieri come: la soddisfazione/non-soddisfazione, il rispetto/non rispetto, sono ampiamente trattati in letteratura e riguardano le condizioni organizzative

e umane intercorrelate[20], la giustizia organizzativa nella sua dimensione interazionale[21,22] erano già sottolineate e hanno un forte impatto sulla soddisfazione nell'ambiente di lavoro.[23,24] Altri fattori per una comprensione più profonda di questo concetto possono essere rivelati dall'interpretazione di diverse ricerche e studi teorici su questo argomento.

METODOLOGIA

Raccolta dei dati

Si cercherannodi individuare gli studi qualitativi che comprendono fenomenologie, etnografie, grounded theories e altre descrizioni integrate e coerenti o spiegazioni della dignità professionale del nursing. Gli studi saranno identificati attraverso ricerche di database elettronici: Medline, CINAHL, PsycINFO, Sociological Abstracts e Scopus, combinando le parole chiavi dignità della professione infermieristica, rispetto, dignità degli infermieri, rispetto professionale; questi termini, utilizzati singolarmente o in combinazione, comprenderanno casi di studio, studi qualitativi e termini troncati. Saranno scelti i cinque database perché includono un focus infermieristico, comprendono la ricerca infermieristica e sanitaria o la letteratura internazionale indicizzata. In particolare, CINAHL è noto per i termini di indicizzazione metodologici che catturano con precisione i disegni della ricerca qualitativa[25].

L'intervallo di tempo per le ricerche dei database sarà dal 01/01/1995 fino al 31/12/2010. Un periodo di 15 anni è stato scelto deliberatamente per creare un campione gestibile per l'analisi. Inoltre, sarà effettuata una ricerca manuale delle principali riviste di etica e ricerca qualitative (Journal of Medical Ethics, Nursing Ethics, Nursing Philosophy, Bioethics).

Due bibliotecari esperti di scienze della salute assisteranno con il reperimento bibliografico di risorse al fine di garantire che tutti gli studi vengano recuperati. I risultati non saranno limitati alle pubblicazioni in lingua inglese.

Saranno due i criteri per l'inclusione nella meta-sintesi: il core dello studio dovrà essere sulla dignità professionale; (b) gli studi accettati dovranno essere qualitativi o fondati su un quadro filosofico teoretico. Le specifiche per quanto riguarda il tipo di design qualitativo non ne limiteranno l'inclusione.

Analisi dei dati

La ricerca meta-sintesi in infermieristica segnala una nuova era nella teoria e metodo ed evoca interrogativi ontologici, epistemologici e metodologici sulla ricerca della ricerca. L'analisi dei dati in questo studio sarà ispirata al metodo meta-etnografico sviluppato da Noblit e Hare.[26] Questo metodo è un processo di re-concettualizzazione dei temi attraverso studi qualitativi e teorici. Questa operazione comporta il trasferimento di idee, concetti e metafore attraverso diverse ricerche. Le interpretazioni e le spiegazioni negli studi originali subiscono un processo di decostruzione, di traduzione e di ricostruzione. Questo processo è un mezzo per cogliere il particolare all'interno del generale. Una caratteristica distinta di questo metodo è che le traduzioni non sono letterali, ma cercano di preservare il significato tra uno studio e l'altro. I dati di base che deriveranno dalla lettura dei documenti selezionati, comprenderanno i concetti principali o le metafore riscontrate in ciascun lavoro. Questi concetti saranno correlati tra loro e poi tradotti. La sintesi di questi risultati creerà un nuovo insieme e i risultati di questa sintesi potrebbero essere visti come base di un quadro esplicativo riguardante la dignità professionale degli infermieri. Questo tipo di revisione della letteratura è integrativa per via del particolare campo della ricerca e dei diversi tipi di disegni di ricerca.

RISULTATI ATTESI

I risultati del progetto di ricerca saranno pubblicati in riviste scientifiche nazionali e internazionali. La conoscenza prodotta dal progetto di ricerca avrà una rilevanza scientifica, sociale ed educativa. L'infermieristica come professione, può essere compresa più a fondo e fruttuosamente rispetto al passato, esplorando i diversi fattori che costituiscono la dignità professionale degli infermieri e questo potrebbe avere un effetto benefico per la società e per i professionisti della salute. Inoltre, questa meta-sintesi getterà luce sul concetto di dignità professionale degli infermieri che comporta l'analisi e la produzione di teorie che rimarranno fedeli alla resa interpretativa di ogni studio[27]. L'obiettivo della meta-sintesi è interpretare e integrare, non solo aggregare, la ricerca nel campo del fenomeno particolare che è stato scelto deve riconoscere prospettive alternative.

PIANIFICAZIONE

Descrizione attività		Risorse impegnate	Durata
0	Analisi di background	Ricercatori principali	01/11/2012 -30/04/2012
1	Revisioni sistematiche delle banche dati	Ricercatori principali	01/11/2012 -30/04/2012
2	Analisi dei dati	Ricercatori principali	30/04/2012 – 30/09/2012
3	Report finale	Ricercatori principali	01/10/2012-30/11/2012
4	Pubblicazione dei risultati	Ricercatori principali	01/12/2012- 31-12-2012
5	Fine del progetto	Ricercatori principali	31/01/2013-31/04/2013

DIAGRAMMA GANTT

Mese	Gen 12	Feb 12	Mar 12	Apr 12	Mag 12	Giu 12	Lug 12	Set 12	Ott 12	Nov 12	Dic 12	Apr 13
Analisi di background	■	■	■	■								
Revisioni sistematiche delle banche dati	■	■	■	■								
Analisi dei dati					■	■	■	■				
Report finale									■	■		
Pubblicazione dei risultati											■	
Fine del progetto												■

BIBLIOGRAFIA

1 *Jacobs BB. Respect for human dignity: a central phenomenon to philosophically unite nursing theory and practice through consilience of knowledge. Adv Nurs Sci 2001; 24:17-35.*
2 *Chochinov HM. Dignity-conserving care. A new model for palliative care. JAMA 2002; 287: 2253–60.*
3 *Chochinov HM. Defending dignity. Palliat Support Care 2003; 1: 307–8.*
4 *Chochinov HM. Dignity and the eye of the beholder. J Clin Oncol 2004; 22: 1336–40.*
5 *Chochinov HM., Hack T, Hassard T, Kristjanson L, McClement S and Harlos M. Dignity in the terminally ill: A cross-sectional, cohort study. Lancet 2002; 360: 2026–30.*
6 *Chochinov HM., Hack T, McClement S, Kristjanson L and Harlos M. Dignity in the terminally ill: A developing empirical model. Soc Sci Med 2002; 54: 433–43.*
7 *Lothian K, Philp I. Maintaining the dignity and autonomy of older people in healthcare setting. Brit Med J 2001; 322: 668-70.*
8 *Jacelon CS. The dignity of elders in an acute care hospital. Qual Health Res 2003; 13: 543-56.*
9 *Jacelon CS, Connelly TW, Brown R, Proulx K, Vo T. A concept analysis of dignity for older adults. J Adv Nurs 2004; 48: 76-83.*
10 *Lawless J, Moss C. Exploring the value of dignity in the work-life of nurses. Contemp Nurse 2007; 24: 225-36.*
11 *Gallagher A. Dignity and respect for dignity; two key health professional values: implications for nursing practice. Nurs Ethics 2004, 11: 587-599.*
12 *Jacobson N. Dignity and health: a review, Soc Sci Med 2007; 64: 292–302.*
13 *Armstrong A. Towards a strong virtue ethics for nursing practice. Nurs Philos 2006; 7: 110-24.*
14 *Begley AM. Practising virtue: a challenge to the view that a virtue centred approach to ethics lacks practical content. Nurs Ethics 2005; 12: 622-37.*
15 *Duddle M, Boughton M. Intraprofessional relations in nursing. J Adv Nurs 2007; 59: 29-37.*
16 *Molyneux J. Inter-professional teamworking: what makes teams work well? J Interprof Care 2005; 15: 29-35.*
17 *Pullon S. Competence, respect and trust: key features of successful inter-professional nurse-doctor relationships. J Interprof Care 2008; 22: 133-47.*
18 *Varjus SL, Leino-Kilpi H, Suominen T. Professional autonomy of nurses in hospital settings; a review of the literature. Scand J Caring Sci 2011; 25: 201-7.*
19 *Iliopoulou KK, While AE. Professional autonomy and job satisfaction: survey of critical care nurses in mainland Greece. J Adv Nurs 2010; 66: 2520-31.*
20 *Seedhouse D, Gallagher A. Undignifying institution. J Med Ethics 2002; 28: 368–72.*
21 *Van Yperen N, Hagedoorn M, Zweers M, Postma S. Injustice and employees' destructive responses: the mediating role of state negative affect. Soc Justice Res 2000; 13: 291-312.*
22 *Colquitt JA, Conlon DE, Wesson MJ, Porter COLH, Ng KY. Justice at the millennium: a meta-analytic review of 25 years of organizational justice research. J Appl Psychol 2001; 86: 425-45.*
23 *Kramer M, Hafner LP. Shared values: impact on staff nurse job satisfaction and perceived productivity. Nurs Res 1989; 38: 172-77.*
24 *Flynn L, Carryer J, Budge C. Organizational attributes valued by hospital, home care, and district nurses in the United States and New Zealand. J Nurs Scholarship 2005; 37: 67-72.*
25. *Flemming K., Briggs M (2006). Electronic searching to locate qualitative research: evaluation of three strategies. Journal of Advanced Nursing, 57 (1): 95-100.*
26 *Noblit G and Hare R. Metaethnography: Synthesizing Qualitative Studies, Vol. 11. London: SAGE, 1988.*
27 *Barroso, J., Gollop, C. J., Sandelowski, M., Meynell, J., Pearce, P. F., & Collonis, L. J. (2003). The challenges of searching for and retrieving qualitative studies. Western Journal of Nursing Research, 25, 153-178.*

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

HF SELF-CARE

COORDINATORE PROGETTO
E. Vellone

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD. 2.12.5

TITOLO PROGETTO

Self-care nel paziente con scompenso cardiaco

ABSTRACT

Lo scompenso cardiaco è uno dei maggiori problemi di salute nel mondo. E' responsabile di frequenti riospedalizzazioni e di un alto tasso di mortalità. Il self-care è la chiave per ridurre le complicanze correlate allo SC. In letteratura è documentato che un appropriato self-care ha effetto sulla qualità di vita dei pazienti e sulla riduzione delle riammissioni ospedaliere. Il presente progetto di ricerca triennale vuole descrivere il self-care nei pazienti con SC (obiettivo n. 1), sperimentare un intervento educativo per migliorare il self-care (obiettivo n. 2) ed elaborare un protocollo educativo evidence-based sul self-care da diffondere su tutto il territorio nazionale (obiettivo n. 3). Per raggiungere l'obiettivo n. 1 si utilizzerà un disegno descrittivo correlazionale e verranno arruolati 1000 pazienti; per l'obiettivo n. 2, si adotterà un disegno sperimentale che coinvolgerà 400 pazienti (200 per ogni braccio di sperimentazione). I risultati ottenuti con il raggiungimento degli obiettivi n. 1 e 2, saranno utilizzati per realizzare l'obiettivo n. 3.

BACKGROUND

La prevalenza e l'incidenza dello scompenso cardiaco (SC) sta aumentando drasticamente, soprattutto negli individui di età superiore ai 65 anni (1, 2). Dopo i 75 anni di età lo SC colpisce fino al 20% della popolazione adulta (3). In Italia si stima che 3 milioni siano i soggetti con SC è la cifra aumenta se si considerano anche i soggetti asintomatici (Ministero della salute, 2007).
Lo SC è la causa del 5% delle ospedalizzazioni, è presente nel 10% dei pazienti ricoverati e rappresenta il 2% della spesa del Sistema Sanitario Nazionale.
La mortalità dello SC è pari al 50% a 4 anni dalla diagnosi mentre il 40% dei pazienti ricoverati per SC muore o viene riospedalizzato entro 1 anno (Ministero della salute, 2007).
Il self-care è un importante fattore mirato alla riduzione delle complicanze correlate allo SC (4) Esso può essere definito come un processo decisionale naturale che richiede consapevolezza dei comportamenti orientati alla salute (4). Il self-care è quindi un set di strategie prese dalla persona per mantenere uno stile di vita ottimale (5).
È dimostrato che lo SC ha un enorme impatto sulla qualità di vita dei soggetti, più di altre malattie croniche. In letteratura è documentato che un appropriato self-care è efficace nel migliorare la qualità di vita dei pazienti e nel ridurre le riammissioni ospedaliere (6). Rientra nelle attività di self-care anche il controllo sui sintomi che spesso i pazienti non praticano, come pure l'aderenza alla terapia, alla dieta e all'attività fisica (7, 8)
L'educazione è una componente fondamentale nel migliorare il self-care dei pazienti con SC (9) (10) e sono stati sviluppati molti programmi educativi finalizzati al miglioramento degli outcome clinici. Gli interventi educativi hanno effetto su diverse variabili come la qualità di vita, le conoscenze sulla gestione della malattia, il numero di riammissioni ospedaliere, costi e tempo di degenza ma è raro che interventi principalmente informativi siano sufficienti a persuadere il paziente ad un cambiamento del proprio atteggiamento e comportamento (11). Infatti è anche dimostrato che la sola conoscenza della malattia è una condizione necessaria ma non sufficiente per aumentare il self-care (12-14).
Il self-care in Italia è ancora poco studiato e non esistono lavori pubblicati su interventi educativi che possano migliorare il self-care. È necessario individuare e testare interventi culturalmente appropriati e questo richiede lo sviluppo di uno specifico programma di ricerca pluriennale. Anche se molti studi riconoscono un'efficacia degli interventi educativi sul self-care, ulteriori studi devono comprovarne un'efficacia sui comportamenti (15).

OBIETTIVI DI PROGETTO

- Studiare il self-care nei pazienti con scompenso cardiaco al fine di individuarne i predittori.
Questo obiettivo sarà raggiunto alla fine del primo anno di attività e porrà le basi per la continuazione del progetto nel secondo anno. il risultati che si otterranno da questo primo anno, saranno una descrizione del self-care nei pazienti con scompenso cardiaco.
- Sperimentare un intervento educativo per migliorare il self-care nei pazienti con scompenso cardiaco. sulla base dei risultati ottenuti nel primo anno verrà predisposto un intervento educativo che si estenderà per tutto il secondo anno della convenzione. i risultati che si otterranno da questo secondo anno saranno una valutazione dell'efficacia dell'intervento educativo sperimentato.
- Elaborare un protocollo educativo da diffondere sul territorio nazionale. con i risultati che si otterranno dall'obiettivo 2 si proporrà un protocollo educativo per i pazienti con scompenso cardiaco che sarà anche proposto nelle opportune sedi politiche al fine di ridurre la spesa sanitaria e migliorare la qualità di vita dei pazienti con scompenso cardiaco. il risultato che si otterrà da questo terso anno di attività sarà la stesura del protocollo educativo e la sua diffusione sul territorio nazionale.

METODOLOGIA

Disegno dello studio
Per l'obiettivo n. 1 si utilizzerà un disegno descrittivo-correlazionale;
per l'obiettivo n. 2 si utilizzerà un trial clinico randomizzato controllato.

Modello concettuale
Tutto il progetto sarà guidato dalla Situation Specific Theory of Heart Failure Self-Care (16). Questo modello implica che il processo del self-care comprenda la self-care maintenance, intesa come mantenimento della stabilità fisiologica attraverso il monitoraggio dei sintomi e l'aderenza ai trattamenti; la self-care management, intesa come riconoscimento e valutazione dei sintomi, implementazione e valutazione dei trattamenti; e la self-care confidence, quale mediatore di tutto il processo del self-care.

Figura 1. Situation Specific Theory of Heart Failure Self-Care

Strumenti
Per raccogliere i dati verranno utilizzati i seguenti strumenti:
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 (SCHFI) (17, 18) utilizzato per misurare i comportamenti orientati al self-care nello SC. La scala misura tre dimensioni del self-care: self-care maintenance, self-care management e self-care confidence.
3. Heart Failure Somatic Perception Scale (HFSAS) (19). Utilizzata per misurare la consapevolezza dei pazienti con SC nel riconoscere i propri sintomi. Alti punteggi a questa scala sono associati ad una migliore percezione dei sintomi. Questo strumento verrà utilizzato solo per l'obiettivo n. 2.
4. Charlson Comorbility Index (CCI) (20). Misura la comorbilità: punteggi più alti documentano la presenza nel pazienti di più patologie.
5. Barthel Index (BI) (21). E' uno strumento che misura l'autonomia funzionale nello svolgere le attività di vita quotidiana.
6. Tailored self-care Satisfaction Scale. E' stata sviluppata per uno studio simile condotto negli USA (Riegel et al., 2011) al fine di valutare la qualità percepita degli interventi educativi personalizzati. Questo strumento verrà utilizzato solo per l'obiettivo n. 2.
7. Mini Mental State Examination (MMSE)(22). Valuta lo stato cognitivo del paziente.
8. The Kansas City Cardiomiopathy Questionnaire (KCCQ) (23). E' una scala per misurare la qualità di vita specifica nello SC.

METODOLOGIA

9. Dutch Heart Failure Knowledge Scale (24), per misurare la conoscenza relativa allo scompenso cardiaco.
10. SF-12 (25), per misurare la qualità di vita generale del paziente con SC.

Campionamento e criteri di inclusione/esclusione
Per l'obiettivo n. 1, si intende arruolare un campione composto da circa 1000 soggetti affetti da SC. Verranno invitati a prendere parte allo studio pazienti con età > ai 18 anni seguiti in ambulatorio o in DH che negli ultimi tre mesi non hanno avuto una sindrome coronarica acuta.
Per l'obiettivo n. 2 si intende arruolare un campione composto da 200 pazienti per ogni braccio della sperimentazione per un totale di 400 soggetti.

Fasi della ricerca
Fase n. 1
In questa fase verrà effettuata una indagine descrittiva al fine di raggiungere l'obiettivo n. 1. L'indagine coinvolgerà circa 1000 soggetti, arruolati in diverse strutture italiane.

Fase n. 2
In questa fase di disegnerà un trial clinico randomizzato controllato al fine di testare l'intervento educativo sui pazienti, finalizzato a migliorare il self-care (obiettivo n. 2). Questa fase prevede anche la formazione degli infermieri che effettueranno l'intervento educativo.

Fase n. 3
Il gruppo di ricerca, una volta ottenuti i risultati dello studio sperimentale, organizzerà iniziative volte alla diffusione ed all'implementazione dei risultati nella pratica clinica.

RISULTATI ATTESI

Questo studio permetterà di avere una overview sul self-care nello SC in Italia capire (obiettivo n. 1), permettendo di individuarne anche i predittori. In secondo luogo (obiettivo n. 2), si potrà conoscere se interventi personalizzati basati sulla motivazione del paziente possano migliorare i livelli di self-care. Sarà possibile inoltre capire se tali interventi hanno un impatto positivo sulle successive ospedalizzazioni del paziente e sulla sua qualità di vita. Quindi, le evidenze prodotte potranno essere diffuse a livello nazionale (obiettivo n. 3).

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

PIANIFICAZIONE

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
1	Revisione bibliografica	Ricercatori Tor Vergata	Maggio 2012
	Per obiettivo n. 1		
2	Predisposizione degli strumenti per la raccolta dati	Ricercatori Tor Vergata	Giugno 2012
3	Formazione per la raccolta dati	Ricercatori Tor Vergata e rilevatori ad hoc	Luglio 2012
4	Raccolta dati	Ricercatori Tor Vergata e rilevatori ad hoc	Agosto 2012 Febbraio 2013
5	Analisi dei dati	Ricercatori Tor Vergata, Statistico	Marzo 2013
6	Elaborazione report intermedio	Ricercatori Tor Vergata	Aprile 2013
	Per obiettivo n. 2		
7	Strutturazione dell'intervento educativo	Ricercatori Tor Vergata e Prof. B. Riegel	Maggio 2013
8	Formazione degli infermieri che effettueranno l'intervento educativo	Ricercatori Tor Vergata, infermieri educatori e Prof. B. Riegel	Maggio 2013
9	Predisposizione degli strumenti per la raccolta dati	Ricercatori Tor Vergata,	Giugno 2013
10	Intervento sperimentale e raccolta dati e follow-up ogni tre mesi per un anno	Ricercatori Tor Vergata, infermieri educatori e personale per la raccolta dati	Luglio 2013 Ottobre 2014
	Per obiettivo n. 3		
11	Elaborazione linee guida per l'educazione dei pazienti con SC	Ricercatori Tor Vergata e Prof. B. Riegel	Novembre Gennaio 2015
12	Diffusione dei risultati dello studio e scrittura del report finale	Ricercatori Tor Vergata	Febbraio 2015 Aprile 2015

DIAGRAMMA GANTT

Mesi 2012	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisione bibliografica	■											
Predisposizione degli strumenti per la raccolta dati		■										
Formazione per la raccolta dati			■									
Raccolta dati				■	■	■	■	■	■	■		
Analisi dei dati											■	
Elaborazione report intermedio												■

Mesi 2013	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Strutturazione dell'intervento educativo	■											
Formazione degli infermieri che effettueranno l'intervento educativo	■											
Predisposizione degli strumenti per la raccolta dati		■										
Intervento sperimentale e raccolta dati e follow-up ogni tre mesi per un anno			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

Mesi 2014	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36
Intervento sperimentale e raccolta dati e follow-up ogni tre mesi per un anno	■	■	■	■	■	■						
Elaborazione linee-guida							■	■	■			
Diffusione dei risultati dello studio e scrittura del report finale										■	■	■

BIBLIOGRAFIA

1. *Kozak LJ, Hall MJ, Owings MF. Trends in avoidable hospitalizations, 1980-1998. Health Aff (Millwood). 2001 Mar-Apr;20(2):225-32.*
2. *Lloyd-Jones D, Adams RJ, Brown TM, Carnethon M, Dai S, De Simone G, et al. Heart disease and stroke statistics--2010 update: a report from the American Heart Association. Circulation. 2010 Feb 23;121(7):e46-e215.*
3. *Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray JJ, Ponikowski P, Poole-Wilson PA, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force f or the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). Eur Heart J. 2008 Oct;29(19):2388-442.*
4. *Riegel B, Moser DK, Anker SD, Appel LJ, Dunbar SB, Grady KL, et al. State of the science: promoting self-care in persons with heart failure: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2009 Sep 22;120(12):1141-63.*
5. *Jaarsma T, Arestedt KF, Martensson J, Dracup K, Stromberg A. The European Heart Failure Self-care Behaviour scale revised into a nine-item scale (EHFScB-9): a reliable and valid international instrument. Eur J Heart Fail. 2009 Jan;11(1):99-105.*
6. *Ditewig JB, Blok H, Havers J, van Veenendaal H. Effectiveness of self-management interventions on mortality, hospital readmissions, chronic heart failure hospitalization rate and quality of life in patients with chronic heart failure: a systematic review. Patient Educ Couns. 2010 Mar;78(3):297-315.*
7. *Sisk JE, Hebert PL, Horowitz CR, McLaughlin MA, Wang JJ, Chassin MR. Effects of nurse management on the quality of heart failure care in minority communities: a randomized trial. Ann Intern Med. 2006 Aug 15;145(4):273-83.*
8. *Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An update on the self-care of heart failure index. J Cardiovasc Nurs. 2009 Nov-Dec;24(6):485-97.*
9. *Stromberg A. The crucial role of patient education in heart failure. Eur J Heart Fail. 2005 Mar 16;7(3):363-9.*
10. *Jaarsma T, Halfens R, Tan F, Abu-Saad HH, Dracup K, Diederiks J. Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. Heart Lung. 2000 Sep-Oct;29(5):319-30.*
11. *Hershberger RE, Nauman DJ, Byrkit J, Gillespie G, Lackides G, Toy W, et al. Prospective evaluation of an outpatient heart failure disease management program designed for primary care: the Oregon model. J Card Fail. 2005 May;11(4):293-8.*

BIBLIOGRAFIA

12. *Roncalli J, Perez L, Pathak A, Spinazze L, Mazon S, Lairez O, et al. Improvement of Young and Elderly Patient's Knowledge of Heart Failure After an Educational Session. Clin Med Cardiol. 2009;3:45-52.*
13. *Powell LH, Calvin JE, Jr., Mendes de Leon CF, Richardson D, Grady KL, Flynn KJ, et al. The Heart Failure Adherence and Retention Trial (HART): design and rationale. Am Heart J. 2008 Sep;156(3):452-60.*
14. *Clark AM, Freydberg CN, McAlister FA, Tsuyuki RT, Armstrong PW, Strain LA. Patient and informal caregivers' knowledge of heart failure: necessary but insufficient for effective self-care. Eur J Heart Fail. 2009 Jun;11(6):617-21.*
15. *Laprerie AL, Trochu JN. [Non-medical and non-instrumental therapy in heart failure]. Rev Prat. 2010 Sep 20;60(7):935-9.*
16. *Riegel B, Dickson VV. A situation-specific theory of heart failure self-care. J Cardiovasc Nurs. 2008 May-Jun;23(3):190-6.*
17. *Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson B. An update on the self-care of heart failure index. J Cardiovasc Nurs. 2009 Nov-Dec;24(6):485-97.*
18. *Riegel B, Carlson B, Moser DK, Sebern M, Hicks FD, Roland V. Psychometric testing of the self-care of heart failure index. J Card Fail. 2004 Aug;10(4):350-60.*
19. *Jurgens CY, Fain JA, Riegel B. Psychometric testing of the heart failure somatic awareness scale. J Cardiovasc Nurs. 2006 Mar-Apr;21(2):95-102.*
20. *Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis. 1987;40(5):373-83.*
21. *Mahoney FI, Barthel DW. Functional Evaluation: The Barthel Index. Md State Med J. 1965 Feb;14:61-5.*
22. *Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini Mental State. A practical method for grading the cognitive state of the patients for the clinicians. J Psychiatr Res. 1975;12:189-98.*
23. *Green CP, Porter CB, Bresnahan DR, Spertus JA. Development and evaluation of the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire: a new health status measure for heart failure. J Am Coll Cardiol. 2000 Apr;35(5):1245-55.*
24. *van der Wal MH, Jaarsma T, Moser DK, van Veldhuisen DJ. Development and testing of the Dutch Heart Failure Knowledge Scale. Eur J Cardiovasc Nurs. 2005 Dec;4(4):273-7.*
25. *Ware J, Kosinski M, Keller S. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. Med Care. 1996;34:220-33.*

POLO PER LA RICERCA

TITOLO SINTETICO

PAI - PROFESSIONAL ASSESSMENT INSTRUMENT

COORDINATORE PROGETTO
M. Zega

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD. 2.12.6

TITOLO PROGETTO

PAI: Professional Assessment Instrument (Sistema informatico di supporto decisionale per l'assistenza infermieristica)

ABSTRACT

Negli ultimi decenni il progressivo aumento della speranza di vita della popolazione, e il contemporaneo incremento delle patologie cronico-degenerative, hanno portato come conseguenza l'aumento di bisogni assistenziali. In un quadro complesso di transizione epidemiologica la professione infermieristica è chiamata a favorire la continuità assistenziale, superando l'approccio prestazionale a vantaggio di una presa in carico, che segua il paziente, per tutto il percorso di cura.
Proprio all'interno di questo contesto si inserisce il progetto di realizzazione e sperimentazione di un sistema computerizzato che faciliti l'identificazione delle diagnosi infermieristiche e dei correlati interventi e risultati di assistenza infermieristica. Tale progetto prevede la costruzione di un programma informatico di supporto all'infermiere nella sua attività di assistenza. In questo modo si tende a facilitare il ragionamento diagnostico e la presa di decisioni da parte dell'infermiere. Inoltre, il sistema informatico, consentirà più facilmente all'infermiere di replicare l'accertamento infermieristico per sopraggiunte modifiche del quadro clinico assistenziale. Ciò consentirà la chiusura di una diagnosi infermieristica e/o Problema Collaborativo, con le connesse attività, consentendo la rimodulazione del piano di assistenza personalizzato in relazione alle mutate condizioni.
Il progetto prevede la sperimentazione sia in assistenza ospedaliera che territoriale con lo specifico obiettivo di testarne la precisione, esaustività e duttilità. Si è stimato che il tempo necessario a produrre una analisi oggettivamente sostenibile è di nove mesi.

BACKGROUND

Negli ultimi decenni il progressivo aumento della speranza di vita della popolazione e il contemporaneo incremento delle patologie cronico-degenerative, hanno portato come conseguenza l'aumento dei bisogni assistenziali. In un quadro complesso di transizione epidemiologica, la professione infermieristica è chiamata a favorire la continuità assistenziale, superando l'approccio prestazionale a vantaggio di una presa in carico, che segua il paziente, per tutto il percorso di cura.
Per favorire questo processo di cambiamento e dare un quadro riassuntivo dell'assistenza infermieristica è necessario l'utilizzo di strumenti che permettano di raccogliere informazioni in maniera sistematica e organizzata.
Sono infatti diversi gli studi sia in Italia che all'estero che evidenziano oltre ad una carenza di dati raccolti, uno scarso utilizzo da parte degli infermieri di un linguaggio standardizzato (1-7).
A causa di ciò in Italia e in molti altri paesi, le informazioni sui bisogni sanitari e sulla appropriatezza delle prestazioni, nonché sui risultati di assistenza, provengono prevalentemente dalla condizione medica dell'assistito (Diagnosis Related Group [DRG]). Vengono ancora tralasciate le informazioni riguardanti lo stato funzionale dell'assistito e la sua risposta umana alla condizione di salute riscontrabile con l'elaborazione di una o più diagnosi infermieristiche.
Alcuni studi (10,11) hanno mostrato che l'inclusione delle diagnosi infermieristiche tra i dati di assistenza sanitaria, indipendentemente dal sistema DRG, possono spiegare i risultati nell'assistenza ospedaliera aumentando il potere esplicativo del sistema DRG. Infatti, le diagnosi infermieristiche associate ai DRG hanno un potere predittivo più elevato (dal 30% al 146% in più) sui giorni di ricovero, sui costi sanitari e sulla mortalità ospedaliera (10,11).
Appare quindi indispensabile, non solo per la professione infermieristica ma anche per il sistema sanitario,

BACKGROUND

lo sviluppo di sistemi informatizzati che prevedano al loro interno dei Minimum Data Set Infermieristici, essenziali per valutare i risultati sugli assistiti e le risorse impiegate (12-14).
E' opportuno considerare però che gli infermieri hanno difficoltà nell'esprimere con accuratezza le diagnosi infermieristiche (5,12,15,16).
Il progetto si pone l'obiettivo di realizzare un sistema informatico di supporto all'attività decisionale dell'infermiere nel formulare il piano di assistenza, basato su una terminologia standard confrontabile anche a livello internazionale e di valutarne l'impatto all'interno delle strutture sanitarie.

OBIETTIVI DI PROGETTO

L'obiettivo di questo progetto è quello di realizzare un sistema informatico di supporto all'attività decisionale dell'infermiere nel formulare il piano di assistenza, basato su una terminologia standard confrontabile anche a livello internazionale e di valutarne l'impatto all'interno delle strutture sanitarie.
Detto programma sarà articolato in tre obiettivi intermedi e consecutivamente inscindibili, ognuno dei quali corrisponderà ad ogni anno della convenzione e precisamente:

1. Studiare un linguaggio infermieristico standardizzato attraverso la struttura delle diagnosi NANDA-I (Gordon, 2008), definire un elenco di attività infermieristiche adatto al contesto italiano e un elenco di complicanze cliniche. Questo obiettivo sarà raggiunto alla fine del primo anno della convenzione e porrà le basi per la continuazione del progetto nel secondo anno. I risultati che si otterranno da questo primo anno, saranno contenuti nell'elenco delle Diagnosi Infermieristiche, delle Complicanze Cliniche e delle attività infermieristiche.
2. Creazione di un algoritmo infermieristico/clinico e sua traduzione in un software tale da generare una documentazione infermieristica informatizzata. Dopo la realizzazione finale del software si prevederà una sperimentazione in vitro dello stesso e uno studio pilota. Successivamente saranno individuati i setting assistenziali presso cui sperimentare il software. Si procederà alla realizzazione di un percorso formativo degli infermieri coinvolti nella sperimentazione prevedendo che lo stesso corso sia accreditato. A questo seguirà l'avvio della sperimentazione che avrà una durata di 9 (nove) mesi. I risultati che si otterranno da questo secondo anno corrisponderanno alla realizzazione del software ed all'avvio della sperimentazione.
3. Continuare ed ultimare la sperimentazione del sistema informatico. Acquisizione e analisi dei dati della sperimentazione. I risultati della sperimentazione permetteranno di definire un linguaggio standardizzato che si proporrà quale contenuto per la definizione di un flusso informativo assistenziale di integrazione ai flussi informativi esistenti. Inoltre, sarà anche proposto nelle opportune sedi politiche al fine di una sua implementazione. Il risultato che si otterrà da questo terso anno permetterà di verificare l'impatto di un sistema informatico clinico che utilizza una terminologia infermieristica standardizzata all'interno di strutture assistenziali e la sua potenziale implementazione.

Obiettivi specifici
1. Creazione di una struttura di sistema basata su classificazioni internazionali
2. Creazione di un algoritmo infermieristico/clinico
3. Realizzazione di un elenco di attività infermieristiche adatto al contesto italiano
4. Realizzazione di un elenco di complicanze cliniche
5. Creazione di una documentazione infermieristica informatizzata
6. Misurazione dell'accuratezza della compilazione della documentazione
7. Misurazione degli atteggiamenti degli infermieri verso l'informatizzazione

Indicatori
Obiettivo 1. Indicatore Sì, No.
Obiettivo 2. Indicatore Sì, No.
Obiettivo 3. Indicatore Sì, No.
Obiettivo 4. Indicatore Sì, No.
Obiettivo 5. Indicatore Sì, No.
Obiettivo 6.Indicatore Numero schede compilate correttamente/Nr. schede compilate
Obiettivo 7. Indicatore Numero di infermieri con atteggiamento positivo/Nr. di infermieri intervistati

METODOLOGIA

Disegno del progetto
Il disegno che guiderà lo studio sarà di tipo descrittivo-correlazionale.
Il progetto in una prima fase che si occuperà della ricerca scientifica e della modalità per la costruzione del sistema informatico. Comprenderà una revisione delle Diagnosi Infermieristiche, estratte dal Gordon – Manuale delle Diagnosi Infermieristiche, degli Interventi e dei Risultati Infermieristici correlati, da includere nel software e nella costruzione dei relativi algoritmi. Una revisione della letteratura sarà eseguita all'interno di banche dati quali Pubmed, Cinahl e Ilisi (per la letteratura italiana) e tramite i testi infermieristici nazionali e internazionali. In egual misura si eseguirà una revisione della letteratura sulle Complicanze Cliniche, dei relativi interventi infermieristici correlati (preventivi di monitoraggio o assistenziali).
La seconda fase prevede la creazione degli algoritmi, in grado di determinare, dopo l'accertamento, in modo automatico la/le diagnosi infermieristica/che, interventi ed attività correlate, integrate con attività relative alle complicanze cliniche. Successivamente l'algoritmo sarà informatizzato, sottoposto ad una sperimentazione in vitro e, sempre in questa fase, oggetto di uno studio pilota.
Al termine dello studio pilota si avvierà l'arruolamento di diverse strutture assistenziali in modo che queste siano rappresentative dei vari setting assistenziali esistenti nel territorio. Si prevede la selezione di una degenza in ospedale per acuti, una degenza in una Residenza Sanitaria Assistenziale e un centro di assistenza domiciliare. Condizione essenziale, per l'inclusione delle strutture nella sperimentazione, è la presenza di almeno un computer all'interno del reparto/servizio. Inoltre, non verranno arruolate strutture in cui non vi sia l'utilizzo di una scheda di accertamento infermieristica da almeno 6 mesi.
Lo studio pilota favorirà la sperimentazione che avrà luogo nella terza fase del progetto, per una durata di nove mesi. Al termine si acquisiranno ed analizzeranno i dati della sperimentazione riferiti ai contenuti di seguito descritti:

A. Oggetto della rilevazione
Oggetto della rilevazione sono i bisogni assistenziali del paziente sono previste 7 sezioni a cui si aggiunge la sezione dei dati identificativi:
1. Informazioni Identificative;
a. Dati anagrafici Assistito (Nome, Cognome ,….)
2. Scheda di accertamento diagnostico;
3. Identificazione delle diagnosi infermieristiche;
4. Identificazione della/e Complicanze Cliniche (C.C.);
5. Identificazione degli Obiettivi;
6. Definizione degli Interventi Infermieristici;
7. Identificazione dei Risultati .
8. Attività infermieristiche correlate ad ogni singola Complicanza Clinica;

B. Funzioni
Il software avrà tra le sue funzioni quella di facilitare il riconoscimento e l'accurata espressione delle Diagnosi Infermieristiche tramite i propri fattori correlati e le proprie caratteristiche definenti (segni/sintomi).
Una volta effettuato l'accertamento infermieristico il sistema fornisce:
1. una serie di diagnosi suggerite automaticamente;
2. una valutazione relativa alla/e diagnosi;
3. gli interventi relativi alla/e diagnosi.
Dopo aver effettuato la scelta della(e) diagnosi prioritarie per l'assistito insieme all'eziologia (fattori correlati), segni e sintomi, il sistema suggerirà una serie di interventi prioritari tra i quali l'infermiere sceglierà quelli da programmare per il raggiungimento degli obiettivi di assistenza. Per ogni intervento l'infermiere troverà una serie di attività tra cui individuerà le più appropriate alla personalizzazione dell'intervento.
Il sistema dovrà consentire, per l'ambito dell'integrazione professionale, l'individuazione della(e) complicanze cliniche associate a specifiche patologie e una volta scelto le complicanze il sistema fornirà una serie di interventi possibili.
In questo modo, il software facilita il ragionamento diagnostico e la presa di decisioni da parte dell'infermiere clinico. Questo perché le Diagnosi Infermieristiche e le Complicanze Cliniche, con le attività assistenziali a queste associate, vengono automaticamente suggeriti dal sistema.
Il sistema, inoltre, consentirà all'infermiere di replicare l'accertamento infermieristico permettendo la rimodulazione del piano di assistenza personalizzato in relazione alle mutate condizioni.
E' prevista una diaria giornaliera, per ogni paziente, alimentata automaticamente dalle attività scelte ed a cui si aggiunge un'area per i commenti alle singole attività ed una riassuntiva.
Infine è prevista una scheda di dimissione dove sono riportate la/e D.I. e la/e C.C. relative all'ultimo accertamento infermieristico e le "note" in cui saranno riportate le indicazioni relative a forme e setting assistenziali necessari alla continuità assistenziale.

RISULTATI ATTESI

Dal presente studio ci si aspetta di ottenere un insieme minimo di elementi informativi, con definizioni e categorie uniformi relative alla dimensione specifica dell'assistenza infermieristica. Si auspica che l'utilizzo sistematico fornisca la possibilità di aggregare dati uniformi, standard e confrontabili attraverso vari set assistenziali e varie tipologie di assistiti. Ciò consentirebbe, oltre alla valutazione del contributo dell'assistenza infermieristica sui risultati di assistenza, la Continuità Assistenziale dall'ospedale verso il territorio e dal territorio verso l'ospedale.
Inoltre , una visione dei fattori favorenti ed ostacolanti all'implementazione di un sistema informatico, permetterà di individuare quali siano gli atteggiamenti degli utilizzatori verso il sistema e come questi si modifichino nel tempo.
Infine, ci si attende che l'utilizzo di tale sistema migliori l'accuratezza della documentazione infermieristica e il ragionamento diagnostico.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Analisi di sfondo e valutazione impatto	Project manager, Coordinatori	01/05/2012 -31/05/2012
Ricerca bibliografica	coordinatori e project team	01/06/2012 -15/06/2012
Revisione delle Diagnosi Infermieristiche	Project manager e coordinatori e project team	16/06/2012-16/08/2012
Revisione della letteratura in materia di complicanze cliniche a cui sono correlati interventi infermieristici	Coordinatori e project team	17/08/2012-15/09/2012
Revisione ed ampliamento del nomenclatore (IPASVI 2002)	Coordinatori e project team	16/09/2012-14/12/2012

DIAGRAMMA GANTT

	GENNAIO – DICEMBRE 2012				GENNAIO - DICEMBRE 2013				GENNAIO - DICEMBRE 2014			
Presentazione del progetto	■											
Definizione linguaggio standardizzato 1		■	■									
Definizione linguaggio standardizzato 2				■	■							
Progettazione algoritmo				■	■							
Informatizzazione del sistema						■						
Studio pilota formazione del personale							■					
Analisi, correzioni formazione personale								■				
Sperimentazione del software									■	■	■	
Report dei dati e elaborazione												■ ■
Analisi e valutazione dei risultati												■

BIBLIOGRAFIA

1. *Boccoli, E., Lavazza, L., Tomaiuolo, M., Brandi, A., Melani, A.S., & Trianni, G. (2001). Contenuto e struttura della documentazione infermieristica nell'Azienda ospedaliera Careggi, Firenze, nel 1998: risultati e prospettive. Epidemiologia e prevenzione, 25(4-5), 174-180*
2. *Corsi, M., & Placenti, F. (2004). La qualità della documentazione infermieristica nelle strutture sanitarie. Professioni Infermieristiche, 57(1), 5-13.*
3. *Piu, F. (2005). La documentazione infermieristica come strumento di misurazione della complessità assistenziale e di pianificazione dell'assistenza. Management Infermieristico, 11 (2), 36-42.*
4. *Cheevakasemsook, A., Chapman, Y., Francis, K., & Davies, C. (2006). The study of nursing documentation complexities. International Journal of Nursing Pracitce, 12(6), 366-374.*
5. *Müller-Staub, M., Needham, I., Odenbreit, M., Lavin, M.A., van Achterberg, T. (2007). Improved quality of nursing documentation: results of a nursing diagnoses, interventions, and outcomes implementation study. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 18(1),5-17.*
6. *Forti, E., & Manteo, A. (2008). L'utilizzazione delle diagnosi secondo la classificazione Nanda ed il modello NIC/NOC nell'ospedale S.Giovanni Calibita Fatebenefratelli. Infermiere Oggi, 18(1), 22-25.*
7. *Saranto, K., & Kinnunen, U.M. (2009). Evaluating nursing documentation - research designs and methods: systematic review. Journal of Advanced Nursing, 65(3), 464-476.*
8. *Sansoni, J., & Giustini, M. (2003). Visibilità infermieristica: l'I.C.N.P. potrebbe aiutare? Professioni Infermieristiche, 56(3), 131-142.*
9. *Lavin, M.A., Avant, K., Craft-Rosenberg, M., Herdman, T.H., & Gebbie, K. (2004). Contexts for the study of the economic influence of nursing diagnoses on patient outcomes. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications, 15(2), 39-47.*
10. *Welton, J.M., & Halloran, E.J. (1999). A comparison of nursing and medical diagnoses in predicting hospital outcomes. Transforming health care through informatics: Cornerstones for a new information management paradigm. Proceedings from AMIA 1999 Annual Symposium, 171-175.*
11. *Welton, J.M., Halloran, E.J. (2005).. The Journal of Nursing Administration, 35(12), 541-549.*
12. *Thoroddsen, A., & Ehnfors, M. (2007). Putting policy into practice: pre-and Nursing diagnoses, diagnosis-related group, and hospital outcomes posttests of implementing standardized languages for nursing documentation. Journal of Clinical Nursing, 16(10), 1826-1838.*
13. *von Krogh, G., Nåden, D. (2008a). A nursing-specific model of EPR documentation: organizational and professional requirements. Journal of Nursing Scholarship, 40(1), 68-75.*
14. *Urquhart, C., Currell, R., Grant, M.J., Hardiker, N.R. (2009). Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews, 21(1).*
15. *Müller-Staub, M., Lavin, M.A., Needham, I., van Achterberg, T. (2006). Nursing diagnoses, interventions and outcomes - application and impact on nursing practice: systematic review. Journal of Advanced Nursing, 56(5), 514-531.*
16. *Lunney, M. (2010). Il pensiero critico nell'assistenza infermieristica: Casi clinici con Nanda-I, NOC e NIC. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.*

POLO PER L'ISTRUZIONE

TITOLO SINTETICO

IL CASE MANAGEMENT IN SALUTE MENTALE

COORDINATORE PROGETTO
I. Moriconi

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD. 2.12.7

TITOLO PROGETTO

Il case management in salute mentale: valutazione degli esiti assistenziali (attraverso l'utilizzo della scala HoNOS)

ABSTRACT

Questa ricerca nasce dall'esperienza maturata nel DSM della ASL RM A, dal luglio 2010 al dicembre 2011. I dati rilevati in questi 18 mesi hanno confermato l'utilità dele Progetto Case Manager infermieristico in quanto un'assistenza qualificata e personalizzata secondo il modello della presa in carico, sui pazienti coinvolti, ha prodotto risultati migliorativi valutati con scala HoNOS. Da un punteggio di gravità pari a 14 si e'giunti ad un punteggio di 11,3. Tale scala va a valutare le differenze che i pazienti mostrano a livello sintomatologico e comportamentale. Questo lavoro nella sua complessità assistenziale ha contribuito al miglioramento della salute dell'utenza, intesa nel suo significato più completo.
Ciò ci ha portato a promuovere questa metodologia assistenziale anche presso altri Dipartimenti di Salute Mentale che hanno aderito a questo progetto: ASL RM B e SPDC dell'Ospedale S. Andrea e SPDC Policlinico Umberto I.
. Da qui l'idea di impostare un lavoro di ricerca che potesse documentare in modo scientifico il nostro agire professionale e dimostrare allo stesso modo i risultati conseguiti. sempre più evidente per la nostra professione è il bisogno di lavorare con una valutazione degli obiettivi raggiunti e dimostrare la validità del nostro operato in base ai principi EBN.
Il disegno di ricerca è di tipo quantitativo, longitudinale, multicentrico, descrittivo degli esiti raggiunti.

BACKGROUND

Il termine case management inizia a comparire nella letteratura infermieristica americana alla metà degli anni ottanta per indicare un processo di erogazione di prestazioni sanitarie incentrato sul cliente e avente l'obiettivo di integrare al massimo gli interventi necessari, evitandone la frammentazione e la casualità. Garantisce un'assistenza appropriata e migliora la qualità della vita contenendo i costi.
Il case management rappresenta una modalità d'intervento della Community Care che possiamo definire, in generale, uno strumento articolato , integrato e complesso di risposta al bisogno. Il rapporto OMS del 2001 dedicato alla salute mentale definisce la Community Care come l'assistenza psichiatrica nella comunità locale, sinonimo di rispetto e crescita dei diritti e del concetto di empowerment delle persone che soffrono di disturbi psichiatrici. La Community Care con il ruolo dell'infermiere case manager punta alla realizzazione di un'assistenza flessibile e fortemente personalizzata, unita a un approccio razionale e di contenimento dei costi e delle risorse. Nel percorso di cura-asistenza questo professionista/operatore "imprenditore creativo", del bisogno bio psicosociale, oltre che fungere da pianificatore, valutatore e collaboratore svolge anche l'importante ruolo di educatore e consulente. Il case manager è un mediatore e facilitatore nella rete dei servizi, può essere direttamente impegnato nelle azioni offerte, ma svolge soprattutto un'azione di regia e di coordinamento del progetto. È responsabile di seguire la situazione in ogni suo momento, ma la responsabilità resta dell'equipè. La realizzazione di un tale orientamento prevede un lavoro di rete con tutti gli attori nella scena terapeutica, in modo da promuovere e concretizzare un reale empowerment.
In un'era di forti cambiamenti nel campo sanitario come quelli che stiamo vivendo per la sopravvivenza dei sistemi sanitari e delle organizzazioni, per garantire l'appropriatezza delle cure ai cittadini occorre trovare modelli innovativi di controllo dei costi e di contestuale incremento della qualità dei servizi sanitari.
La scelta della scala di valutazione HoNOS deriva dal fatto che tale strumento riesce a coniugare una buona affidabilità sulla misurazione dei sintomi, dei comportamenti e delle variabili relazionali. Gli infermieri della ASL RM A e RM B già usavano tale strumento e gli infermieri degli SPDC dell'Ospedale S. Andrea e del

BACKGROUND

Policlinico Umberto 1° sono stati formati prima di iniziare il lavoro di ricerca e di raccolta dati (15/6/2012). La scala Honos ha dimostrato nella letteratura scientifica una buona affidabilità e validità interna come strumento atto a misurare l'outcome dell'assistenza degli operatori sanitari nel campo della salute mentale. Nell'articolo "HoNOS: is there any point in training clinicians?" (Rock., Preston 2001) che descrive il risultato della formazione sulla scala HoNOS per gli infermieri e i caregiver di pazienti psichiatrici in australia, si evince la semplicità e l'affidabilità dell'applicazione degli operatori versus gli utenti. Ciò porta a una più facile interpretazione e analisi dei risultati. In "The reliability and validity of the Health of the Nation Outcome Scales: validation in relation to patient derived measures." di Brooks , l'autore nello studio che ha come obiettivo l'analisi della proprietà psicometrica della scala in oggetto ha confrontato la scala HoNOS con il Symptom Checklist 90 Revised (SCL90-R) e il terzo studio ha esaminato la validità delle Honos con la Short-Form 36 (SF-36). Risultati: Il primo studio ha mostrato un miglioramento dell'affidabilità della HoNOS dovuto alla formazione. Il secondo studio non ha trovato alcuna correlazione tra il SCL90-R e le Honos al momento del ricovero (r = 0,04) e scarico (r = 0,06). Il terzo studio non ha trovato alcuna correlazione significativa tra il punteggio della componente mentale del SF-36 e le Honos in materia di ammissione (r = -0,033), né sullo scarico (r = -0,104). Conclusioni: La Honos dimostra una migliore attendibilità con interazione moderata.
Da qui la scelta della scala HoNOS come strumento del nostro progetto di ricerca

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivo generale
Valutazione e monitoraggio del processo di miglioramento assistenziale basato sulla logica di presa in carico globale da parte dell'ICM per garantire il miglioramento delle cure in termini di processo di empowerment, recovery e abilità di advocacy.

Obiettivi specifici:
1. Prevenzione/riduzione delle ricadute e effetto revolving door (esiti economici).
2. Aumento della compliance all'adesione del piano terapeutico e del coinvolgimento del percorso assistenziale e riabilitativo.
3. Monitoraggio costante dei sintomi e loro precoce trattamento attraverso strumenti di valutazione che ci guidano sempre più in un'ottica di MCQ e di Clinical Governance.
4. Inserimento/reinserimento del paziente complesso nella rete familiare con riduzione delle conflittualità e delle patologie intrafamiliari.
5. Supporto agli utenti, nel percorso verso una maggiore autonomia.

Indicatori
- Numero test HoNOS somministrati (ogni 3 mesi) su numero pazienti arruolati nel campione.
- Unadiagnosi infermieristica NANDA per ogni paziente.

METODOLOGIA

Campo di indagine
Secondo la letteratura scientifica la definizione di paziente "complesso" appare più congrua per la definizione dell'oggetto di ricerca con criteri di inclusione (almeno tre presenti tra quelli sottocitati):
- pazienti con disturbo severo nell'area della psicosi, resistente e/o non -compliant
- difficoltà/resistenze a frequentare servizi DSM
- rete familiare/sociale assente, scarsa o altamente conflittuale
- un ricovero negli ultimi tre anni
- uno o più TSO negli ultimi tre anni
- disturbo compotrtamentale o comorbilità con l'uso di stupefacenti/droghe
- stato di abbandono o presa in carico insufficiente

Campione rappresentativo: non-probabilistico di convenienza
250 utenti: utenti complessi in carico nei DSM della ASL RM A e RM B (anche ricoverati presso gli SPDC di riferimento territoriale (S. Pertini, Policlinico, O. S. Andrea) con i seguenti criteri di inclusione:

a) sesso: M F
b) età 26-50 aa.
c) Residenti nelle ASL RM A- RM B-
d) STP + Ricoverati negli SPDC: Pertini – S. Andrea – Policlinico Umberto I°

- il numero di pazienti seguiti insieme con o senza le famiglie, risulta:
- 3/4 per ogni infermiere dei CSM ;

METODOLOGIA

- 2/3 per ciascun infermiere dei Centri Diurni ;
- 1/2 per ciascun infermiere che lavora nelle Comunita' Terapeutiche;
- i reparti SPDC partecipano, al momento del ricovero, sugli utenti inclusi nel
- campione, quando il ricovero cade nel timing di rilevazione.

Strumenti:
- Cartella infermieristica (tassonomia infermieristica in psichiatria).
- Scala HoNOS
- Percorso formativo : il case management
- Modelli organizzativi utilizzati: Case management
- Modelli teorici utilizzati: H Peplau

RISULTATI ATTESI

Miglioramento degli outcome assistenziali mediante minore rating score misurato dalla Scala HONOS in 18 mesi di attività.
Rilevanza (Asl Roma A, Asl Roma B, .S. Andrea, Policlinico Umberto I)

PIANIFICAZIONE

	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Analisi di sfondo	Spdc S. Andrea	02/05/2012 -21/05/2012
Identificazione gruppo di lavoro	Project manager, Coordinatori ASL -Project Team	21/05/2012 -14/06/2012
Scelta strumenti di indagine	Project manager – coordinatori ASL e project team	28/05/2012 -06/06/2012
Somministrazione HoNOS	Coordinatori e project team con tutti gli infermieri dei DSM ASL RM A-B- O.S.Andrea, SPDC Az. O. Policlinico Umberto 1°	30/06/2012-30/09/2012-30/12/2012-31/03/2013-30/06/2013-30/09/2013-30/12/2013
Inserimento Dati	Coordinatori , project team e collaboratori referenti ICM in ciascun servizio	01/07/2012-31/10/2012-28/02/2013- 30/04/2013-31/07/2013- 31/10/2013 31/01/2014
Formazione	Coordinatori ASL, Project Team, Collaboratori e infermieri dei servizi aziendali considerati nel campione	Gennaio marzo 2013
Elaborazione dati	Statistico	31/01/2014 -28/02/2014
Stesura report di ricerca	Coordinatori e project team	08/01/2014-28/02/2014
Pubblicazione finale	Project manager Coordinatori ASL e project team	31/03/2014-31/05/2014
Chiusura progetto	Project manager Coordinatori e project team	30/06/2014-01/09/2014

DIAGRAMMA GANTT

MESE	Giu 12	Lug	Set	Ott	Nov	Dic	Gen 13	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu
1^ Somministrazione scala HoNOS												
Elaborazione statistica dati raccolti												
2^ Somministrazione Honos												
Elaborazione statistica												
3^ Somministrazione Honos												
Elaborazione statistica												
Corso formazione ECM												
4^ Somministrazione Honos												
Elaborazione statistica												

DIAGRAMMA GANTT

MESE	Gen 14	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic
5^ Somministrazione Honos												
Elaborazione statistica												
6^Somministrazione Honos												
Elaborazione statistica												
7^ somministrazione Honos												
Elaborazione statistica												
Stesura report di ricerca												
Pubblicazione finale												
Chiusura progetto												

BIBLIOGRAFIA

Brooks R. (2000), The reliability and validity of the Health of the Nation Outcome Scales: validation in relation to patient derived measures, Aust N J Psychiatry, 34(3):504-11.
Balint M. (1961). Medico, paziente, malattia. Feltrinelli, Milano.
Brusa D. (2009), Applicazione del modello del Case Management all'interno di un servizio psichiatrico territoriale: ruolo del coordinatore, tesi non pubblicata, Università Tor Vergata Roma.
Carozza P. (2010). Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione. FrancoAngeli: Milano.
Cassis I. (2006), Modello territeriale psichiatrico di Cesano Maderno. L'Infemiere Case Manager in psichiatria. L'Infermiere, Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi, 7.
Chiari P., Santullo A. (2011). L'infermiere case manager. Dalla teoria alla prassi. 2 ed.. McGraw.Hill: Milano.
Fain J.A., ed. ital. Vellone E. (a cura di), La ricerca infermieristica – leggerla, comprenderla, applicarla, McGraw-Hill: Milano.
Flarey D.L., Blanchett Smith S. (1996), Handbook of nursing case management: health care delivery in a world of Case Manager, Aspen Publications.
LoBiondo G.-Wood Haber J. (2002). Metotologia della ricerca infermieristica. 5 ed. Milano: McGraw.Hill.
Newell M. (1996). Using nursing Case Management to improve health outcomes, Aspen Publications.
Pontello G. (1998), Il management infermieristico. Organizzare e gestire i servizi infermieristici negli anni 2000, Masson, Milano.
Payne M. (1998), Case Management e servizio sociale, Erickson, Trento.
Magrin P. (2006), L'infermiere case manager: strumento per la qualità assistenziale, Feedback 3-4, Roma.
Rock D, Preston N. (2001), HoNOS: is there any point in training clinicians?, J Psychiatr Ment Health Nurs. 8(5):405-9.

POLO PER L'ISTRUZIONE

TITOLO SINTETICO

DIMISSIONE INFERMIERISTICA IN SPDC

COORDINATORE PROGETTO
M.G. Proietti

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD. 2.12.8

TITOLO PROGETTO

Efficacia di un programma di dimissione infermieristica per il miglioramento dell'aderenza farmacologica del paziente ricoverato in SPDC

ABSTRACT

Introduzione. In ambito psichiatrico la scarsa aderenza al regime terapeutico rappresenta una problematica clinica particolarmente rilevante. La non aderenza alla terapia farmacologica prescritta infatti rappresenta una delle cause principali di recidiva e di riammissione in ospedale, anche in tempi brevissimi (fenomeno del revolving door). Ciò determina un aumento dei costi per il SSN (Servizio Sanitario Nazionale) e una crescente difficoltà a gestire efficacemente i posti letto nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC). Ulteriori problemi correlati alla scarsa aderenza terapeutica consistono nell'aumento del carico familiare, nei rischi dell'istituzionalizzazione, nella mortalità diretta (ad esempio per suicidio) e indiretta (ad esempio abitudini o condizioni di vita sfavorevoli), fino ai casi di omicidio in pazienti con comportamenti etero aggressivi(1).
Obiettivo. Questo studio si propone di indagare se un programma di dimissione infermieristica basato su interventi di informazione del paziente, di distribuzione dei farmaci direttamente in ospedale e di follow up telefonico, sia efficace nel favorire l'aderenza terapeutica e migliorare la soddisfazione percepita del paziente.
Metodo. Il livello d'informazione sul trattamento farmacologico è valutato attraverso la SIMS (*Satisfaction with information about medicine scale)*.
Per valutare la percezione dell'utilità del ricovero, della qualità dell'assistenza infermieristica erogata, nonché la soddisfazione per le informazioni ricevute sulla propria salute e sulla terapia farmacologica, è somministrato un questionario di soddisfazione basato sul "The General Satisfaction Questionnaire (Gsq)"(2).
Per valutare il cambiamento nel grado di aderenza al regime farmacologico a seguito dell'intervento, viene somministrata al paziente la scala di valutazione *Drug Attitude Inventory* (DAI).
Durante la telefonata di *follow up*, massimo entro 15 giorni dalla dimissione, sarà valutato il livello di aderenza al trattamento prescritto attraverso la somministrazione della scala MMAS (*Moriski Medication Adherence Scale*).

BACKGROUND

L'aderenza (*adherence*) è definita come *l'atto di formare un attaccamento stabile e fiducioso a un partito, un principio o una causa* (3). Probstfield (4) utilizza per la prima volta il termine di "aderenza" – e "non aderenza" - in riferimento a una relazione terapeutica in cui l'enfasi è spostata sulla partecipazione del paziente alle scelte terapeutiche. Tale concetto concorre a superare la posizione di subalternità del paziente nei confronti del sanitario, espressa dai termini *compliance* e adesione, laddove per compliance si intende la coincidenza del comportamento di un soggetto con la prescrizione medica e per adesione la generica accettazione a priori del trattamento proposto, prima che questo venga iniziato (5).
La non aderenza alla terapia farmacologica prescritta rappresenta una delle cause principali di recidiva e di riammissione in ospedale, anche in tempi brevissimi. Questo comporta un aumento dei costi per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e una crescente difficoltà a gestire efficacemente i posti letto nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC). Ulteriori problemi correlati alla scarsa aderenza terapeutica consistono nell'aumento del carico familiare, nei rischi dell'istituzionalizzazione, nella mortalità diretta (ad esempio per suicidio) e indiretta (ad esempio per abitudini o condizioni di vita sfavorevoli), fino ai casi di omicidio in pazienti con comportamenti etero aggressivi (6).

BACKGROUND

Data la rilevanza del fenomeno e le implicazioni sul piano economico e clinico, anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) si è occupata del problema(6): il 50% dei soggetti in trattamento per patologie croniche non assume adeguatamente le terapie, con conseguente riduzione dell'efficacia dei trattamenti, maggiore morbilità associata alle patologie in corso e aumento dei costi sanitari. Viene pertanto sottolineata la necessità di supportare il paziente nell'assunzione delle terapie, anche attraverso un approccio multidisciplinare che tenga conto della complessità del fenomeno dell'aderenza e impegni alla pianificazione di possibili strategie ricercatori, clinici, politici e operatori sociali. Tra i fattori di rischio di non aderenza l'OMS individua la difficoltà di accesso alle cure, oltre al costo elevato dei farmaci.
Nel documento dell'OMS si afferma che "… *gli infermieri rappresentano gli operatori che maggiormente possono incidere sul fenomeno data la numerosa e trasversale presenza nei luoghi di cura. Interventi infermieristici utili per favorire l'aderenza devono avvalersi di approcci innovativi, che prevedano l'adozione di nuovi modelli assistenziali anche supportati da nuovi e idonei presidi e strumenti*" (7).
Per la prevenzione della non aderenza, invece, alcuni studi indicano la combinazione di interventi quali: l'educazione e l'informazione del paziente (8), il supporto sociale e istituzionale (9), lo sviluppo di competenze comportamentali da parte del paziente (10-11), il follow-up telefonico (12).

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali
Questo studio si propone di indagare se un programma di dimissione infermieristica basato su interventi di informazione del paziente, di distribuzione dei farmaci direttamente in ospedale e di follow up telefonico, sia efficace nel favorire l'aderenza terapeutica e migliorare la soddisfazione percepita del paziente

Obiettivi specifici
- Valutare la misura in cui un programma di dimissione infermieristica favorisca l'aderenza terapeutica, rispetto a nessun intervento;
- Valutare in che misura l'adesione alle cure si traduca in un miglioramento dell'utilità percepita del ricovero in SPDC da parte del paziente e in un contenimento dei ricoveri ripetuti (revolving door);
- Valutare il rapporto costi/benefici nell'applicazione del programma di dimissione infermieristica;
- Valutare gli effetti del programma sull'immagine e sulla soddisfazione professionale dell'infermiere.

Indicatori
- Adesione degli SPDC del Lazio (%)
- Partecipazione all'evento formativo degli infermieri di ciascun SPDC (%)
- Partecipazione alla ricerca degli infermieri di ciascun SPDC (%)
- Partecipazione alla ricerca dei pazienti che rispondono ai criteri di inclusione (%)

METODOLOGIA

Campione
Sono inclusi nello studio tutti i pazienti con diagnosi DSM-IV-TR di schizofrenia con età inferiore ai 30 anni ricoverati presso il SPDC. Sono esclusi dallo studio i pazienti affetti da ritardo mentale, coloro che sono soggetti a procedimenti di interdizione e coloro che presentano un ulteriore diagnosi di abuso di sostanze alcoliche e/o stupefacenti. Sono inoltre esclusi i pazienti inviati, alla dimissione, presso altre strutture (cliniche, comunità, ecc.) e quelli con degenza inferiore a 3 giorni.

Strumenti
Per valutare il cambiamento nel grado di aderenza al regime farmacologico a seguito dell'intervento, viene somministrata al paziente la scala di valutazione Drug Attitude Inventory (DAI)(13), al momento del ricovero (DAI-in) e alla dimissione (DAI-out). La DAI ha un'ottima affidabilità ed è validata anche in italiano(14): misura la risposta soggettiva al trattamento con neurolettici, al fine di comprendere come i pazienti vivano l'assunzione di psicofarmaci e quali siano i fattori che influenzano la compliance al trattamento. La versione originale della scala comprende 30 item (DAI-30) brevi e chiari: alcuni esplorano le sensazioni derivanti dall'assunzione dei farmaci (rilassato, stanco, rallentato), altri rilevano l'atteggiamento verso il trattamento e come è vissuto dal paziente. Le risposte sono vero/falso, alle quali corrisponde il punteggio +1 o -1, a seconda che esprimano una buona o una cattiva compliance alla terapia farmacologica. Il punteggio totale può variare da +30 a -30 e un punteggio positivo (>0) indica un buon vissuto soggettivo rispetto al trattamento. La scala è pensata anche per il monitoraggio dell'atteggiamento del paziente nei confronti della terapia ed è perciò utilizzabile per la somministrazione ripetuta nel tempo.
Il livello d'informazione sul trattamento farmacologico è valutato attraverso la scala SIMS (Satisfaction

METODOLOGIA

with information about medicine scale)(15). Per valutare la percezione dell'utilità del ricovero, della qualità dell'assistenza infermieristica erogata, nonché la soddisfazione per le informazioni ricevute sulla propria salute e sulla terapia farmacologica, è stato somministrato un questionario di soddisfazione.
Il livello di aderenza al trattamento prescritto è rilevato attraverso la somministrazione della scala MMAS (Moriski Medication Adherence Scale)(16).
Infine, per sistematizzare la rilevazione dei dati in relazione allo studio, è stata predisposta una check list nella quale sono registrati i dati relativi: sociodemografici (età, sesso, livello d'istruzione, stato civile), la data di ricovero e di dimissione, la compilazione del questionario di soddisfazione, della DAI (in e out), della MMAS, la data del colloquio informativo e della consegna del primo ciclo di farmaci, data incontro programmato al CSM, data della telefonata di follow up; è inoltre prevista una sezione ove annotare ulteriori informazioni utili per lo studio.

Procedure
Accogliendo il suggerimento dell'OMS, concernente la diretta responsabilità degli infermieri nella gestione dei regimi terapeutici, questo studio si propone di valutare l'efficacia di un programma di dimissione infermieristica basato su interventi innovativi nel favorire l'aderenza terapeutica, e inoltre se un tale programma:
- migliori la qualità percepita dell'assistenza infermieristica erogata;
- migliori la soddisfazione del paziente per le informazioni ricevute sullo stato di salute e sui farmaci prescritti;
- favorisca la percezione di utilità del ricovero.

Il programma di dimissione infermieristica prevede:
- alla dimissione del paziente è condotto da un infermiere opportunamente formato un colloquio strutturato di informazione sulle modalità di assunzione e gli effetti dei farmaci prescritti;
- la distribuzione diretta, attraverso la farmacia ospedaliera, del primo ciclo di farmaci, in linea con gli obiettivi di economicità della spesa farmaceutica imposti;
- la disponibilità a fornire informazioni e supporto telefonico, 24 ore su 24, al paziente dimesso, eventualmente in difficoltà col regime farmacologico e impossibilitato a rivolgersi al CSM (Centro di Salute Mentale) per esempio durante le ore di chiusura dello stesso;
- il follow up telefonico, dopo 15 giorni dalla dimissione, effettuato dall'infermiere che ha condotto il colloquio informativo, per verificare che il paziente non abbia difficoltà nel seguire le indicazioni fornite e per valutare il grado di aderenza prescritto attraverso la somministrazione della MMAS. La telefonata è anche l'occasione per un rinforzo motivazionale personalizzato, che mostra la vicinanza al paziente anche dopo la dimissione e consolida l'alleanza terapeutica costruita durante il periodo di degenza.

Lo studio, di tipo prospettico, è condotto presso SPDC romani che vorranno aderire alla ricerca.

RISULTATI ATTESI

Dal presente studio ci si aspetta di ottenere i seguenti risultati:
- miglioramento dell'aderenza terapeutica dei pazienti dimessi dall'SPDC in esito al programma di dimissione infermieristica;
- miglioramento dell'utilità percepita del ricovero in SPDC da parte del paziente e contenimento dei ricoveri ripetuti (*revolving door*) in esito all'adesione alle cure da parte del paziente dimesso dall'SPDC.

Rilevanza
La non aderenza alla terapia farmacologica prescritta rappresenta una delle cause principali di recidiva e di riammissione in ospedale, anche in tempi brevissimi (revolving door). Ciò determina un aumento dei costi per il SSN e una crescente difficoltà a gestire efficacemente i posti letto nei SPDC. Ulteriori problemi correlati alla scarsa aderenza terapeutica consistono nell'aumento del carico familiare, nei rischi dell'istituzionalizzazione e nella mortalità diretta (ad esempio per suicidio) e indiretta (ad esempio abitudini o condizioni di vita sfavorevoli) (1). L'infermiere potrebbe contribuire in modo significativo all'aderenza terapeutica attraverso la gestione di un programma di dimissione infermieristica basato su interventi di informazione del paziente, di distribuzione dei farmaci direttamente in ospedale e di follow up telefonico.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
1.	Costituzione del Gruppo di Ricerca (GdR) e condivisione di obiettivi e metodologia	Coordinatori di Progetto	aprile-giugno 2012
2.	Elaborazione del protocollo di ricerca	Gruppo di ricerca	luglio-ottobre 2012
3.	Definizione del programma e del calendario degli eventi formativi	Gruppo di ricerca	ottobre-dicembre 2012
4.	Acquisizione delle adesioni di Direttori, Coordinatori, Infermieri degli SPDC e dell'approvazione del Comitato Etico aziendale	Gruppo di ricerca	ottobre-dicembre 2012
5.	Realizzazione degli eventi formativi	GdR + docenti	gennaio-giugno 2013
6.	Raccolta dati preliminari (prima dell'avvio del programma di dimissione infermieristica)	Infermieri rilevatori formati	gennaio-giugno 2013
7.	Avvio del programma di dimissione infermieristica	Infermieri rilevatori formati	luglio-dicembre 2013
8.	Rilevazione dei dati	Infermieri rilevatori formati	luglio-dicembre 2013
9.	Elaborazione dei dati e redazione del rapporto finale	GdR + Consulenti	gennaio-giugno 2014

DIAGRAMMA GANTT

	2012									2013												2014					
Attività	A	M	G	L	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	G	F	M	A	M	G
1	■	■	■																								
2				■	■	■	■																				
3							■	■	■																		
4							■	■	■																		
5										■	■	■	■	■	■												
6										■	■	■	■	■	■												
7																■	■	■	■	■	■						
8																■	■	■	■	■	■						
9																						■	■	■	■	■	■

BIBLIOGRAFIA

1. *Leucht S, Heres S. Epidemiology, clinical consequences and psychosocial treatment of non-adherence in schizophrenia. J Clin Psychiatry 2006; 67 Suppl. 5:3-8*
2. *Huxley P, Mohamad H. The development of a general satisfaction questionnaire for use in programme evaluation. Soc Work Soc Sciences Rev, 1:63, 1991.*
3. *Webster's third new international dictionary of the english language unabridged: with seven language dictionary. Chicago Encyclopedia Britannica, 1976.*
4. *Probstfield JL. Adherence and its management in clinical trials: implications for arthritis treatment trials. Arthritis Care Res 1989; 2(3):S48-57*
5. *Niolu C, Siracusano A. Discontinuità psicofarmacologica e aderenza. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore 2005.*
6. *Leucht S, Heres S. Epidemiology, clinical consequences, and psychosocial treatment of non-adherence in schizophrenia . J Clin Psychiatry 2006; 67 Suppl. 5:3-8.*
7. *Organizzazione Mondiale della Sanità. Adherence to long term therapies. Geneva: OMS, 2003.*
8. *Morisky D. Five-year blood pressure control and mortality following health education for hypertensive patients. American Journal of Public Health 1983; 73:153-162.*
9. *Daltroy L, Godin G. The influence of spousal approval and patient perception of spousal approval on cardiac participation in exercise programs. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation 1989; 9:363-367.*
10. *Oldridge N, Jones N. Improving patient compliance in cardiac rehabiliation: Effects of written agreement and self-monitoring. Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation 1983; 3:257-262.*
11. *Swain M, Steckel S. Influencing adherence among hypertensives. Research Nursing and Health 1981; 4:212-222.*
12. *Beebe LH, Smith K, Crye C, Addonizio C, Strunk DJ, Martin W, Poche J. Telenursing Intervention Increases Psychiatric Medication Adherence in Schizophrenia Outpatients. Journal of the American Psychiatric Nurses Association June/July 2008; 14: 217-224.*
13. *Hogan T, Awad A, Eastwood R. A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. Psychological Medicine (1983), 13:177-183.*
14. *Conti L. Repertorio delle scale psicometriche di valutazione. Firenze: SEE, 1999.*
15. *Horne R, Hankins M, Jenkins R. The Satisfaction with Information about Medicines Scale (SIMS): a new measurement tool for audit and research. Quality in Health Care 2001;10:135-140*
16. *Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Med Care 1986; 24: 67-74*

POLO PER L'ISTRUZIONE

TITOLO SINTETICO

Il disimpegno morale e i comportamenti controproduttivi degli infermieri: studio multicentrico longitudinale

COORDINATORE PROGETTO
A. Sili

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD. 2.12.9

TITOLO PROGETTO

Il disimpegno morale e i comportamenti controproduttivi degli infermieri: studio multicentrico longitudinale

ABSTRACT

Introduzione
È ormai noto in letteratura che gli infermieri hanno un peso significativo nell'ambito dell'assistenza sanitaria, non solo in termini puramente numerici, poiché essi costituiscono più della metà di tutti gli operatori sanitari, ma anche perché gli infermieri sono tra gli operatori sanitari che interagiscono maggiormente con i pazienti, fornendo loro assistenza diretta e in modo continuativo. Un'inadeguata assistenza infermieristica, incide in modo significativo sul mancato miglioramento delle condizioni di salute del paziente. Un fattore che diverse ricerche su larga scala hanno evidenziato come centrale è la qualità del contesto lavorativo entro cui avviene l'assistenza. In particolare risulta rilevante quanto il contesto lavorativo è percepito come stressante in termini di alti stressor o job demands (es. conflitti interpersonali, ingiustizia, ambiguità e conflitto di ruolo, elevato carico lavorativo e vincoli ambientali che interferiscono con il lavoro). Incide inoltre la definizione del ruolo professionale. Questa tematica è particolarmente importante nella professione sanitaria in cui un comportamento non etico, deviante, contro produttivo e quindi il mancato rispetto di norme sociali, organizzative o procedurali e può incidere consistentemente sulla salute del paziente.
Scopo dello studio
L'obiettivo della ricerca proposta è quello di integrare nel modello job demands-job resources del burnout la letteratura sui CWB nel contesto sanitario infermieristico per esaminare longitudinalmente e simultaneamente il processo che dal contesto organizzativo porta al burnout che a sua volta contribuisce alla messa in atto dei CWB, attraverso il DM, e come tutto questo influenza poi la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti.
La ricerca proposta ha l'obiettivo dunque di esaminare longitudinalmente gli antecedenti a livello organizzativo e individuale del burnout degli infermieri e dei CWB messi in atto contro l'organizzazione di cui fanno parte, i loro colleghi e pazienti, e della loro influenza sulla qualità delle cure fornite.
Risultati attesi
La ricerca in oggetto si propone di comprendere quali sono i fattori più rilevanti che entrano in gioco nel processo che lega la qualità del contesto, il benessere degli infermieri (soddisfazione, burnout, salute psicofisica) e la messa in atto di CWB, e di identificare le dimensioni che possono agire sulla soddisfazione del paziente e sugli esiti stessi delle cure sul paziente.

BACKGROUND

Precedenti ricerche hanno messo in evidenza che un'inadeguata assistenza infermieristica incide in modo rilevante sulla soddisfazione del paziente verso le cure ricevute [1] e come tutto questo possa portare ad un mancato miglioramento delle condizioni di salute del paziente [2]. È ormai noto in letteratura, infatti, che gli infermieri hanno un impatto significativo sull'assistenza sanitaria, non solo in termini puramente numerici, poiché essi costituiscono più della metà di tutti gli operatori sanitari [3], ma anche perché gli infermieri sono tra coloro che interagiscono maggiormente con i pazienti, fornendo loro assistenza diretta in modo continuativo. Come verrà descritto successivamente, se da un lato diversi studi hanno evidenziato che la qualità delle cure è influenzata dalla qualità dell'ambiente ospedaliero [2], dal burnout degli infermieri [1], dai comportamenti controproduttivi [4], non esiste ad oggi invece un modello multidimensionale che consenta di dare una lettura integrata di questi aspetti e di come essi si influenzano reciprocamente.

BACKGROUND

Un modello ampiamente citato nella letteratura psicologica e infermieristica che ha indagato le caratteristiche dell'ambiente lavorativo in relazione al malessere sui luoghi di lavoro è il modello "job demands-job resources" [5] . In questo modello viene ipotizzato che la presenza di alte richieste lavorative/job demands (quali ad esempio carico di lavoro, ambiguità e conflitto di ruolo, vincoli organizzativi che interferiscono con il lavoro, conflitti, mobbing) e di scarse risorse/job resources (quali ad esempio autonomia, controllo personale, supporto, coinvolgimento nel processo decisionale, giustizia) predicano il burnout [5], intesa come sindrome da stress cronico protoipica del contesto sociosanitario [6] [7]. Un contesto lavorativo così caratterizzato influenza negativamente la salute e il benessere dei lavoratori stessi, incidono sui comportamenti messi in atto dagli infermieri nel processo di cura, che a loro volta influenzano gli outcome sui pazienti [1] [2]. Alti livelli di burnout sono inoltre associati ad esiti individuali, quali peggiori condizioni di salute dei lavoratori [8] [9], distress psicologico, disturbi somatici, abuso di alcol e di droghe [10] ma anche a esiti organizzativi negativi, quali ad esempio professionali bassa performance lavorativa [11], alto assenteismo [12] , comportamenti controproduttivi [4] e minori livelli di soddisfazione dei pazienti [13] [1] . Sebbene queste relazioni siano state ipotizzate e analizzate non sembrano emerge studi che abbiano esaminato congiuntamente l'effetto che le job demand e job resource hanno sulle dimensioni di burnout che a loro volta influenzano gli esiti appena citati che poi incidono sulla qualità delle cure prestate.
Un secondo modello teorico a cui fare riferimento per comprendere la relazione tra contesto lavorativo degli infermieri e la qualità della prestazione fornita ai pazienti è il modello stressor-emotion dei comportamenti controproduttivi (CWB) di Spector e Fox [14] . I CWB sono tutti gli atti agiti dai lavoratori contro la propria organizzazione e i suoi stakeholders, che violano le norme organizzative e sociali e che quindi ledono inevitabilmente il benessere e la sicurezza di tutte le persone coinvolte. Si fa riferimento ad esempio ai furti, allo spreco delle risorse, al fare il lavoro in modo lento, al prendersi eccesive pause, al fare assenze senza un reale motivo, al fare favoritismi, al pettegolezzo, all'abuso verbale, all'isolamento di colleghi, al non rispetto dei protocolli e delle norme fino alla molestia e aggressione. Il modello stressor-emotion dei CWB, tra i più importanti nel fornire una lente multidimensionale e multifocale (in termini di mediatori e moderatori) del processo che lega contesto organizzativo e comportamento controproduttivo, studia questi comportamenti agiti nel lavoro e la loro relazione con gli stressor lavorativi, utilizzando come framework teorico il modello della frustrazione-aggressione di Dollard e colleghi nel 1939 [15] e i modelli sul coping e sullo stress [16]. Le ricerche hanno evidenziato il ruolo centrale, in linea con il modello JD-R, giocato da un ambiente lavorativo demanding– ossia poco attento alle esigenze dei dipendenti e alla gestione dei conflitti, e che non dà ai lavoratori il giusto supporto e grado di autonomia – nel determinare una crescente insoddisfazione, nonché un maggior livello di emozioni negative vissute nei confronti del proprio lavoro e della propria organizzazione (come rabbia, ostilità, ansia ecc.) che complessivamente portano alla messa in atto di un maggior numero di comportamenti devianti e non etici. Inoltre sembra emergere, sebbene da pochi studi, che anche alti livelli di burnout, specialmente nella dimensione della disaffezione lavorativa, determinino la messa in atto dei CWB degli operatori [4]. I CWB sono dunque visti come una risposta non efficace nella gestione dello stress lavorativo [14] e rappresentano quindi una risposta comportamentale di strain.
Negli ultimi anni questo modello è stato esteso includendo una importante variabile social-cognitiva come mediatore della relazione tra gli stressor ed emozioni negative con i CWB: il disimpegno morale (DM) [17]. Questo rappresenta uno dei costrutti più critici cui fare riferimento per spiegare i processi psicosociali collegati all'aggressione strumentale [18], identificando i meccanismi social-cognitivi che forniscono un sistema di riferimento all'interno del quale la condotta trasgressiva appare una reazione appropriata. Nella letteratura organizzativa il DM ha consentito di chiarire come la disattivazione selettiva del proprio controllo morale possa influenzare la probabilità di agire in modo non etico. Il DM consente infatti di spegnere l'interruttore, di disattivare il proprio controllo interno, permettendo all'individuo di agire anche comportamenti da lui stesso generalmente considerati difformi dai propri standard morali, senza che ciò susciti reazioni emotive morali o percezioni di dissonanza. Dalle ricerche, mai condotte in ambito infermieristico, emerge che il DM facilita il ricorso ai CWB in reazione allo stato emotivo negativo derivante dagli stressor lavorativi, trasformando la condotta non etica in un comportamento accettabile. In questo modo attraverso il DM un individuo riesce a vedere il comportamento non etico agito e le sue conseguenze negative per l'organizzazione e per le persone coinvolte in un modo socialmente e moralmente accettabile, senza dover rinnegare le norme organizzative e sociali condivise [17]. Questo processo è particolarmente critico considerando che è tanto più probabile che una condotta aggressiva venga agita quanto più essa sia ritenuta socialmente e moralmente accettabile [19].

OBIETTIVI DI PROGETTO

L'obiettivo della ricerca proposta è quello di integrare nel modello job demands-job resources del burnout la letteratura sui CWB nel contesto sanitario infermieristico per esaminare longitudinalmente e simultaneamente il processo che dal contesto organizzativo porta al burnout che a sua volta contribuisce alla messa in atto dei CWB, attraverso il DM, e come tutto questo influenza poi la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti. Complessivamente infatti dalla letteratura esaminata emerge che un contesto di lavoro stressante è associato a una minore soddisfazione lavorativa, maggior burnout, peggiore performance, alti livelli di assenteismo e turnover, ma anche ad alti livelli di disturbi psicosomatici. Inoltre un cattivo contesto è associato a maggiori livelli di CWB e, conseguentemente, a peggiori risultati nelle prestazioni di cura intese come minore sicurezza [20] e soddisfazione [21] [22] [23] dei pazienti. La ricerca proposta ha l'obiettivo dunque di esaminare longitudinalmente gli antecedenti a livello organizzativo e individuale del burnout degli infermieri e dei CWB messi in atto contro l'organizzazione di cui fanno parte, i loro colleghi e pazienti, e della loro influenza sulla qualità delle cure fornite. In questo ambito e in questo specifico contesto, come detto in precedenza, non esistono ricerche multifocali che abbiano esaminato simultaneamente questo processo considerando l'impatto dei vari stressor sui diversi esiti degli infermieri (soddisfazione, burnout, CWB, salute psicofisica, assenteismo), né che abbiano considerato il ruolo delle variabili individuali all'interno di questo processo. Questa tematica è particolarmente importante nella professione sanitaria in cui un comportamento non etico, deviante, controproduttivo e quindi il mancato rispetto di norme sociali, organizzative o procedurali e può incidere consistentemente sulla salute del paziente.
La ricerca presentata, capitalizzando anche sulle diverse competenze dei partecipanti del gruppo di ricerca, vuole fornire un ponte tra i diversi modelli teorici per comprendere gli antecedenti dei comportamenti non etici degli infermieri, nonché il loro impatto sulla qualità dell'assistenza e cure offerte e quindi per dare indicazioni su eventuali interventi all'interno delle organizzazioni sanitarie.

Obiettivi specifici
Gli obiettivi specifici e le relative ipotesi del progetto sono i seguenti:

1) costruire e validare una scala per la misura del DM nella professione infermieristica;
2) esaminare i CWB nel contesto infermieristico;
3) validare longitudinalmente il Modello Stressor-Emotion nel contesto infermieristico, considerando gli specifici CWB;
4) valutare longitudinalmente il modello job demands/job resources del burnout nel contesto infermieristico e quindi nel nostro contesto culturale;
5) integrare il modello job-demand/job resources con il modello stressor emotion considerando il ruolo di mediazione del burnout;
6) valutare il ruolo del DM nel modello integrato esaminato;
7) valutare l'impatto degli stressor, del benessere degli infermieri e dei loro comportamenti sulla soddisfazione dei pazienti per l'assistenza ricevuta.

Indicatori
Obiettivo 1. Indicatore Si. H0) emergano due dimensioni del DM
Obiettivo 2. Indicatore Sì: H1) emergano tre dimensioni dei CWB: a) comportamenti agiti contro l'organizzazione b) comportamenti agiti contro i colleghi e capi; c) comportamenti contro i pazienti.
Obiettivo 3. Indicatore Sì: H2) job demand e job resource hanno un effetto sulle emozioni negative: H2a) i conflitti interpersonali, il carico lavorativo (fisico ed emotivo), i constraint organizzativi, il conflitto e l'ambiguità di ruolo, l'esser vittima di mobbing misurati al tempo 1 (T1) hanno un effetto positivo sulle emozioni negative misurate al tempo 2 (T2); H2b) l'autonomia, il supporto e l'adeguatezza dello staff, misurati al T1 hanno un effetto negativo sulle emozioni negative misurate al T2;
H3) le emozioni negative al T1 hanno un effetto sui CWB sia organizzativi che interpersonali rivolti ai colleghi e pazienti misurati al T2;
Obiettivo 4. Indicatore Sì: H5) le job demand al T1 hanno un effetto positivo sulle dimensioni di burnout al T2; H6) le job resource al T1 hanno un effetto negativo sulle dimensioni del burnout al T2;
Obiettivo 5. Indicatore Sì: H7) le dimensioni del burnout medino la relazione tra job demand e job resource al T1 e i CWB al T2; H8) tra tutte le dimensioni del burnout la disaffezione sia quello con l'effetto maggiore sulle dimensioni dei CWB;
Obiettivo 6. Indicatore Sì: H9) il DM media la relazione tra job demand e job resource ed emozioni negative al T1 e i CWB al T2; H10) il DM media la relazione tra burnout e CWB.
Obiettivo 7. Indicatore Sì: H11) i reparti caratterizzati da livelli più bassi di burnout siano quelli con più alti livelli di soddisfazione dei pazienti; H12) i reparti caratterizzati da livelli più bassi di CWB siano quelli

OBIETTIVI DI PROGETTO

con più alti livelli di soddisfazione dei pazienti; H13) i reparti caratterizzati da livelli più bassi di emozioni negative siano quelli con più alti livelli di soddisfazione dei pazienti; H14) i reparti nei quali gli infermieri hanno minori livelli di DM siano quelli con più alti livelli di soddisfazione dei pazienti.

METODOLOGIA

Disegno del progetto
Il disegno è articolato in diverse fasi, in cui si articolano in un programma di ricerca di due anni che prevede due fasi e complessivamente 3 studi.
Fase 1
Si prevede la messa a punto degli strumenti. Preliminarmente verrà effettuata una ricerca qualitativa volta ad esplorare con dei focus group i comportamenti non etici agiti dagli infermieri e le giustificazioni morali che essi tendono ad utilizzare per poter agire questi atti senza sentire rimorso e senso di colpa. A questo scopo verranno coinvolti 60 infermieri di diverse strutture sanitarie e reparti. Sulla base dei dati raccolti verranno costruiti gli item per la scala del DM specifica e dei comportamenti non etici agiti dagli infermieri che verranno poi validate (obiettivo 1) (obiettivo 2). Una volta messi a punto i questionari da utilizzare nella ricerca, utilizzando strumenti già validati presenti in letteratura e i questionari costruiti ad hoc per gli scopi della ricerca, verrà effettuata una prima somministrazione su un campione di comodo di infermieri (200) per effettuare una prima validazione degli strumenti costruiti ad hoc.
Fase 2
Nel secondo studio si prevede l'esame degli obiettivi 3, 4, 5, e 6 attraverso la somministrazione longitudinale del questionario ad un campione di infermieri (500), di diverse organizzazioni e reparti. A distanza di un anno dalla prima somministrazione si prevede di ricontattare gli infermieri arruolati e di somministrare lo stesso questionario una seconda volta. In questa fase del progetto è previsto un terzo studio. Nello specifico in un sottocampione di reparti,verranno arruolati tutti i pazienti ricoverati nell'arco di 1 mese per esaminare l'obiettivo 7 della ricerca.

Strumenti
Il questionario include scale validate nello studio 1 e scale già esistenti in letteratura:
<u>Antecedenti</u>

- Stressor organizzativi (OCS, ICAWS, QWI) [24]
- Carico lavorativo, supporto e autonomia (JCQ) [25]

<u>Leadership etica</u>

- Moral Distress [26]

<u>Esiti</u>

- Burnout (MBI-GS, ISW) [27] [12] [28]
- Emozioni negative (JAWS) [29]
- Soddisfazione lavorativa (JDI) [30] [31]
- Disturbi psicosomatici (PSI) [24]
- Comportamenti controproduttivi (CWB-Checklist) [14]
- Soddisfazione della cura offerta (Nurse quality of care) [32].
- Soddisfazione delle cure ricevute [33]

Analisi dei dati
Verranno utilizzati il pacchetto statistico SPSS e Mplus per l'analisi dei dati quantitativi. Sui dati del primo studio verranno esaminate le proprietà psicometriche di tutti gli strumenti. Nel caso di strumenti già esistenti verrà effettuata l'analisi fattoriale confermativa mentre su quelli costruiti ad hoc verrà utilizzato un approccio di cross-validation che prevede la suddivisione del campione in due sottocampioni. In uno verrà effettuata su ciascuna scala l'analisi fattoriale esplorativa, nell'altro l'analisi fattoriale confermativa sulla base dei risultati generati sul primo sottocampione. Successivamente sui dati raccolti nel primo anno verranno esaminati i diversi modelli di relazioni ipotizzati, tramite i modelli di equazioni strutturali. Con i dati del secondo anno sarà possibile esplorare tutte le ipotesi della ricerca con i modelli di equazioni strutturali e i modelli di regressione gerarchica. Per esaminare preliminarmente le ipotesi connesse alla moderazione (H11, H12, H13, H14) verrà utilizzata la strategia delle analisi della varianza.

RISULTATI ATTESI

La ricerca in oggetto si propone di comprendere quali sono i fattori più rilevanti che entrano in gioco nel processo che lega la qualità del contesto, il benessere degli infermieri (soddisfazione, burnout, salute psicofisica) e la messa in atto di CWB, e di identificare le dimensioni che possono agire sulla soddisfazione del paziente. L'integrazione dei diversi modelli teorici dovrebbe consentire una maggiore comprensione di questi fenomeni per individuare e progettare interventi volti a contenere l'insorgenza di atti che non rispettano norme sociali, organizzative o procedurali per migliorare poi il servizio offerto ai pazienti e quindi la loro soddisfazione della qualità delle cure e del care assistenziale.

DIAGRAMMA GANTT

MESE	Apr 12	Giu	Ott	Nov	Dic	Gen 13	Mar	Mag	Lug	Set	Ott	Nov	Gen 14	Feb	Apr
Presentazione del progetto	■														
Progettazione 1 studio		■													
Fase 1 - studio qualitativo		■													
Fase 1 – studio quantitativo			■												
Report dei dati e elaborazione				■											
Verifica dei risultati e validazione dello strumento				■											
Progettazione 2 studio					■										
Fase 2 – raccolta dati 1 anno						■	■								
Analisi dei dati preliminari								■							
Report dei dati e elaborazione									■	■					
Verifica preliminare dei risultati											■				
Fase 2 – raccolta dati 1 anno												■	■		
Analisi dei dati conclusivi														■	
Report dei dati e elaborazione															■
Verifica dei risultati attesi del progetto															■

BIBLIOGRAFIA

1. *Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D, Nurse Bournout and Patient Satisfaction. Med Care 2004; 42 (2): 1157-67.*
2. *Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber J. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction. JAMA 2002; 288:1987–93.*
3. *Rogers AE, Hwang WT, Scott LD, Dinges A, Dinges DF. The Working Hours of Hospital Staff Nurses and Patient Safety. Health Affairs 2004; 23 (4): 202-12*
4. *Bolton LMR, Becker LK, Barber LK. Big Five predictors of differential counterproductive work behaviour dimensions. Personality and Individual Differences 2010; 49 (5): 537-41.*
5. *Demerouti E, Bakker AB, Nachreiner F, Schaufeli WB. The job demands-resources model of burnout. Journal of Applied Psychology 2001 Jun; 86 (3): 499-512.*

BIBLIOGRAFIA

6. *Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Bournout. Annu. Rev. Psychol. 2001; 52: 397-422.*
7. *Maslach C. Job Bournout New directions in Research and Intervention. Psychological Science 2003; 12 (5):189-92.*
8. *Shirom A, Melamed S, ToKer S, Berliner S, Shapira I. Bournout and health review: current knowlwdge and future research directions. In: Hodgkinson GP & Ford JK. International Rewiew of Industrial and Organizational Psychology 2005: John Wiley & Sons, Ltd.*
9. *Melamed S, Shirom A, ToKer S, Berliner S, Shapira I. Burnout and risk of cardiovascular disease: Evidence, possible causal paths, and promising research directions. Psychological Bulletin 2006 May; 132 (3): 327-53.*
10. *Duquette, A., Sandhu, B.K., & Beaudet, L. (1994). Factors related to nursing burnout : a review of empirical knowledge. Issues in Mental Health Nursing, 75, 337- 358.*
11. *Bakker AB, Demerouti E, Schaufeli WB. Dual processes at work in a call centre: an application of the Job Demands-Resources model. European Journal of Work and Organizational Psychology 2003; 12:393-417.*
12. *Schaufeli WB, Salanova M. Efficacy or inefficacy, that's the question: burnout and work engagement, and their relationships with efficacy beliefs. Anxiety Stress Coping. 2007 Jun;20(2):177-96*
13. *Leiter M.P., Harvie P., Frizzell C. The correspondence of patient satisfaction and nurse burnout. Social Science and Medicine. 1998; 47: 1611-17.*
14. *Spector, P. E., & Fox, S. A model of counterproductive work behavior. In S. Fox, & P. E. Spector (Eds.). Counterproductive workplace behavior: Investigations of actors and targets (pp. 151-174). 2005; Washington, DC: APA.*
15. *Dollard, J., Doob, C. W, Miller, N. E., Mowrer, O. H., & Sears, R. R. Frustration and aggression. New Haven, CT. 1939; Yale University Press*
16. *Lazarus, R. S. & Folkman, S. Stress, appraisal and coping. 1984; New York: Springer.*
17. *Fida R, Gualandri M, Avallone F. Organizational wellbeing and psychosocial risk factors in a sample of Italian Public Administration work environments]. Med Lav. 2011 Sep-Oct;102(5):417-27.*
18. *Bandura A. Self-regulation of motivation through anticipatory and self-reactive mechanisms. Nebr Symp Motiv. 1990; 38:69-164.*
19. *Huesmann LR, Guerra NG. Children's normative beliefs about aggression and aggressive behavior. J Pers Soc Psychol. 1997 Feb;72(2):408-19*
20. *Lin KC, Huang CC, Wu CC. Association between stress at work and primary headache among nursing staff in Taiwan. Headache. 2007 Apr; 47(4):576-84.*
21. *Aiken LH, Sloane DM. Effects of Organizational Innovations in AIDS Care on Burnout among Hospital Nurses. Work and Occupations. 1997; 24 (4): 455-479.*
22. *Aiken LH, Sloane DM, Lake ET. Satisfaction with Inpatient Acquired Immunodeficiency Syndrome Care: A National Comparision of Dedicated and Scattered Bed Units. Medical Care. 1997; 35 (9): 948-62.*
23. *Davidson H, Folcarelli P, Crawford S, Duprat L, Clifford J. The effects of Health care reforms on Job Satisfaction and voluntary turnover among Hospital- based nurse. Medical care. 1997 June; 35 (6): 634-45.*
24. *Spector PE, Jex SM. Development of four self-report measures of job stressors and strain: Interpersonal. Conflict at Work Scale, Organizational Constraints Scale, Quantitative Workload Inventory, and Physical Symptoms Inventory. J Occup Health Psychol. 1998 Oct; 3(4):356-67.*
25. *Karasek R, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P, Amick B The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. J Occup Health Psychol. 1998 Oct; 3 (4):322-55.*
26. *Hamric AB, Borchers CT, Epstein EG. Development and Testing of an Istrument to Measure Moral Distress in Healthcare Professionals. AJO Primary Research. 2012; 3 (2): 1-9.*
27. *Schaufeli WB. The evaluation of a burnout workshop for community nurses. J Health Hum Serv Adm. 1995 Summer;18 (1):11-30*
28. *Borgogni L, Dello Russo S, Latham GP. The Realtionship of Employee Perceptions of the Immediate Supervisor and Top Management with Collective Efficacy. Journal of Leadership & Organizational Studies. 2011 February; 18 (1): 5-13.*
29. *Van Katwyk PT, Fox S, Spector PE, Kelloway EK Using the Job-Related Affective Well-Being Scale (JAWS) to investigate affective responses to work stressors. J Occup Health Psychol. 2000 Apr; 5 (2):219-30.*
30. *Smith PC. The Measurement of Satisfaction in Work and Retirement: a strategy for the study of attitudes.1969; Rand McNally and Company, Chicago, Illinois: pp194*
31. *Dunham RB, Smith FJ, Blackburn RS. Validation of Index of Organizational Reaction with the JDI, the MSQ and Faces Scales. ACAD MANAGE J. 1977 September; 20 (3): 420-32.*
32. *Pearson, L. J. Annual legislative update: How each state stands on legislative issues affecting advanced practice nursing practice. Nurse Practitioner.2000; 2:16-68.*
33. *Laschinger HS, Hall LM, Pedersen C, Almost J. A psychometric analysis of the patient satisfaction with nursing care quality questionnaire: an actionable approach to measuring patient satisfaction. J Nurs Care Qual. 2005 Jul-Sep; 20 (3): 220-30.*

POLO PER L'ISTRUZIONE

TITOLO SINTETICO

Comportamenti non aderenti nei trapianti

COORDINATORE PROGETTO
R. Gattellaro
R. Alvaro

RESP. DEL POLO
G. Rocco

COD. 2.12.10

TITOLO PROGETTO

La ricerca dei comportamenti non aderenti nei soggetti sottoposti a trapianto di organi solidi

(Italian Nurse Research: TranspaInt360: working together for life)

ABSTRACT

Introduzione
I pazienti portatori di un trapianto d'organo solido (rene, fegato, cuore, polmone, pancreas, intestino) devono assumere quotidianamente farmaci immunosoppressori per la prevenzione del rigetto acuto e cronico [1]. La scarsa aderenza alle indicazioni terapeutiche è oggi considerata una delle barriere più delicate al raggiungimento del risultato clinico assistenziale ottimale nei pazienti sottoposti a trapianto di organi solidi. L'aderenza è un parametro multifattoriale, dipende da variabili legate al soggetto, ai sanitari ed al sistema (società). Lavorando in collaborazione con i pazienti e considerando e valutando tutte le potenziali barriere all'aderenza, i professionisti infermieri in collaborazione con tutto il gruppo professionale sanitario, possono aumentare l'aderenza farmacologica e pertanto ridurre l'incidenza di rigetto di trapianto e l'eventuali ripercussioni sui soggetti interessati e le loro famiglie [2,3]

Scopo dello studio
Riduzione dei comportamenti non aderenti, attraverso il diverso utilizzo di metodologie di assessement e metodologie relazionali, utili a scoprire, identificare, superare e modificare le barriere socio culturali della non aderenza. Obiettivo principale è il conseguente miglioramento dell'aderenza terapeutica delle persone sottoposte a trapianto, con modifica dei comportamenti ed il miglioramento della relazione sanitario paziente.

Disegno dello studio
Studio quanti-qualitativo (Metodo misto), attraverso una ricerca a disegno Sequential Explanatory Study[4].
La raccolta dati quantitativa attraverso dell'utilizzo del protocollo di ricerca sull'aderenza terapeutica dei pazienti sottoposti a trapianto di organi solidi Trasplant360. Gli strumenti utilizzati sono 3:

- BAASIS©

The Basel Assessment of Adherence to Immunosuppressive Medication Scala stata sviluppata dal Gruppo di ricerca di Lovanio-Basilea per valutare l'aderenza di pazienti adulti trapiantati alla terapia con farmaci immunosoppressori

- TAQ

Transplant Adherence Questionnaire adattato per la popolazione di pazienti trapiantati dal Brief Antiretroviral Adherence Index per la valutazione delle modalità di assunzione dei farmaci.

- IMAB

Identifying Meduìication Adherence Barriers, sviluppato in modo specifico per l'identificazione ed attribuzione delle priorità alle diverse barriere.
La raccolta dati qualitativa successivamente all'analisi dei dati quantitativi, attraverso una ricerca fenomenologica che utilizza il metodo dell'intervista semi-strutturata.
Nello studio quantitativo il campione probabilistico andrà a reclutare i soggetti sottoposti a trapianto di organi solidi nella regione Lazio (dati dell'Agenzia regionale trapianti). Nello studio qualitativo il setting definito e l'Unità Operativa Complessa (U.O.C) di trapianti dell'Azienda Ospedaliera Universitaria

ABSTRACT

Policlinico di Tor Vergata, i partecipanti, su base volontaria, sono soggetti sottoposti a trapianto di organi solidi presso la struttura che rispondano alla massima rappresentativa per il fenomeno indagato e che partecipino in modo continuativo ai colloqui motivazionali, volti al cambiamento comportamentale ed al superamento delle barriere che determinano una non aderenza terapeutica
Risultati attesi
Identificazione degli elementi costituenti le barriere personali di non aderenza delle persone oggetto della ricerca, attraverso l'individuazione delle opinioni e delle percezioni dei soggetti nei confronti del progetto terapeutico proposto loro dai sanitari.

BACKGROUND

I pazienti portatori di un trapianto d'organo solido (rene, fegato, cuore, polmone, pancreas, intestino) devono assumere quotidianamente farmaci immunosoppressori per la prevenzione del rigetto acuto e cronico [1]. Si capisce quindi come il trapianto non sia un evento acuto, ma un'esperienza che cambia la vita [5], il cui successo è misurato con risultati raggiunti nel lungo termine[6]. In tale contesto i pazienti trapiantati dovrebbero essere considerati come pazienti in una condizione di malattia cronica [7,8]. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'aderenza indica: fino a che punto il comportamento di una persona - assumere farmaci, seguire una dieta e/o cambiare il proprio stile di vita, corrisponda ai consigli concordati insieme al medico[9]. Un'aderenza accettabile ai farmaci si raggiunge quando la differenza tra il dosaggio del paziente e il dosaggio consigliato non producono effetti sui risultati clinici. [7]La gestione di un trattamento a lungo termine è complessa ed è a volte difficile conoscere come i pazienti trapiantati aderiscono ai farmaci; in pratica il problema potrebbe essere anche sottostimato.[8]
La non aderenza ai regimi farmacologici è stata definita come:Deviazione dal regime farmacologico prescritto sufficiente ad influenzare negativamente l'azione del regime interessato [9] Tutti i pazienti trapiantati possono essere a rischio di non aderenza. E' ampiamente concordato che la non aderenza è un problema prevalente sia nei trapianti pediatrici[10,11] sia nei trapianti di adulti[12]. Uno studio di Nevins & Thomas [13] ha mostrato che col tempo l'aderenza della maggior parte dei pazienti trapiantati diminuisce.
Tutti i tipi di non aderenza portano ad una esposizione non consistente agli immunosoppressori e possono aumentare il rischio di casi clinici. Anche le deviazioni minime dal regime farmacologico concordato, come errore nella dose o nell'ora di assunzione, possono portare a scarsi risultati clinici, ed hanno mostrato che la non aderenza è associata ad un rischio maggiore di: rigetto acuto tardivo; rigetto cronico; perdita del trapianto; necessità di ri-trapianto; morte dovuta a rigetto cronico[14,15,16,17,18,19,20].
Oltre all'impatto sulla salute e la qualità della vita dei pazienti trapiantati e delle loro famiglie e di chi li assiste, gli scarsi risultati clinici associati alla non aderenza rappresentano anche una risorsa preventivabile per il sistema sanitario nazionale. I miglioramenti nell'aderenza sono, pertanto, cruciali nel migliorare i risultati dei trapianti a lungo termine e per ridurre i costi dei sistema sanitario [21].
Gli studi finalizzati a documentare interventi volti al miglioramento dell'aderenza ai regimi terapeutici nei soggetti sottoposti a trapianto di organi solidi, sono pochi e contengono scarse informazioni delle azioni compiute e della loro sostenibilità scientifica in ambito clinico assistenziale. Una revisione sistematica del 2009 [22], ha identificato soltanto 12 studi di settore, di cui soltanto in 5 veniva riscontrato e dichiarato un miglioramento statisticamente significativo successivamente ad interventi volti al miglioramento della farmaco aderenza. In generale la maggior parte degli studi sottolinea l'importanza dell'includere nei progetti delle azioni volte ad agire su varie dimensioni personali ed ambiti socio culturali abbinate ad un lavoro di squadra multidisciplinare per una prospettiva a lungo termine.[23,24,25,26,27,28,29,30,31,32]
In ogni caso fino a quando la valutazione della non aderenza non entrerà nella routine, in modo standardizzato, molti studi sottovaluteranno il contributo negativo della non aderenza sugli scarsi risultati clinici [7,8].
Nel 2008 è stata creat la Task Force (Unità Operativa di Emergenza) transplant360, sponsorizzata da Astellas Pharma Europe Ltd., per sviluppare le iniziative formative che supporteranno i pazienti soggetti a trapianto a mantenersi in salute dopo il trapianto. Il gruppo è costituito da tutte le figure professionali coinvolte nella cura, assistenza e supporto delle persone trapiantate ed anche dai rappresentanti delle diverse organizzazioni dei pazienti di tutta Europa [23,24,33].
Tutte le figure professionali sono fondamentali nella costituzione di gruppi di progetto volti alla risoluzione dei diversi livelli del problema, in letteratura come sul campo le ricerche governate dalla professione infermieristica sono ampie e diversificate [29,30,31,32]

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generale
Studio Triennale volto all'identificazione dei fattori costituenti le barriere personali di non aderenza e alla riduzione dei comportamenti delle persone sottoposte a trapianto di organi solidi.
Obiettivo principale è il conseguente miglioramento dell'aderenza terapeutica delle persone sottoposte a trapianto, con modifica dei comportamenti ed il miglioramento della relazione sanitari/pazienti.
Lo scopo dello studio si articola attraverso sei fasi metodologiche in cui si utilizzeranno delle diverse metodologie assessement e relazionali.

Obiettivi specifici (per anno)
Nel corso del primo anno:
8. Identificare e classificare i soggetti trapiantati in diverse categorie di rischio per quanto riguarda la "propensione" alla non –aderenza, identificando le cause principali di comportamento di non-aderenza nei soggetti sottoposti a trapianti.
9. Identificare le cause di non aderenza, riconducibili a distorsioni nel processo decisionale non dovute a morbilità o comorbilità ma a barriere socio culturali.

Nel corso del secondo anno:
10. Creazione di un algoritmo infermieristico/clinico per valutare e definire la non aderenza dei soggetti assistiti per la personalizzazione del piano assistenziale e del processo comunicativo/educativo.

Nel corso del terzo:
11. Misurazione degli atteggiamenti del soggetto trapiantato verso i colloqui motivazionale volti allo sviluppo di conoscenze all'aderenza al trattamento terapeutico.
12. Misurazione degli atteggiamenti e le competenze dell'equipe socio sanitaria verso la comunicazione motivazionale volta alla formazione e educazione all'aderenza al trattamento terapeutico.

Indicatori
Obiettivo 1. Indicatore (si) presenza di fattori/barriere* e loro priorità di non aderenza
Obiettivo 2. Indicatore (si): differenti dimensioni dell'assunzione del farmaco assunzione/mancata assunzione/orario
Obiettivo 4. Indicatore (si) dimensioni di percezione di adesione terapeutica
Obiettivo 5. Indicatore (si) presenza o assenza di fattori = atteggiamenti/abilità
*Per barriera si intende un limite ambientale o personale che impedisce a qualcuno di portare a compimento un comportamento specifico [34]

METODOLOGIA

Disegno del progetto
Lo studio triennale si articola nei diversi anni attraverso sei fasi. Studio quanti-qualitativo (Metodo misto), attraverso una ricerca a disegno Sequential Explanatory Study[35].
La raccolta dati quantitativa attraverso dell'utilizzo del protocollo di ricerca sull'aderenza terapeutica dei pazienti sottoposti a trapianto di organi solidi Trasplant360 [36]. Gli strumenti utilizzati sono 3:
- BAASIS©
- TAQ
- IMAB

La raccolta dati qualitativa successivamente all'analisi dei dati quantitativi, attraverso una ricerca fenomenologica che utilizza il metodo dell'intervista semi-strutturata.
Nello studio quantitativo il campione probabilistico andrà a reclutare i soggetti sottoposti a trapianto di organi solidi nella regione Lazio (dati dell'Agenzia regionale trapianti). Nello studio qualitativo il setting definito e l'Unità Operativa Complessa (U.O.C) di Trapianti dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Tor Vergata, i partecipanti, su base volontaria, sono soggetti sottoposti a trapianto di organi solidi presso la struttura che rispondano alla massima rappresentativa per il fenomeno indagato e che partecipino, in modo continuativo, ai colloqui motivazionali volti al cambiamento comportamentale ed al superamento delle barriere che determinano una non aderenza terapeutica.

A - Fasi del progetto
Il progetto si articola in diverse fasi funzionali l'una a l'altra che permetteranno di raggiungere i diversi livelli: micro, meso e macro.
La prima fase si occuperà di individuare le aree di ricerca, Reparto di degenza ed Ambulatorio della Chirurgia Trapianti afferenti all'UOC Trapianti dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Tor Vergata, individuando anche il luogo dove si svolgeranno i colloqui con i pazienti.

METODOLOGIA

La seconda fase verterà sull'organizzazione di un data base, che permetterà di archiviare i dati secondo un modello logico e in modo tale da consentire la gestione dei stessi (ricerca o interrogazione, inserimento, cancellazione ed aggiornamento).
La terza fase si attuerà attraverso diversi percorsi formativi sul Colloquio Motivazionale modellati ed adattati alle esigenze dei professionisti sanitari (Project Team), tra questi verrà proposto un corso online proposto dalla Task Force (unità Operativa) transplant360. Il corso fornirà competenze in colloqui motivazionali per facilitare la comunicazione con i pazienti trapiantati circa la loro assunzione di farmaci e di altri aspetti della vita sana. I 5 moduli di studio online forniranno una lista di uno approccio flessibile per adattarsi al paziente trapiantato.
La quarta fase riguarderà il reclutamento, su base probabilistica, dei soggetti che hanno ricevuto un trapianto di organi solidi, quindi il reclutamento avverrà il periodo di follow-up, periodo che inizia subito dopo l'intervento chirurgico di trapianto. Ai soggetti reclutati verranno poi somministrati i questionari che aiuteranno l'identificazione dei non aderenti alla terapia immunosoppressiva e che portino all'identificazione delle cause che vi sono alla base (barriere all'aderenza).
La quinta fase si realizzerà nel reclutamento del campione definito qualitativo. I pazienti saranno selezionati tra quelli che parteciperanno in modo continuativo ai colloqui motivazionali, il reclutamento avverrà su base volontaria. Ai pazienti selezionati verrà puoi proposto una intervista, che verrà condotta con stile non critico e non minaccioso per stimolare la fiducia del/la paziente e ottenere risposte veritiere.
La sesta fase porterà all'analisi dei risultati ed alla pianificazione degli interventi per superare le diverse barriere all'aderenza evidenziate nei pazienti trapiantati, sulla base delle esperienze reali.

B - Oggetto della rilevazione
I comportamenti di non aderenza terapeutica dei soggetti sottoposti a trapianto di organi solidi nella regione Lazio.

C - Strumenti e Funzioni
- **La scala BAASIS©** (The Basel Assessment of Adherence to Immunosuppressive Medication Scale)

per valutare l'aderenza di pazienti adulti trapiantati alla terapia con farmaci immunosoppressori [37]
Esistono due versioni della BAASIS©: l'"Intervista BAASIS©", da utilizzare come intervista tra l'operatore sanitario e il/la paziente trapiantato/a (metodo raccomandato) e il "Questionario scritto BAASIS©" che può essere compilato in autonomia dal paziente trapiantato.
L'intervista BAASIS© inizia con una tabella che deve essere compilata dall'operatore sanitario assieme al/la paziente, documentando i farmaci immunosoppressori che il/la paziente assume, in quali orari e in quali dosi (numero di compresse) al fine di incoraggiare il/la paziente a rispondere alle domande prendendo in considerazione tutti i farmaci immunosoppressori che assume. Quattro item (domande 1a, 1b, 2 e 3) valutano l'aderenza alla terapia farmacologica e sono concettualizzati in base alle differenti dimensioni dell'assunzione della terapia. Un item (domanda 4) è relativo alla continuità della terapia immunosoppressiva. L'ultimo item valuta l'aderenza complessiva alla terapia farmacologica: una scala visivo-analogica (VAS) di 10 cm valuta l'aderenza complessiva alla terapia farmacologica nelle ultime 4 settimane. La VAS spazia da un'aderenza totale (100% = 10 cm) alla non aderenza (0% = 0 cm) ed è stata adattata da una scala sviluppata per valutare l'aderenza alla terapia farmacologica nei pazienti con HIV [38].
- **Questionario TAQ** (Transplant Adherence Questionnaire) questo questionario è stato adattato dal Brief Antiretroviral Adherence Index, chiamato anche questionario AACTG [39]

Il Transplant Adherence Questionnaire, può essere utilizzato sia in forma scritta come autovalutazione del paziente, sia come strumento di intervista.
Il TAQ consiste in sei domande che valutano l'aderenza in termini di assunzione e orario secondo quanto prescritto. La differenza principale con il modello BAASIS© è che il TAQ è basato su un tempo di riferimento di quattro giorni anziché un mese.
Ciò potrebbe essere necessario per i pazienti che hanno difficoltà a ricordare il comportamento avuto per lunghi periodi di tempo.
- **Questionario IMAB** (Identifying Medication Adherence Barriers)

L'IMAB è stato sviluppato per la comunità di trapianto combinando le barriere più comuni presentate in diversi questionari, presentandole in un unico strumento. Esso può essere compilato indipendentemente dai pazienti e contiene 28 affermazioni che si riferiscono alle barriere comuni all'assunzione di farmaci, con un'opzione di risposta per ciascuna affermazione. Ciò permette l'identificazione e l'attribuzione delle priorità delle barriere per ciascun paziente. Una volta identificata la barriere, è possibile utilizzare un'ulteriore consulenza per scoprire in che modo operare per migliorare l'aderenza.

RISULTATI ATTESI

Dal presente progetto di ricerca si intendono ottenere i seguenti outcomes:

- Identificazione dei fattori/barriere di non aderenza della popolazione campione.
- Individuazione delle opinioni e delle percezioni dei soggetti nei confronti del progetto terapeutico proposto loro dai sanitari.
- Miglioramento e cambiamento dei comportamenti barriera all'aderenza terapeutica.
- Miglioramento della qualità di vita soggetti trapiantati
- Miglioramento delle competenze relazionali tra soggetti e personale sanitario.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
Analisi di sfondo e valutazione impatto	Project managers - Coordinatori	Settembre 2012 - Gennaio 2013
Organizzazione dei data base	Consulente informatico Coordinatori - Project team	Febbraio - Aprile 2013
Formazione e sviluppo di competenze per il colloquio motivazionale	Project team Team multidisciplinare	Maggio - Agosto 2013
Definizione del campione per lo studio quantitativo	Coordinatori - Project team Team multidisciplinare	Settembre - Ottobre 2013
Somministrazione strumenti d'indagine	Project team - Team multidisciplinare	Novembre 2013 - Settembre 2014
Report ed elaborazione dei dati	Consulente informatico Coordinatori - Project team	Ottobre - Dicembre 2014
Definizione del campione per lo studio qualitativo e somministrazione strumenti d'indagine	Coordinatori - Project team Team multidisciplinare	Gennaio - Aprile 2015
Report ed elaborazione dei dati	Consulente informatico Coordinatori - Project team	Maggio - Giugno 2015
Verifica dei risultati attesi dal progetto	Coordinatori - Project managers	Luglio - Ottobre 2015

DIAGRAMMA GANTT

MESE	Set Nov 12	Dic Feb 13	Mag Lug 13	Set Ott 13	Nov 13 Set 14	Ott Dic 14	Gen Apr 15	Mag Giu 15	Lug Ott 15
Progettazione e presentazione del progetto	■								
Organizzazione dei data base		■							
Formazione del personale		■	■						
Inizio indagine				■					
Reclutamento campione quantitativo				■	■				
Report dei dati e elaborazione						■			
Inizio indagine							■		
Reclutamento campione qualitativo							■		
Report dei dati e elaborazione								■	
Verifica dei risultati attesi del progetto									■

BIBLIOGRAFIA

1. *Lindholm A, Kahan BD. Influence of cyclosporine pharmacokinetics, trough concentration, and AUC monitoring on outcome after kidney transplantation.. Clin. Pharmacol. Ther. 1993; 54:205-218.*
2. *Kugler C, Gottlieb J, Dierich M, et al. Significance of patient self-monitoring for long-term outcomes after lung transplantation. Clin transplant 2009: Epub ahead of print.*
3. *Zolnierek KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta analysis. Med Care 2009; 47: 826-34.*
4. *Elizabhet J. Halcomb et al. Mixed Methods Research for Nursing and the Health Sciences Edited by S. Andrew and E. J. Halcomb. 2009 Blackwell Publishing Ltd. ISBN: 978-1-405-16777-2.*
5. *Desmyttere A, Dobbeles F, Cleemput I, et al. Noncompliance with immunosuppressive regimen in organ transplantation: i sit worth worrying about ? Acta Gastroenterol Bel 2005; 68: 347-52.*
6. *De Bleser L, Matteson M, Dobbels F,Russell C, De Geest S. Interventions to improve medication-adherence after transplantation: a systematic review. Transplant International 2009 Journal compilation ªEuropean Society for Organ Transplantation 22: 780–797.*
7. *Ellis S, Shumaker S, Sieber W, Rand C. Adherence to pharmacological interventions. Current trends and future directions. The Pharmacological Intervention Working Group. Control Clin Trials 2000; 21: S218-25.*
8. *Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. N Engl J Med 2005; 353: 487-97.*
9. *Sabate E. World Health Organization Report: Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for Action. Switzerland: World Health Organization. Geneva, 2003.*
10. *Berquist RK, Berquist WE, Esquivel CO, et al. Adolescent non-adherence: prevalence and consequences in liver transplant recipients. Pediatr Transplant 2006; 10: 304-10.*
11. *Dobbels F, Van Damme-Lombaert R, et al. Growing pains: non-adherence with the immunosuppressive regimen in adolescent transplant recipients. Pediatr Transplant 2005; 9: 381-90.*
12. *Dew MA, Di Martini AF, De Vito Dabbs A, et al. Rates and risk factor for non-adherence to the medical regimen after adult solid organ transplantation. Transplantation 2007; 83: 858-73.*
13. *Nevis TE, Thomas W. Quantitative patterns of azathioprine adherence after renal transplantation. Transplantation 2009; 87: 711-8.*
14. *Desmyttere A, Dobbeles F, Cleemput I, et al. Noncompliance whit immunosuppressive regimen in organ transplantation: is it worth worrying about? Acta Gastroenterol Belg 2005; 68: 347-52.*
15. *Denhaerynck K, Dobbels F, Cleemput I, et al. Prevalence, consequences, and determinants of nonadherence in adult renal transplant patients: a literature review. Transpl Int 2005; 18: 1121-33.*
16. *Berquit RK, Berquist WE, Esquivel CO, et al. Adolescent nonadherence: prevalence and consequence in liver transplant recipients. Pediatr Transplant 2006; 10: 304-10.*
17. *Dobbels F, Van Damme-Lombaert R, Vanhaecke J, et al. Growing pains: non-adherence whit the immunosuppressive regimen in adolescent transplant recipients. Pediatr Transplant 2005; 9: 381-90.*
18. *Butler JA, Roderik P, Mullee M, et al. Frequency and impact of non-adherence to immunosuppressant after renal transplantation: a systematic review. Transplantation 2004; 77: 769-76.*
19. *Vlaminck H, Maes B, Evers G, et al. Prospective study on late consequences of sbclinical non-compliance whit immunosuppressive therapy in renal transplant patients. Am J Transplant 2004; 4: 1509-13.*
20. *O'Carroll RE, McGregor LM, Swanson V, et al. Adherence to medication after liver transplantation in Scotland: a pylot study. Liver Transpl 2006; 12: 1862-8.*
21. *Pinsky BW, Takemoto SK, Lentine KL, et al. Transplant outcomes and economic costs associated with patient noncompliance to immunosuppression. Am J Transplant 2009; 9: 2597-606.*
22. *De Bleser L, Matteson M, Dobbels F, Russell C, De Geest S. Interventions to improve medication-adherence after transplantation: a systematic review. Transpl Int. 2009; 22: 780–97.*
23. *De Geest S, Dobbels F, Fluri C, Paris W, Troosters T. Adherence to the therapeutic regimen in heart, lung, and heart-lung transplant recipients. J Cardiovasc Nurs 2005; 20: S88.*
24. *Denhaerynck K, Desmyttere A, Dobbels F, et al. Nonadherence with immunosuppressive drugs: U.S. compared with European kidney transplant recipients. Prog Transplant 2006; 16: 206.*
25. *Dew MA, DiMartini AF, De Vito DA, et al. Rates and risk factors for nonadherence to the medical regimen after adult solid organ transplantation. Transplantation 2007; 83: 858.*
26. *Dobbels F, Damme-Lombaert R, Vanhaecke J, De Geest S. Growing pains: non-adherence with the immunosuppressive regimen in adolescent transplant recipients. Pediatr Transplant 2005; 9: 381.*
27. *De Geest S, Abraham I, Moons P, et al. Late acute rejection and subclinical noncompliance with cyclosporine therapy in heart transplant recipients. J Heart Lung Transplant 1998; 17: 854.*
28. *Pascual M, Theruvath T, Kawai T, Tolkoff-Rubin N, Cosimi AB. Strategies to improve long-term outcomes after renal transplantation. N Engl J Med 2002; 346:580.*
29. *Annunziato RA, Emre S, Shneider BL, et al. Transitioning health care responsibility from caregivers to patient: a pilot study aiming to facilitate medication adherence during this process. Pediatr Transplant 2008; 12: 309.*
30. *Traiger GL, Bui LL. A self-medication administration program for transplant recipients. Crit Care Nurse 1997; 17: 71.*

BIBLIOGRAFIA

31. *Kothari AR, Birch S. Multilevel health promotion research: conceptual and analytical considerations. Can J Nurs Res 2004; 36: 56.*
32. *Forbes A, Griffiths P. Methodological strategies for the identification and synthesis of 'evidence' to support decision- making in relation to complex healthcare systems and*
33. *practices. Nurs Inq 2002; 9: 141.*
34. *Conn VS, Cooper PS, Ruppar TM, Russell CL. Searching for the intervention in intervention research reports. J Nurs Scholarsh 2008; 40: 52.*
35. *www.transplant360.com (the "Website")*
36. *Fishbein M, Hennessy M, Yzer M, et al. Cn we explain why some people do and some people do not act on their intentions? Psychol Healt Med 2003; 8:3-18.*
37. *Creswell, et al. Best practices for mixed methods research in the health sciences. National Institutes of Health. 2011.*
38. *Dobbles F, Berben L, De Geest S, et al. The psychometric properties and practicability of self-report instruments to identify medication non-adherence in adult transplant patient: a systematic review. Transplantation 2010*
39. *Cleemput I & Dobbels F. Measuring patient-reported outcomes in solid organ transplant recipients: an overview of instruments developed to date. Pharmacoeconomics 2007; 25: 269–86.*
40. *Glass TR, De Geest S, Weber R, et al, and the Swiss HIV Cohort Study. Correlates of self-reported nonadherence to antiretroviral therapy in HIV-infected patients: the Swiss HIV Cohort Study. J Acquir Immune Defic Syndr 2006; 41: 385–92.*
41. *Chesney MA, Ickovics JR, Chambers DB, et al. Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: the AACTG adherence instruments. Patient Care Committee of the Adult AIDS Clinical Trials Group (AACTG). AIDS Care 2000; 12: 255-66.*

POLO PER LA FORMAZIONE

TITOLO SINTETICO

METODOLOGIA DELLA RICERCA INFERMIERISTICA BLENDED ON LINE

COORDINATORE PROGETTO
M.G. Proietti

RESP. DEL POLO
M.G. Proietti

COD. 3.12.1

TITOLO PROGETTO

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

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.

BACKGROUND

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

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

OBIETTIVI DI PROGETTO

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.

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 si 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
- Accreditamento ECM

RISULTATI ATTESI

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

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
0	Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Consiglio Direttivo	gennaio 2012
1	Realizzazione lezioni on line e preparazione della piattaforma moodle. Accreditamento ECM	Comitato Scientifico, docenti, Giunti OS	febbraio-maggio 2012
2	Realizzazione del corso di formazione teorico-pratica	Comitato scientifico, docenti, tutor	giugno 2012 gennaio 2013
3	Disseminazione dei risultati della ricerca	Comitato Scientifico	2013

DIAGRAMMA GANTT

2012	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	Gen 13
Fase 0	■												
Fase 1		■	■	■	■								
Fase 2						■	■	■	■	■	■	■	■
Fase 3													■

BIBLIOGRAFIA

Bellingeri A, Dalfino S, Falli F, Malinverno E, Origlia A, Piccoli M, Proietti MG, Rasero L, Suzzi R. (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., Rosemberg 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.

SITOGRAFIA

http://it.wikipedia.org
http://www.evidencebasednursing.it
http://gimbe.org
http://www.ncbi.nlm.nih.gov

POLO PER LA FORMAZIONE

TITOLO SINTETICO

STRUMENTI E STRATEGIE PER LA RICERCA BIBLIOGRAFICA NELLE SCIENZE INFERMIERISTICHE

COORDINATORE PROGETTO
M.G. Proietti
C. Turci

RESP. DEL POLO
M.G. Proietti

COD. 3.12.2

TITOLO PROGETTO

Strumenti e strategie per la ricerca bibliografica nelle scienze infermieristiche

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 .

BACKGROUND

Il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica è costruito sulla sinergia tra ricerca e cultura ed è basato sul concetto di "conoscenza scientifica" (scholarship):
c) la **sinergia tra ricerca e cultura** fornisce l'energia necessaria a sostenere le attività del Centro di Eccellenza. La prospettiva di un approccio scientifico configura per gli infermieri l'opportunità di acquisire le conoscenze e le abilità che li renderanno protagonisti di progetti finalizzati a trovare soluzioni nuove ai problemi assistenziali e a realizzare nuove scoperte. D'altra parte la crescita culturale sostiene e motiva alla ricerca dell'eccellenza. Secondo i principi che ispirano il Centro di Eccellenza, come in un circolo virtuoso, la costruzione di una nuova cultura infermieristica apre la strada ad attività significative, che a loro volta danno significato al nursing.
d) La **"conoscenza scientifica"** rappresenta l'obiettivo del Centro di Eccellenza, in linea con l'orientamento internazionale alla ricerca e alla cultura del nursing del 21° Secolo. Il modello di Scholarship di Boyer consente di definire lo scopo del Centro di Eccellenza e il concetto di cultura infermieristica basata sulla conoscenza e sulla ricerca, finalizzata a formare i futuri cultori del nursing in Italia.
D'altra parte la ricerca infermieristica si afferma solo se sono gli stessi infermieri ad assumere l'iniziativa di progettare e condurre studi sui fenomeni riguardanti la salute e l'assistenza. In una tale prospettiva la mission del Polo per la formazione dei ricercatori è "Migliorare le abilità degli infermieri nell'individuazione delle priorità e nell'applicazione delle tecniche e degli strumenti di metodologia della ricerca, per l'elaborazione di nuovi progetti e per l'incremento delle conoscenze scientifiche nell'infermieristica".

OBIETTIVI DI PROGETTO

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

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

METODOLOGIA

Disegno dello studio
- Ampia accessibilità: 5 edizioni nel 2012.
- Accreditamento ECM
- Gratuità della partecipazione al corso

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

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

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

RISULTATI ATTESI

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

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

PIANIFICAZIONE

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

DIAGRAMMA GANTT

2012	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic
Fase 0										
Fase 1										
Fase 2										
Fase 3										

BIBLIOGRAFIA

AIB-GRIS. Guida all'indicizzazione per soggetto. Roma: AIB; 1996.
Barazia C. La ricerca nelle banche dati bibliografiche: l'esempio di PubMed. Ultimo aggiornamento 15/1/2007. 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 PER LA FORMAZIONE

TITOLO SINTETICO

CORSO DI INGLESE SCIENTIFICO

COORDINATORE PROGETTO
M.G. Proietti
M. Napolano

RESP. DEL POLO
M.G. Proietti

COD. 3.12.3

TITOLO PROGETTO

Corso di inglese scientifico per il nursing 5 livelli. "Base – pre-intermedio – intermedio – avanzato- post avanzato"

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.

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

BACKGROUND

l'orientamento internazionale alla ricerca e alla cultura del nursing del 21° Secolo. Il modello di Scholarship di Boyer consente di definire lo scopo del Centro di Eccellenza e il concetto di cultura infermieristica basata sulla conoscenza e sulla ricerca, finalizzata a formare i futuri cultori del nursing in Italia.
D'altra parte la ricerca infermieristica si afferma solo se sono gli stessi infermieri ad assumere l'iniziativa di progettare e condurre studi sui fenomeni riguardanti la salute e l'assistenza. In una tale prospettiva la mission del Polo per la formazione dei ricercatori è "Migliorare le abilità degli infermieri nell'individuazione delle priorità e nell'applicazione delle tecniche e degli strumenti di metodologia della ricerca, per l'elaborazione di nuovi progetti e per l'incremento delle conoscenze scientifiche nell'infermieristica".

OBIETTIVI DI PROGETTO

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

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

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

METODOLOGIA

Disegno dello studio
Ampia accessibilità: 12 edizioni nel 2011 (sui 5 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.

RISULTATI ATTESI

Un più diffuso interesse per l'inglese finalizzato alla miglior pratica clinica, e alla migliore comprensione delle realtà assistenziali in funzione di una comunicazione esperta e consapevole che possa garantire un miglior outcome assistenziale per il cittadino. Al termine di ognuno dei quattro livelli verrà rilasciato un attestato di conoscenza per la lingua inglese per il nursing. Tale aumentato interesse si può verificare con i seguenti indicatori:
- aumento del grado di conoscenza della lingua inglese tramite test di valutazione
- miglior servizio ai cittadini la cui lingua madre è l'inglese o che comprendono l'inglese (immigrati, turisti, visitatori occasionali, personale estero in servizio in Italia, etc

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
0	Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Consiglio Direttivo	marzo 2012
1	Accreditamento ECM	Comitato Scientifico	marzo 2012
2	Realizzazione delle 12 edizioni del corso	Comitato scientifico, docenti	aprile-dicembre 2012
3	Report dei corsi effettuati e delle certificazioni dei crediti ECM	Comitato Scientifico	dicembre 2012

DIAGRAMMA GANTT

2012	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic
Fase 0										
Fase 1										
Fase 2										
Fase 3										

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 PER LA FORMAZIONE

TITOLO SINTETICO

CORSO DI FONETICA E CONVERSAZIONE IN INGLESE

COORDINATORE PROGETTO
M.G. Proietti
M. Napolano

RESP. DEL POLO
M.G. Proietti

COD. 3.12.4

TITOLO PROGETTO

Corso di fonetica e conversazione in inglese

ABSTRACT

La ricerca infermieristica potrebbe avere un grande impulso con questo corso preparato specificatamente per formare professionisti infermieri in grado di conversare in inglese con i pazienti e gli altri professionisti sanitari. Per fare ciò bisogna possedere le competenze per utilizzare un linguaggio tecnico scientifico in lingua anglosassone che possa far reperire le migliori risorse per quello specifico atto assistenziale.
Questo corso orienta il professionista infermiere a sviluppare nuove competenze linguistiche per rispondere ai bisogni di corretta espressione in lingua anglosassone, sempre più diffusa nel mondo, ma anche per rispondere esaurientemente ai numerosi bisogni assistenziali di una società sempre più interconnessa e per lavorare a fianco di colleghi provenienti da molti paesi diversi [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 preclusi proprio perché si svolgono in una lingua che non si padroneggia sufficientemente.
Questo corso di fonetica e conversazione in inglese, dedicato agli infermieri nasce dall'esigenza di superare l'ostacolo della lingua inglese per poter comunicare in un corretto inglese con l'altro.

BACKGROUND

Il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica è costruito sulla sinergia tra ricerca e cultura ed è basato sul concetto di "conoscenza scientifica" (scholarship):
g) 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.
h) La **"conoscenza scientifica"** rappresenta l'obiettivo del Centro di Eccellenza, in linea con l'orientamento internazionale alla ricerca e alla cultura del nursing del 21° Secolo. Il modello di Scholarship di Boyer consente di definire lo scopo del Centro di Eccellenza e il concetto di cultura infermieristica basata sulla conoscenza e sulla ricerca, finalizzata a formare i futuri cultori del nursing in Italia.
D'altra parte la ricerca infermieristica si afferma solo se sono gli stessi infermieri ad assumere l'iniziativa di progettare e condurre studi sui fenomeni riguardanti la salute e l'assistenza. In una tale prospettiva la mission del Polo per la formazione dei ricercatori è "Migliorare le abilità degli infermieri nell'individuazione delle priorità e nell'applicazione delle tecniche e degli strumenti di metodologia della ricerca, per l'elaborazione di nuovi progetti e per l'incremento delle conoscenze scientifiche nell'infermieristica".

OBIETTIVI DI PROGETTO

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

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

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

METODOLOGIA

Disegno dello studio
Ampia accessibilità: 2 edizioni nel 2012
Accreditamento ECM
Minimo contributo economico da parte partecipanti (quota di iscrizione = €120,00).
Sede del corso di formazione: Collegio IPASVI di Roma.

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

RISULTATI ATTESI

Un più diffuso interesse per la comunicazione corretta in inglese, e alla migliore comprensione delle realtà assistenziali in funzione di una comunicazione esperta e consapevole che possa garantire un miglior outcome assistenziale per il cittadino. Al termine del primo livello del corso verrà rilasciato un attestato di partecipazione ed ECM. Tale aumentato interesse si può verificare con i seguenti indicatori:
- aumento del grado di conoscenza della lingua inglese per la conversazione e la pronuncia test di valutazione
- miglior servizio ai cittadini la cui lingua madre è l'inglese o che comprendono l'inglese (immigrati, turisti, visitatori occasionali, personale estero in servizio in Italia, etc..)

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
0	Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Consiglio Direttivo	Gennaio 2012
1	Accreditamento ECM	Gennaio 2012	Gennaio 2012
2	Realizzazione di 2 edizioni del corso	Comitato scientifico, docenti, tutor	Gennaio- Dicembre 2012
3	Report dei corsi effettuati e delle certificazioni edei crediti ECM	Comitato Scientifico	Dicembre 2012

DIAGRAMMA GANTT

2012	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic
Fase 0										
Fase 1										
Fase 2										
Fase 3										

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 PER LA FORMAZIONE

TITOLO SINTETICO

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

COORDINATORE PROGETTO
M.G. Proietti
C. Turci

RESP. DEL POLO
M.G. Proietti

COD. 3.12.5

TITOLO PROGETTO

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

ABSTRACT

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

Il corso vuole offrire a tutti i professionisti che lo frequenteranno informazioni specifiche ed operative per il recupero e l'analisi della letteratura scientifica necessaria ad implementare le innovazioni in tutti i settori dove gli infermieri operano: clinica, formazione, gestione, territorio.
In particolar modo verranno affrontate le modalità di recupero e consultazione offerte dalla rete e dalle banche dati che il Collegio IPASVI mette a disposizione di tutti gli iscritti, attraverso la Biblioteca digitale.
La diffusione delle informazioni sull'utilizzo delle risorse del WEB è una delle linee di sviluppo della disciplina infermieristica, infatti solamente diminuendo il divario tra mondo della ricerca e settori della formazione e della pratica clinica si otterrà più velocemente lo sviluppo auspicato.

BACKGROUND

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

OBIETTIVI DI PROGETTO

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

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

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

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

METODOLOGIA

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

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

RISULTATI ATTESI

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

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

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
0	Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Consiglio Direttivo	gennaio – marzo 2012
1	Realizzazione lezioni Accreditamento ECM	Comitato Scientifico, docenti,	febbraio-maggio 2012
2	Realizzazione dei corsi di formazione teorico-pratica	Comitato scientifico, docenti, tutor	giugno 2012 gennaio 2013
3	Disseminazione dei risultati della ricerca	Comitato Scientifico	2012-2013

DIAGRAMMA GANTT

2012	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	Gen 13
Fase 0	■	■	■										
Fase 1		■	■	■	■								
Fase 2						■	■	■	■	■	■	■	■
Fase 3													■

BIBLIOGRAFIA

Bellingeri A, Dalfino S, Falli F, Malinverno E, Origlia A, Piccoli M, Proietti MG, Rasero L, Suzzi R. (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., Rosemberg 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.

SITOGRAFIA

http://it.wikipedia.org
http://www.evidencebasednursing.it
http://gimbe.org
http://www.ncbi.nlm.nih.gov

POLO PER LA FORMAZIONE

TITOLO SINTETICO

L'INDICIZZAZIONE DELLA LETTERATURA SCIENTIFICA

COORDINATORE PROGETTO
M.G. Proietti
C. Turci

RESP. DEL POLO
M.G. Proietti

COD. 3.12.6

TITOLO PROGETTO

L'indicizzazione della letteratura scientifica nelle scienze infermieristiche

ABSTRACT

Il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica è costruito sulla sinergia tra ricerca e cultura ed è basato sul concetto di "conoscenza scientifica" (scholarship):
i) la **sinergia tra ricerca e cultura** fornisce l'energia necessaria a sostenere le attività del Centro di Eccellenza. La prospettiva di un approccio scientifico configura per gli infermieri l'opportunità di acquisire le conoscenze e le abilità che li renderanno protagonisti di progetti finalizzati a trovare soluzioni nuove ai problemi assistenziali e a realizzare nuove scoperte. D'altra parte la crescita culturale sostiene e motiva alla ricerca dell'eccellenza. Secondo i principi che ispirano il Centro di Eccellenza, come in un circolo virtuoso, la costruzione di una nuova cultura infermieristica apre la strada ad attività significative, che a loro volta danno significato al nursing.
j) La **"conoscenza scientifica"** rappresenta l'obiettivo del Centro di Eccellenza, in linea con l'orientamento internazionale alla ricerca e alla cultura del nursing del 21° Secolo. Il modello di Scholarship di Boyer consente di definire lo scopo del Centro di Eccellenza e il concetto di cultura infermieristica basata sulla conoscenza e sulla ricerca, finalizzata a formare i futuri cultori del nursing in Italia.
D'altra parte la ricerca infermieristica si afferma solo se sono gli stessi infermieri ad assumere l'iniziativa di progettare e condurre studi sui fenomeni riguardanti la salute e l'assistenza. In una tale prospettiva la mission del Polo per la formazione dei ricercatori è "Migliorare le abilità degli infermieri nell'individuazione delle priorità e nell'applicazione delle tecniche e degli strumenti di metodologia della ricerca, per l'elaborazione di nuovi progetti e per l'incremento delle conoscenze scientifiche nell'infermieristica".
Uno degli obiettivi operativi del Polo consiste pertanto nell'"Organizzazione di corsi di formazione teorico-pratica sulla metodologia della ricerca infermieristica, che tengano conto dei diversi livelli di competenza dei discenti e che si concludano con la realizzazione di ricerche scientifiche su temi predefiniti".

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

BACKGROUND

(management, formazione, professione) a fasi successive in cui si realizzano prevalentemente studi clinici, che riguardano l'assistenza infermieristica diretta alle persone e al loro entourage. Anche in Italia l'evoluzione della ricerca infermieristica ha visto, in linea con le tendenze generali, progetti di ricerca inizialmente più rivolti allo studio della professione. Solo negli ultimi vent'anni si e' assistito a un graduale aumento del numero di pubblicazioni infermieristiche.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali
Fornire gli strumenti teorici e pratici per descrivere e spiegare i fenomeni riguardanti l'inicizzazione nella banca dati ILISI infermieristica.

Obiettivi specifici
Al termine del corso i discenti dovranno essere in grado di inserire in modo autonomo dei dati sull'assistenza infermieristica nella banca dati ILISI.

Indicatori
- Numero di partecipanti al corso di formazione: 24 (minimo 20)
- Frequenza media alle lezioni: 100% (minimo 90%)
- Produzione di resoconti in itinere e consuntivi agli step previsti
- Rispetto dei tempi previsti nel diagramma di Gantt
- Presentazione dei risultati della ricerca in una conferenza entro un anno dalla chiusura del Corso, a cura del Comitato Scientifico e dei partecipanti al corso di formazione
- Rapporto spese effettuate per il progetto/spese previste.

METODOLOGIA

Disegno dello studio
- Il corso è articolato in 1 corso di formazione di tre giornate. I partecipanti al corso, organizzati in gruppi, a ciascuno dei quali viene assegnato un tutor, dovranno consegnare, entro un termine stabilito, il rapporto finale di ricerca, da presentare in occasione della consegna degli attestati.
- Il corpo insegnante è costituito da tutti docenti universitari.

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

Procedure
- Accreditamento ECM

RISULTATI ATTESI

Costituzione di un team di ricerca che sviluppi le competenze acquisite nel corso per:
- produrre nuovi corsi di formazione e parteciparvi come tutor.
- immettere dati nella banca informazioni infermieristica ILISI prodotta dal Collegio Ipasvi di Roma
- produrre materiale e documentazione infermieristica validata scientificamente e fruibile immediatamente dai colleghi iscritti al collegio Ipasvi di Roma e da tutti gli studenti italiani di infermieristica

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
0	Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Consiglio Direttivo	gennaio – marzo 2012
1	Realizzazione lezioni Accreditamento ECM	Comitato Scientifico, docenti,	febbraio-aprile 2012
2	Realizzazione dei corsi di formazione teorico-pratica	Comitato scientifico, docenti, tutor	maggio 2012 gennaio 2013
3	Disseminazione dei risultati della ricerca	Comitato Scientifico	2012-2013

DIAGRAMMA GANTT

2012	Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic	Gen 13
Fase 0													
Fase 1													
Fase 2													
Fase 3													

BIBLIOGRAFIA

Bellingeri A, Dalfino S, Falli F, Malinverno E, Origlia A, Piccoli M, Proietti MG, Rasero L, Suzzi R. (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., Rosemberg 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.

SITOGRAFIA

http://it.wikipedia.org
http://www.evidencebasednursing.it
http://gimbe.org
http://www.ncbi.nlm.nih.gov

POLO DELLA PRATICA CLINICA

TITOLO SINTETICO

FORMAZIONE IN EVIDENCE BASED PRACTICE PER IL MIGLIORAMENTO DELLA PRATICA ASSISTENZIALE

COORDINATORE PROGETTO
S. Casciato
N. Barbato

RESP. DEL POLO
S. Casciato

COD. 4.12.1

TITOLO PROGETTO

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

ABSTRACT

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

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 intermediarie che sono utilizzate nei contesti di pratica sono, ad esempio, i clinical nurse leader, i clinical nurse educator, gli staff development educator, i practice developer, clinical nurse specialist (Milner et al., 2006), con differenze legate ai contesti e alle competenze acquisite.
In Italia sono molto limitate le esperienze di utilizzo di figure intermediarie, cioè portatrici di competenze esperte nell'ambito dell'applicazione dei risultati della ricerca, nelle unità operative.
Per questo motivo si è deciso di dare avvio al processo di formazione di tali figure contribuendo attraverso appositi corsi di base ed avanzati in Evidence based practice (EBP)a fornire loro le competenze per poter operare nei loro contesti di pratica clinica. Il coinvolgimento delle direzioni infermieristiche nel loro reclutamento permetterà inoltre di creare le condizioni per un riconoscimento formale od informale del loro ruolo all'interno dell'organizzazione sanitaria.

OBIETTIVI DI PROGETTO

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

Obiettivi specifici
1. Identificare e formare infermieri clinici esperti in grado di guidare la revisione della pratica clinica negli ambiti di pratica clinica
2. Accrescere le competenze degli infermieri clinici esperti in EBP

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

METODOLOGIA

Disegno dello studio
La prima fase prevede la elaborazione del programma formativo in collaborazione con il centro studi EBN di S.Orsola di Bologna e/o l'AISLEC.
La seconda fase prevede l'individuazione di infermieri clinici esperti (ICE) da parte delle direzioni infermieristiche
La terza fase comporta la partecipazione degli infermieri individuati al modulo base ed avanzato del corso EBP.
La quarta fase prevede la valutazione delle competenze acquisite attraverso prove affidate ai partecipanti e valutate dai tutori-docenti del corso EBP

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

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

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

RISULTATI ATTESI

Saranno formati almeno 20 infermieri con competenze in EBN.

Indicatori
- Sono individuate le caratteristiche che devono possedere gli infermieri per essere arruolati come potenziali agenti di cambiamento;
- almeno il 90% degli infermieri individuati partecipano ad entrambi i moduli del corso di formazione in EBN.
- Almeno il 50% degli infermieri che hanno partecipato al corso di formazione certificano le loro competenze in EBP

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

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
1	Definizione del programma del corso base ed avanzato insieme al polo per la formazione dei ricercatori e richiesta di collaborazione al centro studi EBN bolognese e/o all'AISLEC. I docenti dovranno essere esclusivamente esperti di EBN riconosciuti a livello nazionale.	5 esperti in ricerca	2 giorni
2	Definizione dei criteri di selezione degli infermieri da avviare alla formazione. Tali criteri terranno conto, tra l'altro, dell'esperienza clinica, delle caratteristiche di leadership, del curriculum professionale e delle attività formative, nonché della conoscenza della lingua inglese.	Componenti Poli 3 e 4	2 giorni
3	Comunicazione dei criteri ai dirigenti dei servizi selezionati durante un incontro organizzato nella sede del Collegio o presso le direzioni infermieristiche delle aziende o attraverso contatto telefonico o lettera	Direttore Polo 4	1 giorno
4	Comunicazione al responsabile del polo, da parte dei dirigenti dei servizi, dei nominativi di possibili candidati, anche tramite e-mail (almeno 40 infermieri).	1 amministrativo	2 giorni
5	Pianificazione di almeno 2 edizioni del corso sull'EBN della durata di 4 giorni, suddivisi in base ed avanzato, nell'anno 2012, con la collaborazione del polo 3.	Componenti Poli 3 e 4	2 giorni
6	Realizzazione dei due eventi formativi nel 2012.	5 docenti - 3 tutor	4 giorni
7	Verifica e certificazione delle competenze acquisite dai partecipanti al corso attraverso mandati consegnati dai docenti-tutor del corso	2 docenti, Direttori Poli 3 e 4	20 giorni

DIAGRAMMA GANTT

	Giu 12	Lug	Set	Ott	Nov	Mar 13	Mar
Fase 1							
Fase 2							
Fase 3							
Fase 4							
Fase 5							
Fase 6							

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.
Milner M, Estabrooks CA. Research utilization and clinical nurse educators: a systematic review. Journal of Evaluation of Clinical Practice 2006; 12(6): 639-55.
Streubert, Carpenter. La ricerca qualitativa: un imperativo umanistico. Napoli: Idelson-Gnocchi 2005.
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.
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.

POLO DELLA PRATICA CLINICA

TITOLO SINTETICO

ANALISI DELLA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA E RELAZIONE CON L'OUTCOME ASSISTENZIALE

COORDINATORE PROGETTO
S. Casciato
N. Barbato
M. Montalbano
D. Tartaglini

RESP. DEL POLO
S. Casciato

COD. 4.12.2

TITOLO PROGETTO

Analisi della documentazione infermieristica e relazione con l'outcome assistenziale

ABSTRACT

Lo studio parte da una considerazione ed una riflessione relative alla pratica clinica svolta dagli infermieri nelle UO destinate alla assistenza a malati cronici genericamente intesi, dove sembra frequente l'orientamento e l'impegno a compilare numerose e diverse schede di raccolta dati, spesso di elevata complessità, senza che questo poi si traduca in una assistenza agita espressamente e con reale documentazione in riferimento ai dati registrati.
La conseguenza sarebbe un gran numero di dati documentati coesistente con un ridotto numero di tracciabilità delle decisioni prese.
Questa situazione si traduce in aumento di carico di lavoro, percepito a volte con una elevata pesantezza da parte degli operatori, e conseguente impatto negativo giuridico ed etico nonché economico dal punto di vista della gestione manageriale che deve confrontarsi con importanti dati registrati ai quali non corrispondono conseguenti pianificazioni o atti decisori, lasciando all'osservatore/rilevatore esterno, il dubbio che qualcosa sia rimasto sospeso e non si siano assicurate le cure necessarie alla persona assistita.
La revisione bibliografica evidenzia che il personale infermieristico è convinto della effettiva utilità della raccolta dati ai fini di un processo assistenziale di qualità, è preparato per svolgere questa attività basilare, ma sono meno evidenti le implicazioni nel processo decisionale.
In particolare il processo decisionale del personale in situazioni di emergenza è evidenziato come un processo legato alla memoria, quindi al richiamo di esperienze pregresse e ad una associazione diretta tra informazione ed agire, ma non emerge una riflessione sulla realtà del processo assistenziale a malati cronici e relativa alla relazione dato/pianificazione/decisione.
La scelta di orientare lo studio nelle UO di medicina e RSA nasce dalla considerazione che le patologie croniche sono quelle che maggiormente impegnano l'attività assistenziale nel contesto dell'invecchiamento sociale e che il personale inserito nella assistenza a malati cronici spesso vede la registrazione di dati come un sovraccarico lavorativo privo di ricaduta operativa, in quanto, la continuità dell'approccio ed il periodo prolungato, inducono ad un abbassamento della attenzione rispetto a dati nuovi facendo spesso emergere relazioni routinarie.
Anche i diversi modelli organizzativi presenti nelle UO possono contribuire a favorire o censurare una pratica clinica orientata al dato reale, agendo rispetto a tempi ridotti, a leadership autoritarie e a carenza di relazioni professionali produttive e stimolanti.
Lo studio si avvarrà di persone inserite in percorsi formativi infermieristici base e post base, formate per la rilevazione dei dati e l'utilizzo delle schede di rilevazione specifiche e condivise nel gruppo di lavoro.
È previsto un incontro formativo propedeutico alla attività di rilevazione dati e successivi incontri per la analisi dei dati e delle criticità emerse.

BACKGROUND

Il progetto di ricerca si fonda sulla considerazione evidente che l'importanza dei dati e la loro registrazione rappresenta una attività sempre più importante e richiesta a tutti gli operatori della sanità. In particolare si è rilevata evidenza di questo nelle seguenti considerazioni.
La documentazione dei dati è una componente integrale del processo di nursing, un pre - requisito per garantire la qualità delle cure.
Le sue finalità sono: facilitare la comunicazione con i pazienti e gli altri professionisti, permettere la valutazione delle cure sul piano dell'evidenza, della sicurezza, garantire un monitoraggio dei livelli di competenza, incrementare la visibilità delle attività infermieristiche, permettere di avere un riscontro economico e legale, facilitare lo sviluppo di attività di ricerca e formazione. (Schnelle, Simmons 2004)
La documentazione cartacea è spesso illeggibile, poco completa, ripetitiva e spesso i dati sono difficili da recuperare e aggiornare, richiede inoltre molto tempo per la compilazione (. (Schnelle, Simmons 2004) .
Uno dei più importanti strumenti disponibili per personalizzare e comunicare il processo di cure è la registrazione dei dati (Ruland 2000)
La registrazione dei dati è inoltre importante per lo sviluppo della qualità delle cure con la quale assicurare l'erogazione di una buona e sicura assistenza (Ruland 2000,Simpson 2003)
La mancanza di dati essenziali infermieristici nella documentazione sanitaria è confermata dai risultati di numerosi studi.
Spesso l'ostacolo è stato individuato nella enorme quantità di dati privi dei contenuti fondamentali dell'assistenza infermieristica, per esempio, dati riguardanti aspetti amministrativi, legali con i quali operare elaborazioni minuziose e qualche volta inutili del lavoro. (Tornval et al.2004, Smith et al.2005)
In accordo con (Martin et al.,1999) e (Allen, Englebright, 2000) vi è il bisogno di sviluppare molto di più l'ottimizzazione e l'efficienza della documentazione basata sugli standard, sull'evidenza teorica e pratica della cura; vi può essere il rischio che una documentazione standardizzata documenti solo la conformità delle cure (Ehrenberg 2001) mentre si perde la visione olistica delle cure (Martin et al.1999).
La teoria riguardante il processo di r accolta dati indica il processo cognitivo utilizzato per la presa di decisioni che utilizza gli indizi e le informazioni dei pazienti come input per attivare la memoria a breve e a lungo termine (Thompson, 1999).
La percezione dell'ingresso di queste informazioni include il raggruppamento e la classificazione dei dati e questo costituisce uno step importante per sviluppare il processo di decisione.
Diversi fattori possono influenzare la classificazione dei dati ed il loro utilizzo, uno di questi è il diverso livello di competenza tra gli infermieri.
Un aiuto per superare parte dei problemi relativi ai dati ed alla loro gestione ed utilizzo è rappresentato dalla tecnologia informatica.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Il progetto è finalizzato ad evidenziare che:
gli infermieri documentano dati di diversa natura e con molteplici tipologie di strumenti;
i dati sono utilizzati solo in parte, in quanto una buona percentuale di essi pur essendo registrata non è poi di fatto "trattata";
qualora i dati vengano utilizzati non sempre la loro trattazione risulta a supporto di decisioni;
le decisioni e le attività basate su dati rilevati spesso non sono documentate.
La letteratura analizzata evidenzia tale situazione mettendo in risalto che gli infermieri sono consapevoli della necessità ed utilità dei dati per il processo personalizzato di cura del paziente anche ai fini di certificazione della qualità del servizio erogato. Gli infermieri sono anche appositamente formati per interventi comunicativi e di registrazione dei dati. Nonostante questa attenzione nella esperienza quotidiana resta la consapevolezza che spesso i dati sono molti, le tipologie di strumenti di raccolti sono diversi, molti dati non sono utilizzati e non generano decisioni di diversa natura; Inoltre si ritiene che questa modalità può generare implicazioni di tipo giuridico, etico ed economico.

Obiettivi generali

1. Conoscere quali e quanti dati vengono raccolti e documentati dagli infermieri per descrivere i problemi dei pazienti;
2. Conoscere quali di questi dati sono presi in considerazione;
3. Conoscere quali di queste considerazioni hanno generato decisioni descritte.

Obiettivi specifici

1.1 Classificare i dati raccolti e documentati dagli infermieri.
1.2 Quantificare i dati raccolti e documentati dagli infermieri.

OBIETTIVI DI PROGETTO

2.1 Definire cosa viene inteso per "considerazione del dato".
2.2 Esiste tracciabilità tra dato raccolto e considerato.
2.3 Classificare per finalità le considerazioni.
3.1 Identificare, attraverso la tracciabilità, le conseguenti decisioni.
3.2 Classificare le decisioni.

Indicatori

Nelle Uo prese in esame sono presenti strumenti di documentazione e registrazione che vengono compilati nel 100% dei malati seguiti.
Nei dati registrati sono evidenziati quelli relativi ad aspetti assistenziali con schede definite nell'80% delle schede analizzate.
I dati registrati sono oggetto di valutazioni e sono evidenziati problemi da seguire in pianificazione in almeno 70% dei processi assistenziali.
I problemi evidenziati e pianificati sono stati seguiti da decisioni assistenziali rese operative nel 50% dei problemi evidenziati.
I dati raccolti sono registrati in schede definite nel 100% dei processi assistenziali
Le schede riportano dati assistenziali relativi ai bisogni di vita quotidiana, al grado di autonomia di cura e al grado di capacità residue dell'individuo nell'80% dei percorsi assistenziali.
E' formulata una definizione di "dato considerato".
E' evidenziata la tracciabilità tra dato registrato e dato considerato nel processo assistenziale.
I dati sono considerati nel 50% per valutazioni e decisioni cliniche e per il 50% per valutazioni e decisioni assistenziali
E' resa evidente la relazione tra dato e decisione conseguente nel 60% dei processi assistenziali.
Le decisioni sono classificate tra decisioni collaborative e decisioni autonome nel 100% delle evidenze riscontrate.

METODOLOGIA

Disegno dello studio

Il progetto di ricerca propone una ricerca descrittiva multicentrica basata sulla osservazione di alcuni elementi che spiegano il modello organizzativo utilizzato nelle Uo di riferimento dei malati, dei quali verrà consultata la documentazione, e sulla consultazione organizzata della documentazione relativa a malati dimessi e ricoverati nei 6 mesi precedenti lo studio con un periodo di ricovero superiore ai 30 gg..
L'ipotesi dello studio sostiene che, considerata la diffusione di strumenti di raccolta dati e la convinzione degli operatori della utilità dello svolgimento di questa attività ai fini della sicurezza e sulla qualità della assistenza, si possono riscontrare alcune situazioni contrastanti:

- Una buon parte dei dati seppur registrati non viene utilizzata;
- Le decisioni professionali sono assunte nella maggior parte dei casi in base ad esperienza e rapidità di ragionamento senza una tracciata e concreta relazione con il dato registrato;
- La documentazione predisposta per il processo assistenziale è carente nella raccolta dei dati e nella loro classificazione e utilizzo;
- Gli infermieri raccolgono moti dati con diversa metodologia e strumenti in carenza di una corretta classificazione.
- I dati registrati sono superiori a quelli con evidente relazione tra dato, pianificazione e decisione;
- I dati considerati ai fini della pianificazione solo in parte hanno una relazione evidente con le decisioni prese nel processo personalizzato di cura.

Il modello organizzativo per compiti non favorisce la registrazione e l'utilizzo dei dati per le decisioni rispetto a modelli organizzativi diversi.

Requisiti richiesti dal committente

Il Comitato Scientifico e i docenti hanno conoscenze ed esperienze specifiche riguardanti l'utilizzo degli strumenti e l'applicazione delle metodologie proposte.
Il corso di formazione e la ricerca, in ogni fase, sono condotti nel rispetto dei principi deontologici ed etici.
Gli obiettivi 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

METODOLOGIA

Campione
Lo studio sarà rivolto a malati di UO di medicina di tre realtà sanitarie a carattere pubblico della città di Roma ed a malati di Residenza Sanitaria Assistenziale di due realtà sanitarie private della città di Roma. Sarà analizzata la documentazione di archivio del 100% dei malati ricoverati e dimessi nei sei mesi precedenti lo studio con permanenza in ricovero per periodi superiori a trenta giorni.

Criteri di inclusione
Ricovero e dimissione nei sei mesi precedenti lo studio

Criteri di esclusione
Periodi di ricovero inferiori a trenta giorni

Strumenti
Lo studio è svolto utilizzando quattro schede di rilevazione dati:
- Una scheda di raccolta dati finalizzata alla evidenziazione del modello organizzativo operante nella organizzazione di riferimento della documentazione di archivio;
- Una scheda per classificazione degli strumenti di raccolta dati utilizzati e per la classificazione della tipologia dei dati registrati;
- Una scheda per la rilevazione dei dati presi in considerazione nella pianificazione;
- Una scheda per la tracciabilità del dato registrato e per la classificazione delle decisioni prese.

Sono predisposte guide per la compilazione delle schede.
È progettato un corso di formazione per la preparazione delle persone che svolgeranno attività di raccolta dai dati per lo studio e per la condivisione della elaborazione delle schede da utilizzare.

Procedure
1.1.1 Selezione dei partecipanti in base all'appartenenza ai settori nei quali sarà effettuata l'osservazione scientifica, su indicazione dei Direttori dei Dipartimenti dell'Assistenza.
1.1.2 Consultazione dati su schede infermieristiche presso gli archivi delle strutture di riferimento
1.1.3 Corso di formazione per rilevatori accreditato ECM

RISULTATI ATTESI

I risultati attesi sono relativi alla dimostrazione di quanto le registrazioni di dati che impegnano il personale nella quotidianità abbiano poi una reale corrispondenza in aumento della qualità della assistenza a seguito di decisioni orientate dai dati .
Lo studio tende a dimostrare che l'aumento di carico di lavoro causato dall'impegno nell'utilizzo di strumenti dir registrazione diversificati e spesso complessi non è ripagato in termini di costi/ benefici dal loro utilizzo nella pratica clinica.
Questo potrebbe essere causa di implicazioni negative sul fronte medico legale (per aver evidenziato dati dei quali non si è tenuto conto nella attività pratica), sul fronte economico (rapporto costi/benefici), sul fronte etico (impegno con il cittadino nel dare risposte appropriate, efficaci ed efficienti) che potrebbero essere base per ulteriore studio di approfondimento.
In questo contesto è importante definire le cause di questa evenienza, tenuto conto che nel momento in cui i dati sono effettivamente registrati, non può essere imputabile a cattiva volontà degli operatori il loro mancato utilizzo nella pratica clinica.
Altro risultato atteso è evidenziare una differenza di questa situazione tra UO operanti con modello per compiti, maggiormente orientato alle attività rispetto ai risultati, e UO con modelli organizzativi diversi per Nursing team o Primary Nursing, per filosofia di base maggiormente orientati alla valutazione dei risultati ed alla analisi della efficacia delle decisioni prese.
Infine, lo studio vuole offrire un contributo alla riflessione per una pratica clinica che è in cambiamento e miglioramento ma nella quale sono evidenti difficoltà e contraddizioni rispetto alle evidenze scientifiche ed i dati presenti nella letteratura di riferimento.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
0	Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Consiglio Direttivo	1 mese
1	Elaborazione degli strumenti di ricerca	Gruppo di progetto	2 mesi
2	Costituzione del gruppo di lavoro	Gruppo di progetto	1 mese
3	preparazione formazione	Gruppo di progetto	1 mese
4	Corso di formazione	Gruppo di progetto	2 mesi
5	Rilevazione	Gruppo di lavoro	3 mesi
6	Elaborazione dei dati	Statistico + Gruppo di progetto	1 mese
7	Rapporto finale	Gruppo di progetto	1 mese
8	Convegno presentazione dati	Gruppo di progetto	1 mese

DIAGRAMMA GANTT

	Apr 12	Mag	Giu	Lug	Set	Ott	Nov	Dic	Gen 13	Feb	Mar	Apr
Fase 0	Redazione progetto											
Fase 1		Elaborazione degli strumenti di ricerca										
Fase 2		Costituzione del gruppo										
Fase 3		Preparazione formazione										
Fase 4						Corso di formazione						
Fase 5							Rilevazione dei dati					
Fase 6										Elabora-zione dati		
Fase 7											Rapporto finale	
Fase 8												Presenta-zione dati

BIBLIOGRAFIA

1. *Törnvall E, Wilhelmsson S. Nursing documentation for communicating and evaluating care. Journal of Clinical Nursing, 2008; 17(16):2116-2124.*
2. *Munysia EN, Yu P, Hailey D. The changes in caregivers' perceptions about the quality of information and benefits of nursing documentation associated with the introduction of an electronic documentation system in a nursing home. International Journal of Medical Informatics, 2011; 80:116-126.*
3. *Hoffmann KA, Aitken LM, Duffield C. A comparison of novice and expert nurses' cue collection during clinical decision-making: Verbal protocol analysis. International Journal of Nursing Studies, 2009; 46:1335-1344.*
4. *Jefferies D, Johnson M, Griffiths R. A meta-study of the essential of quality nursing documentation. International Journal of Nursing Practice, 2010; 16:112-124.*
5. *Urquhart C, Currell R, Grant MJ, Hardiker NR. Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. The Cochrane Collaboration, 2009.*
6. *Saranto K, Kinnunen U. Evaluating nursing documentation – research designs and methods: systematic review. Journal of Advanced Nursing, 2009; 65(3):464-476.*
7. *Müller M, Lavin M, Needham I, van Achterberg T. Nursing diagnoses, interventions and outcomes – application and impact on nursing practice: systematic review. Journal of Advanced Nursing, 2006; 56(5): 514-531.*
8. *Simmons B. Clinical reasoning: concept analysis. Journal of Advanced Nursing, 2010; 66(5), 1151-1158.*

POLO DELLA PRATICA CLINICA

TITOLO SINTETICO

INTERVENTI INFERMIERISTICI NEI PAZIENTI SCLERODERMICI

COORDINATORE PROGETTO
C. Uras

RESP. DEL POLO
S. Casciato

COD. 4.12.3

TITOLO PROGETTO

Interventi infermieristici informativi/educativi per l'autogestione dell'apertura della bocca nei pazienti sclerodermici: trial randomizzato a due bracci

ABSTRACT

La sclerodermia (SSc) è una malattia cronica multi sistemica che colpisce il tessuto connettivo, con conseguente indurimento della pelle, interessamento degli organi interni, compromissione del sistema muscolo-scheletrico e del microcircolo. Tale condizione determina disabilità, peggioramento della qualità della vita (QoL) e depressione.
Il volto perde la sua espressività: vi è una riduzione nell'apertura della bocca (microstomia) e assottigliamento delle labbra (microcheilia). La presenza di microstomia limita il paziente nell'igiene del cavo orale e dentale, nel mangiare e nel parlare. Molte situazioni croniche possono essere autogestite e vi è sempre una maggiore convinzione che il modello assistenziale richieda il coinvolgimento e la responsabilità del paziente nell'autogestione della malattia. Questi consentono ai pazienti di acquisire conoscenze e competenze per gestire quotidianamente la loro condizione ed è dimostrato che producono effetti positivi a lungo termine nei loro comportamenti. La teoria infermieristica dell'autogestione, che deriva dalla teoria dell'autoefficacia, sostiene che il paziente cronico può essere educato, attraverso piani d'azione orientati all'apprendimento di conoscenze e capacità che gli consentono di meglio gestire la malattia da un punto di vista clinico, relazionale ed emotivo.
Tali concetti possono essere applicati anche all'autogestione della sclerodermia e, in particolare, agli esercizi per l'apertura della bocca.
Si ipotizza che un programma informativo/educativo di auto-gestione della microstomia e microcheilia possa ridurre il disagio fisico (orale), con conseguente miglioramento sia dello stato mentale sia della QoL dei pazienti sclerodermici. Si propone uno studio randomizzato a due braccia dove l'infermiere garantirà l'informazione/l'educazione (gruppo di controllo) e informazione educazione + training (gruppo d'intervento) per esercizi di apertura della bocca. La valutazione dello stato di salute, dell'impatto della malattia dermatologica e lo stato di ansia/depressione verranno valutati all'arruolamento e trimestralmente (per un anno) nei pazienti afferenti al Day Hospital e nei reparti dell'IDI IRCCS. Si attende un miglioramento e della capacità fisiche e della QoL che verranno valutati oggettivamente e con strumenti validati e ben conosciuti.

BACKGROUND

Il Protocollo è stato elaborato seguendo, per quanto di pertinenza, le indicazioni riportate al capitolo 6 dell'allegato 1 (Linee guida per la buona pratica clinica) al DM 15 luglio 1997.
La ricerca sarà condotta in ottemperanza al protocollo.
La sclerodermia (SSc) è una malattia cronica multi sistemica che colpisce il tessuto connettivo, con conseguente indurimento della pelle, interessamento degli organi interni, compromissione del sistema muscolo-scheletrico e del microcircolo1. La prevalenza della patologia va da 88 a 276 individui per milione, con una proporzione di maschi e femmine di 1:4[2]. Lo stato avanzato della sclerodermia può presentare vari sintomi: sindrome di Raynaud, ulcere digitali profonde, disfunzioni muscolo-scheletriche, disturbi gastrointestinali, disfunzioni renali, cardiache, polmonari, del sistema nervoso e difficoltà nella masticazione[3]. Tale condizione determina disabilità[4], peggioramento della qualità della vita (QoL)[5] e depressione1.
Il coinvolgimento connettivale/fibrotico del viso e dei tessuti orali è una caratteristica tipica della

BACKGROUND

malattia; porta inevitabilmente a cambiamenti estetici[6] con conseguente alterazione della propria immagine[7,8].
Il volto perde la sua espressività: vi è una riduzione nell'apertura della bocca (microstomia) e assottigliamento delle labbra (microcheilia). La presenza di microstomia limita il paziente nell'igiene del cavo orale e dentale, nel mangiare e nel parlare[9]. Programmi tradizionali di esercizi oro-facciali svolti a casa per migliorare l'apertura della bocca hanno mostrato alcuni effetti positivi nel breve periodo9. Questi, associati al massaggio connettivale facciale, kinesiterapia e tecnica di Kabat[10,11], portano ad una riduzione dello spessore della fibrosi del viso e ad un recupero nell'apertura della bocca[10]. Tuttavia sono necessari periodi più lunghi di trattamento riabilitativo per verificare eventuali miglioramenti nella QoL. Periodi lunghi di trattamento, come spesso avviene per le patologie croniche, impongono un maggior carico famigliare, aumento nell'uso dei servizi sanitari e nel consumo di risorse.
Molte situazioni croniche possono essere autogestite e vi è sempre una maggiore convinzione che il modello assistenziale richieda il coinvolgimento e la responsabilità del paziente nell'auto-cura della malattia[12].
Nel Regno Unito, la politica sanitaria promuove programmi educativi di auto-gestione, rivolti a pazienti cronici, gestiti da laici[13] o da pazienti esperti[14]. Questi consentono ai pazienti di acquisire conoscenze e competenze per gestire quotidianamente la malattia ed è dimostrato che producono effetti positivi a lungo termine nei loro comportamenti [15]. I programmi si basano sulla teoria dell'auto-efficacia di Bandura[16] e dell'autogestione di Lorig[17]. La teoria sociale cognitiva di Bandura afferma che i presupposti chiave del cambiamento nel comportamento sono la fiducia nell'azione da svolgere e l'aspettativa che un obiettivo sarà raggiunto[16]. La teoria dell'autogestione, che deriva dalla teoria dell'autoefficacia, sostiene che il paziente cronico può essere educato, attraverso piani d'azione orientati all'apprendimento di conoscenze e capacità che gli consentono di gestire la malattia da un punto di vista medico, relazionale ed emotivo[14,18].
Tali concetti possono essere applicati anche all'autogestione della sclerodermia e, in particolare, agli esercizi per l'apertura della bocca.
Si ipotizza che un programma educativo/riabilitativo di auto-gestione della microstomia e microcheilia possa ridurre il disagio fisico, con conseguente miglioramento sia dello stato mentale sia della QoL dei pazienti sclerodermici.

OBIETTIVI DI PROGETTO

Generali
Lo scopo dello studio è di valutare nel breve e medio periodo gli effetti dell'informazione e dell'educazione all'autogestione della riabilitazione della bocca dei pazienti sclerodermici.

Specifici
- Valutare se l'intervento informativo/formativo di auto-gestione della riabilitazione della bocca riduca la disabilità;
- Valutare se l'intervento migliori la QoL e riduca lo stato di ansia/depressione;
- Verificare se l'intervento informativo/formativo del gruppo sperimentale (a cui saranno insegnati gli esercizi per la bocca -training) ottenga risultati migliori rispetto al solo intervento informativo educativo del gruppo di controllo.

METODOLOGIA

Disegno dello studio
Studio randomizzato a due bracci.
I pazienti saranno assegnati a due gruppi: uno sperimentale ed uno di controllo utilizzando una sequenza di numeri casuali:
- gruppo sperimentale: informazione scritta e audiovisiva che spiega la tecnica per gli esercizi per la bocca nonché una dimostrazione pratica e un training specifico effettuate da un infermiere;
- gruppo di controllo: informazione scritta e audiovisiva che spiega la tecnica per gli esercizi per la bocca;
- la realizzazione del DVD e Depliant informativo (per gli esercizi dell'apertura della bocca) è premessa delle attività informative.

I pazienti saranno reclutati nelle divisioni dermatologiche e nel Day-Hospital (DH) dermatologico dell'IDI-IRCCS coinvolte nel progetto. Saranno pazienti consecutivi che afferiscono all'Istituto sia per diagnosi sia per terapia. A costoro sarà presentato lo studio e, se accetteranno di parteciparvi, verranno arruolati dopo aver firmato l'opportuno consenso informato.
Dopo l'arruolamento (tempo T0), in un incontro di circa 30 minuti, l'infermiere consegnerà e

spiegherà (anche ai caregiver se presenti ed interessati) l'opuscolo informativo e DVD audiovisivo per l'autogestione della microstomia e microcheilia. Si consegneranno i questionari per la valutazione della patologia, della QoL e del rischio di ansia/depressione Mouth Handicap in Sistemic Sclerosis scale (MHISS), Skindek 17, General Health Questionnaire 12 domande, (GHQ-12) e la scheda di raccolta dei dati demografici. I questionari saranno riconsegnati all'infermiere a fine mattinata con la valutazione della severità della patologia (PGA) effettuata dal medico.
I medesimi questionari saranno ripresentati con cadenza trimestrale per altre quattro volte (T1, T2, T3, T4).
L'infermiere, inoltre, al T0 e nei vari follow-up dovrà valutare:
la massima apertura della bocca che sarà misurata in centimetri, rilevando la distanza tra la punta degli incisivi superiori ed inferiori (media di due rilevazioni consecutive)19. Tali rilevazioni verranno effettuate da un infermiere terzo sia alla formazione che al training.
Sempre al T0 sarà consegnata al paziente una scheda/diaria in cui riportare gli esercizi quotidiani prescritti, che sarà valutata e discussa in tutti i tempi di follow-up.
La scheda anagrafica contiene: età; sesso; titolo di studio; stato civile; provenienza; terapia topica e sistemica; durata della malattia, numero delle ospedalizzazioni, patologie concomitanti. I dati a loro volta, saranno riportati nelle Case Report Form (CRF) assieme ai punteggi dei questionari citati ed alla misurazione dell'apertura della bocca per tutti i tempi di osservazione.

Popolazione
La prevalenza della Sclerodermia sistemica varia da 19 a 75 per 100.000 soggetti. Ogni anno si registra un'incidenza di circa 19 casi per milione di persone20. Le donne sono colpite più degli uomini con un rapporto di circa 3:1. Questa differenza si accentua in età fertile, in cui l'incidenza nel sesso femminile rispetto al sesso maschile raggiunge un rapporto superiore o uguale a 8:1. Presso l'IDI- IRCSS sono visitati annualmente circa 170 casi e ciascuno ha in media 3 rientri l'anno per cure e accertamenti.
Per lo studio saranno considerati pazienti già in cura presso l'istituto ed i nuovi casi che si presenteranno per la visita dermatologica.
Per lo studio si stima una perdita nel tempo di circa il 10% dei casi arruolati.

Criteri di inclusione/esclusione
Sono inclusi nello studio i pazienti ricoverati o visitati ambulatorialmente:
- con diagnosi di Sclerodermia diffusa valutati secondo le Linee Guida Internazionali[21];
- pazienti di ambo i sessi;
- maggiore età (>18 aa);
- pazienti che presentano microstomia e microcheilia;
- capacità di leggere e comprendere la lingua italiana;
- capacità di apprendimento;
- capacità di capire le modalità e le finalità dello studio e di firmare un consenso informato.

I pazienti saranno arruolati indipendentemente dalle terapie effettuate per il trattamento della patologia, che comunque verranno registrate nella CRF.
Saranno esclusi dallo studio i pazienti:
- con gravi ulcerazioni alle mani;
- con morbidità psichiatrica maggiore (es. diagnosi di depressione, schizofrenia, alterazioni bipolari dell' umore o che fanno uso di farmaci antipsicotici);
  con problemi odontoiatrici o processi infiammatori sottomandibolari;

Intervento
L'intervento infermieristico per l'autogestione della bocca per il gruppo sperimentale si fonda su quattro cardini: 1) informazione mediante depliant e DVD audiovisivo; 2) dimostrazione pratica di esercizi per apertura della bocca, con replica da parte del paziente; 3) controllo della registrazione quotidiana nell'apposita scheda degli esercizi effettuati; 4) verifica al follow-up dei progressi.
Per il gruppo di controllo l'intervento è limitato ai punti 1), 3), 4).
Il programma d'azione è della durata di dodici mesi, con follow-up trimestrale.
Nel primo incontro, di circa trenta minuti, l'infermiere consegna il depliant informativo ed il DVD audiovisivo che proietta fornendo spiegazioni.
Il depliant è illustrato anche con figure che mostrano la muscolatura della bocca. E' spiegato in che cosa consiste la fibrosi. Sono illustrate le metodiche per gli esercizi per l'apertura della bocca; che debbono essere svolti in modo combinato e con tempi adeguati. Il DVD illustra il contenuto del depliant,

mostrando anche un paziente che esegue gli esercizi per l'apertura della bocca.
Essi consistono in esercizi di stretching10 e di smorfie che coinvolgono i muscoli mimici19 da fare davanti allo specchio. Gli esercizi saranno divisi in tre sequenze. La prima va eseguita almeno 3 volte al giorno per 5 minuti e consiste nell'inserire i pollici agli angoli della bocca al fine di ampliarla.
I movimenti devono essere eseguiti bilateralmente e simultaneamente10. La seconda consiste nell'inserire vari abbassalingua (in numero crescente) tra i molari dell'arcata superiore ed i molari dell'arcata inferiore al fine di raggiungere la massima apertura della bocca. Gli abbassalingua dovrebbero essere mantenuti in sede per almeno 8 minuti. La terza consiste nel fare una serie di smorfie davanti allo specchio da eseguire una volta al giorno19 per la durata di 2 minuti. Tutti gli esercizi vanno svolti quotidianamente per tutta la durata del programma (12 mesi) ed ogni volta dovranno essere riportati nella scheda/diario tra gli esercizi svolti con eventuali commenti.
L'impegno quotidiano sarà di circa di 25 minuti.
In prossimità del follow-up i pazienti saranno contattati telefonicamente dall'infermiere che seguirà il progetto. La consultazione telefonica ha lo scopo di verificare se il paziente effettua i trattamenti, di mantenere costante il suo impegno e di creare un rapporto collaborativo.
La scheda/diario ha la funzione di responsabilizzare il paziente a seguire il programma prescritto.
Egli dovrà annotare quotidianamente gli orari ed i tempi di esecuzione degli esercizi della bocca, gli eventuali miglioramenti riscontrati, le difficoltà incontrate, i problemi eventualmente sopraggiunti (quali dolore, etc.).

STRUMENTI
Questionari
I questionari di seguito elencati sono stati tutti validati in italiano e ripetutamente utilizzati sia in ricerca che nella routine clinica:
MHISS (Mouth Handicap in Sistemic Sclerosis)[22]: per valutare la disabilità del cavo orale;
GHQ-12 (General Health Questionnaire-12)[23,24]: per valutare il rischio di ansia/depressione;
Skindeks-17[25] per valutare l'impatto sulla QoL legato alla malattia dermatologica: due scale una legata ai sintomi ed una legata alla parte emotiva relazionale;
PGA (Patient Global Assessment)[26]: per la valutazione della severità della patologia identificata dal dermatologo;
variazione della severità percepita (dal paziente) rispetto alla volta precedente;

Misurazione dell'apertura della bocca:
media delle due rilevazioni consecutive.

Benefici e rischi
I benefici che i pazienti potranno avere dallo studio sono una migliore apertura della bocca e una migliore qualità di vita. Ulteriore beneficio è rappresentato dalla possibilità di evitare i costi della fisioterapia.
I risultati conseguiti, inoltre, potrebbero aumentare il senso di fiducia nelle proprie capacità. La procedura (formazione/informazione e training), infine, potrebbe entrare a far parte della routine assistenziale dei pazienti sclerodermici.
I rischi potrebbero essere determinati da manovre fatte male che comunque verrebbero interrotte alla comparsa del dolore. Dolenzia e dolore verranno riportati nella scheda diario del paziente.
La riduzione dei costi ha un interesse anche per la collettività che attualmente vede ridotte le risorse anche in ambito sanitario.

Monitoraggio dello studio
I pazienti saranno assistiti in tutte le fasi dallo stesso infermiere. Per la valutazione dell'apertura della bocca verrà invece utilizzato un infermiere terzo alla conoscenza del braccio di appartenenza dei pazienti.
Il monitoraggio dopo il T0 verrà effettuato periodicamente ai tempi T1(3 mesi), T2(6 mesi), T3 (9 mesi) e T4 (12 mesi).con: la misurazione dell'apertura della bocca, la discussione della scheda quotidiana e con la somministrazione dei questionari.

Stima del campione
Con riferimento allo studio di Bongi et al.[27] e stimando una differenza dell'apertura buccale al tempo T3 rispetto al basale T0 di 0.78 cm., con una deviazione standard di 1, si può stimare una numerosità di 29

METODOLOGIA

pazienti per gruppo avendo fissato α 0.05 e β 0.20 per poter osservare differenze significative. Saranno, quindi, necessari 33 pazienti per braccio (considerando un 10% di perdite). In totale 66 pazienti. Dopo i primi 15 casi verrà effettuata una valutazione in itinere sull'intervento e qualora l'apertura buccale media non avesse avuto il miglioramento atteso si riconsidererà la numerosità del campione.

Caratteristiche organizzative
I pazienti verranno arruolati al momento del ricovero. Le informazioni ed il DVD saranno consegnati e illustrati nelle stanze di degenza lo stesso giorno del ricovero. Per il gruppo sperimentale, verrà proiettato il DVD audiovisivo su televisore appositamente acquisito e fatta dimostrazione pratica *"face to face"*; i pazienti a loro volta, la ripeteranno con la supervisione dell'infermiere e del fisioterapista. La durata della dimostrazione sarà di circa 40 minuti; che sarà eseguita al letto del paziente
I pazienti saranno contattati telefonicamente in prossimità del follow-up, che coinciderà con la terapia programmata dall'Istituto.

Fattibilità
Si stima di reclutare circa 66 pazienti nell'arco di sei mesi.
È necessaria la disponibilità del personale medico, infermieristico e del fisioterapista per tutto il corso dello studio.

Tempi
Lo studio avrà la durata di ventiquattro mesi.
Sei mesi per il reclutamento.
Si prevedono 4 follow-up trimestrali dopo il T0.

Analisi statistica
I dati saranno presentati come medie e deviazioni standard. T di Student o Mann-Whitney saranno utilizzati per comparare il gruppo d'intervento con il gruppo di controllo. L'ANOVA sarà utilizzata per le misure ripetute. Verranno effettuate analisi sui delta dei vari tempi rispetto al T0 nei medesimi soggetti. Verrà analizzata la differenza tra i due gruppi nei diversi tempi di osservazione per ciascuna delle variabili in esame. Sarà considerata statisticamente significativa una differenza con $p<0.05$. L'analisi sarà condotta con software Stata versione 11.

Aspetti etici
Saranno reclutati solo pazienti che accetteranno di entrare nello studio dopo aver firmato il consenso informato. Le informazioni fornite saranno le medesime nei due gruppi. Il depliant ed il DVD saranno forniti a tutti i partecipanti al progetto.
I dati sensibili verranno registrati in un unico computer ed i database appositamente organizzati saranno accessibili solo ai ricercatori coinvolti nello studio.

RISULTATI ATTESI

Apertura della bocca: almeno un 20% in più al T4 rispetto al T0. Tale aumento sarà maggiore nei pazienti che avranno effettuato il training per gli esercizi dell'apertura della bocca.
Qualità di vita: riduzione dei valori dello Skindex 17 nelle due scale al tempo T1, T2, T3 e T4 rispetto al T0, maggiore nel gruppo sperimentale. GHQ-12: riduzione dei GHQ-casi ("caso" identificato dal punteggio ≥4 nella valutazione dicotomica 0-0 1-1) e dei valori di GHQ-12 (0-36) in tutti i soggetti a T1 T2 T3 e T4 rispetto al T0.
Informazioni ottenute Le informazioni ottenute saranno diffuse con pubblicazioni e reports scientifici e divulgate anche alle associazioni dei pazienti.L'autogestione aumenterà l'empowerment dei pazienti (conoscenze/capacità/abilità) monitorato attraverso la scheda quotidiana.
Se l'efficacia dell'intervento verrà provata, si provvederà a valutare anche la riduzione dei costi che un tale intervento può produrre.

PIANIFICAZIONE

	DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
1	Costituzione Team Progetto	Infermieri , Coordinatori sanitari, Statistico e Medico	15 giorni
2	Sottomissione e approvazione al comitato del Centro di Eccellenza IPASVI-Roma	Comitato Centro di Eccellenza IPASVI Roma	15 giorni
3	Sottomissione e approvazione al Comitato Etico IDI-IRCCS- Roma	Comitato Etico IDI-IRCCS	15 giorni
4	Stesura progetto formativo e accreditamento ECM sia per il corso di formazione sia per l'attività di ricerca (FSC)	Coordinatore sanitario, Medico	2 mesi
5	Corso di formazione ECM	Clinici e ricercatore IDI-IRCCS	2 giorni
6	Elaborazione strumenti di indagine (questionari, CRF, Scheda/ diario) Brochure e DVD (prototipo)	Team di progetto e tecnici per elaborazioni immagini	2 mesi
7	Acquisto strumenti (TV, Lettore DVD, DVD, Calibro)	Amministrazione IDI-IRCCS	15 giorni
8	Reclutamento pazienti e raccolta dati al T0	Infermieri	6 mesi
9	Informazione/Formazione /Training dei pazienti sclerodermici	Infermieri , Fisioterapista	18 mesi
10	Monitoraggio	Infermieri	15 mesi
11	Raccolta e immissione dati	Infermieri, Statistico	Durante progetto + un mese
12	Analisi Dati	Statistico	2 mesi
13	Stesura report IPASVI	Team di progetto	3 mesi
14	Pubblicazione finale	Team di progetto	3 mesi

DIAGRAMMA GANTT

ATTIVITÀ	G 12	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D	G 13	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D
1. Costituzione Team Progetto																								
2. Sottomissione e approvazione al comitato del Centro di Eccellenza IPASVI-Roma																								
3. Sottomissione e approvazione al Comitato Etico IDI-IRCCS																								
4. Stesura Progetto formativo e accreditamento ECM sia per il corso di formazione sia per l'attività di ricerca																								
5. Corso ECM			2 gg																					
6. Elaborazione strumenti di indagine (questionari, CRF, Scheda/diario) Brochure e DVD (prototipo)																								
7. Acquisto strumenti (TV, Lettore DVD, DVD, Calibro)																								
8. Reclutamento pazienti e raccolta dati al T0																								
9. Informazione/ Formazione/ Training dei pazienti sclerodermici																								
10. Monitoraggio																								
11. Raccolta e immissione dati																								
12. Analisi dati																								
13. Stesura report IPASVI																								
14. Pubblicazione finale																								

BIBLIOGRAFIA

1 *H. Mu¨ller, P. Rehberger, C. Gu¨nther, et al. Determinants of disability, quality of life and depression in dermatological patients with systemic scleroderma. BJD. 2011; 1-11*

2 *Mayes MD, Lacey JV Jr, Beebe-Dimmer J, et al. Prevalence, incidence, survival, and disease characteristics of systemic sclerosis in a large US population. Arthritis Rheum. 2003; 48:2246–2255*

3 *LeRoy EC, Black C, Fleischmajer R et al. Scleroderma (systemic sclerosis): classification, subsets and pathogenesis. J Rheumatol. 1988; 15:202–205*

4 *Poole JL, Steen VD. The use of the Health Assessment Questionnaire (HAQ) to determine physical disability in systemic sclerosis. Arthritis Care Res. 1991; 4:27–31*

5 *Hudson M, D. Thombs B, Steele R, Panopalis P, et al. Health-related quality of life in systemic sclerosis: a systematic review Arthritis & Rheumatism. 2009;61: 1112–1120*

6 *Del Rosso A, Boldrini M, D'Agostino D, et. Al. Health-related quality of life in systemic sclerosis as measured by the Short Form 36: relationship with clinical and biologic markers. Arthritis Rheum. 2004; 51:475–481*

7 *Joachim G, Acorn S. Life with a rare chronic disease: the scleroderma experience. J Adv Nurs. 2003; 42:598–606*

8 *Benrud-Larson LM, Heinberg LJ, Boling C, et al. Body image dissatisfaction among women with scleroderma: extent and relationship to psychosocial function. Health Psychol. 2003; 22:130–139*

9 *Pizzo G, Scardina GA, Messina P EVects of a non surgical exercise program on the decreased mouth opening in patients with systemic scleroderma. Clin Oral Investig. 2003; 7: 175–178*

10 *Matucci-Cerinic M, Maddali Bongi S, Landi G, et al. Association of Kabat's technique, connective massage and kinesitherapy in the rehabilitative treatment of systemic sclerosis face. International Workshop on Scleroderma. 2007 May 18–20, , Tokyo, Japan, abstr. 091: 94*

11 *Maddali-Bongi S, Landi G, Galluccio F, et al. The rehabilitation of facial involvement in systemic sclerosis: efficacy of the combination of connective tissue massage, Kabat's technique and kinesitherapy: a randomized controlled trial. Rheumatol Int. 2011; 31: 895–901*

12 *Bodenheimer T, Lorig K, Holman H et al. Patient self management of chronic disease in primary care. JAMA. 2002; 288: 2469–2475*

13 *Foster G, Taylor SJC, Eldridge S, et al. Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions (Cochrane Database of Systematic Review 2009)*

14 *Lorig K. Partnerships between expert patients and physicians. Lancet. 2002; 359: 814–815*

15 *Lorig K, Lubeck D, Kraines R, et al. Outcomes of self-help education for patients with arthritis. Arthritis Rheum. 1985;28:680–85*

16 *Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review 1977; 84:191–215*

17 *Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. Ann Behav Med 2003;26:1-7*

18 *Lorig K, Sobel DS, Stewart AL, et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. Med Care 1999;37: 5-14*

19 *Kendall FP, Kendall EM, Provance PG. Muscles, functions and test. Lippincott Editor, Philadelphia 2002*

20 *Gilliland BC in Harrison's principles of internal medicine 15th ed. Eugene Braumwald et al. 1937-45; 2001*

21 *Bombardieri S, Medsger TA Jr, Silman AJ, et al. The assessment of patient with systemic sclerosis. Clin Exp Rheumatol. 2003; 21: S2–4*

22 *Maddali Bongi S., Del RossoA, Miniati I et al. The Italian version of the Mouth Handicap in Systemic Sclerosis scale (MHISS) is valid, reliable and useful in assessing oral health-related quality of life (OHRQoL) in systemic sclerosis (SSc) Patients. Rheumatol Int. 2011*

23 *Bellantuono C, Fiorio R, Zanotelli R, et al. Psychiatric screening in general practice in Italy. A validity study of the GHQ. Social Psychiatry. 1987; 22: 113-117*

24 *Picardi A, Abeni D, Pasquini P. Assessing psychological distress in patients with skin diseases: reliability, validity and factor structure of the GHQ-12. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2001; 5: 410-17*

25 *Nijsten TE, Sampogna F, Chren MM, Abeni D Testing and reducing skindex-29 using Rash analysis: Skindex-17 J invest Dermatol 2006; 126: 1244-50*

26 *Chren MM, Lasek RJ, Flocke SA, Zyzonski SJ. Improve discriminative and evaluative capability of a refined version of Skindex, a quality of life instrument for patient with skin disease. Arch Dermatol. 1997; 133:1433-1440*

27 *Maddali Bongi S, Del Rosso A, Galluccio F, et al. Efficacy of connective tissue massage and Mc Mennell joint manipulation in the rehabilitative treatment of the hands in systemic sclerosis. Clin Rheumatol. 2009; 28:1167–1173*

POLO DELLA PRATICA CLINICA

TITOLO SINTETICO

Exercise in HF patients by video games

COORDINATORE PROGETTO
E. Vellone

RESP. DEL POLO
S. Casciato

COD. 4.12.4

TITOLO PROGETTO

Aumentare la capacità dei pazienti con scompenso cardiaco di eseguire esercizi fisici mediante l'uso di video games: uno studio controllato randomizzato

ABSTRACT

Lo scopo del presente studio è determinare l'efficacia di un intervento strutturato tramite video gioco nei pazienti con Scompenso Cardiaco (SC) al fine di migliorare la loro capacità di esercizio, l'attività fisica giornaliera e la qualità della vita, e diminuire l'utilizzo dei servizi sanitari.
Le domande di ricerca sono:

- Qual'è l'efficacia dell'introduzione e utilizzo di un video gioco nei pazienti con SC al fine di migliorare la loro capacità di esercizio fisico rispetto ai pazienti con SC nel gruppo di controllo?
- Qual'è l'efficacia dell'introduzione e utilizzo di un video gioco nei pazienti con SC al fine di aumentare l'attività fisica quotidiana, diminuire l'utilizzo dei servizi sanitari e migliorare la qualità di vita rispetto ai pazienti con SC nel gruppo di controllo?
- Qual'è l'esperienza dei pazienti con SC in merito all'utilizzo di un video gioco per motivare l'attività fisica nei pazienti con SC?

Disegno
Trial clinic randomizzato controllato in cui saranno arruolati 600 pazienti con SC (300 nel gruppo sperimentale e 300 nel gruppo di controllo) in 6 Paesi: Svezia, Olanda, Germania, Australia, Israele e Italia. Ogni Paese arruolerà 100 pazienti e li seguirà per 12 mesi.
Endpoints
Capacità di esercizio, attività fisica quotidiana, funzionalità muscolare, motivazione all'esercizio, self-efficacy, sforzo fisico percepito, sintomi di SC, qualità di vita, benessere globale, ricoveri, mortalità, costi, esperienze del paziente.

BACKGROUND

Lo Scompenso Cardiaco (HF) ha una prevalenza molto alta. Si stima che la prevalenza totale dello SC nel mondo sia dell'1-2% e in Italia circa 1 milione di persone soffre di SC.1 Il numero di pazienti con SC sta aumentando a causa dell'invecchiamento della popolazione e per i vantaggi terapeutici che hanno migliorato il tasso di sopravvivenza di questa popoalzione.1
Un numero crescente di pazienti con SC vivono più a lungo nella comunità. Come parte del trattamento per lo SC, ai pazienti viene consigliato di fare più movimento fisico, perché è stato dimostrato che nei pazienti con SC l'esercizio fisico produce benefici come la riduzione della sintomatologia, una maggiore sopravvivenza e una qualità di vita migliora.2 Una meta-analisi che comprendeva 801 pazienti randomizzati in trial di allenamenti fisici ha riscontrato che i pazienti assegnati agli allenamenti venivano ricoverati di meno frequente in ospedale e avevano una prognosi migliore.3 Lo studio più recente sui pazienti con SC è l'HF-ACTION (Heart Failure: A Controlled Trial Investigating Outcomes of Exercise Training). In questo studio (2331 pazienti), i pazienti con SC che hanno seguito un programma di esercizi fisici in ospedale o a domicilio hanno migliorato la loro capacità di svolgere gli esercizi e hanno avuto un beneficio significativo contro ogni causa di mortalità.4
Tuttavia, nonostante gli esiti positivi degli effetti dell'esercizio, l'aderenza agli esercizi da parte dei pazienti con SC era bassa (circa 50%) e la non aderenza alle raccomandazioni ha avuto un effetto negativo sugli esiti clinici, come la ri-ospedalizzazione per SC e mortalità.5,6 Inoltre, il limite principale

BACKGROUND

dell'HF-ACTION è stata la scarsa aderenza al regime di allenamento prescritto (solo il 30% dopo 3 anni) e nello studio COACH, solo il 39% dei pazienti ha dichiarato di aver aderito alle raccomandazioni di eseguire gli esercizi, nonostante il fatto che l'80% di loro avesse riconosciuto la loro importanza.4,5 Le barriere all'essere e a rimanere attivi sono spesso correlate a problemi di motivazione e pratici, come il tempo, la possibilità di raggiungere una palestra o un centro di riabilitazione oppure i costi.6
Le attività in casa sono sempre più oggetto di studio, per esempio introducendo programmi che prevedono passeggiate o esercizi nelle cure primarie.2,6,7 Diventare fisicamente attivi rappresenta un primo passo per raggiungere un livello di esercizio per migliorare gli esiti. Tuttavia, non è facile rimanere motivati e inoltre il clima (per es. il freddo in Svezia o il caldo in Italia, Australia e Israele) scoraggia i pazienti a uscire dalle proprie case per fare attività fisica.
Un nuovo approccio teso ad aumentare l'attività fisica in casa è l'uso di "giochi seri di realtà virtuale" ovvero "serious gaming". È stato riconosciuto che l'impiego del "serious gaming" ha molto da offrire nelle aree della prevenzione e della riabilitazione.8,9 Dall'altro canto, per evitare un nuovo "iper", sovrastimando le potenzialità di questi giochi, queste nuove opzioni dovrebbero essere testate in gruppi specifici di pazienti.

Perché finanziare questa ricerca?
C'è una richiesta crescente per rendere i pazienti con SC più attivi, perché in questo modo si possono migliorare gli esiti, come la riduzione della sintomatologia, maggiore sopravvivenza e una migliore qualità di vita. Allo stesso tempo, è noto che è difficile convincere i pazienti con SC ad essere attivi.10 Pertanto, riteniamo che i video giochi 'serious virtual reality games' possono più facilmente motivare i pazienti a diventare attivi. Tale motivazione ad essere attivi potrà quindi aiutare i pazienti ad esercitarsi fino a raggiungere un livello che migliora gli esiti. Attualmente, in commercio sono disponibili diverse di queste applicazioni di realtà virtuale, ma limitati solamente ad anziani con una o più malattie. Gli studi sulla buona qualità relativamente agli anziani sono scarsi e alcune prove scientifiche dimostrano che gli anziani possono avere particolari preferenze di gioco (compreso il contesto sociale del gioco) o avere difficoltà nel utilizzare complessi giochi digitali.8,9 L'American Heart Association ha recentemente utilizzato il game computer per promuovere piccoli passi verso uno stile di vita sano. Tuttavia, questi nuovi concetti dovranno essere valutai per l'uso in gruppi di pazienti e per l'efficacia sugli esiti correlati ai pazienti.

Perché adesso e perché noi?
Il Gruppo di Studio per gli Esercizi Fisici nei pazienti con SC della Heart Failure Association della Società Europea di Cardiologia ha recentemente pubblicato un documento di intesa che fornisce informazioni pratiche sull'organizzazione e l'applicazione del training fisico ai pazienti con SC.2 Nel 2012 questo gruppo (compreso il richiedente) ha pubblicato un articolo che affronta i problemi della non-aderenza, attualmente riconosciuto come l'ostacolo principale per l'implementazione su larga scala del training fisico.6
Nel nostro gruppo, adesso abbiamo l'ottima opportunità di abbinare conoscenze note da lungo tempo all'expertise nell'assistenza SC (Jaarsma, Strömberg) e di motivare i pazienti a cambiare lo stile di vita (Stewart). Abbiamo anche esperienza nella valutazione di programmi domiciliari di esercizi fisici (Mårtensson) e nella conduzione di trial multicentrici su larga scala (Jaarsma, Strömberg, Mårtensson, Stewart, Ben Gal).1,2,3,5,11 Tutti i richiedenti possono fare riferimento a grandi network nazionali e internazionali e sono coinvolti in gruppi che si occupano di esercizi fisici e di aderenza in SC (es. Dickstein, Piña, Conraads,) e coinvolti nello sviluppo di linee guida professionali su esercizi e standard nell'assistenza di pazienti con SC. Localmente, lavoriamo a stretto contatto con il dipartimento di Terapia Occupazionale e Fisioterapia.

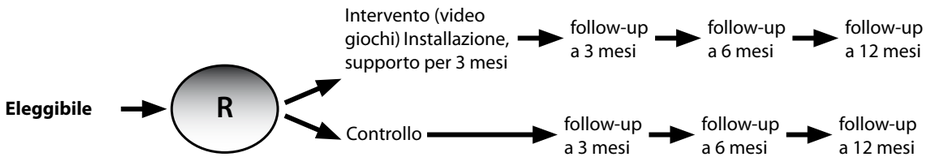
OBIETTIVI DI PROGETTO

Domande di ricerca e obiettivi

- Qual è l'efficacia dell'introduzione e dell'accesso strutturato all'uso dei videogiochi nei pazienti con scompenso cardiaco nel migliorare le loro capacità di eseguire gli esercizi rispetto ai pazienti con SC nel gruppo di controllo?
- Qual è l'efficacia dell'introduzione e dell'accesso strutturato all'uso dei videogiochi nei pazienti con scompenso cardiaco rispetto ai pazienti con SC nel gruppo di controllo nell'aumentare la loro attività fisica quotidiana, nel ridurre il ricorso ai servizi sanitari e nell'aumentare la qualità di vita?
- Quali sono le esperienze dei pazienti con SC e qual è la loro motivazione ad eseguire gli esercizi quando vengono introdotti e istruiti all'uso dei videogiochi?

METODOLOGIA

Disegno
Un disegno multicentrico internazionale controllato randomizzato con un gruppo di intervento e di controllo con un totale di 600 pazienti con scompenso cardiaco (NYHA II-IV). In ciascun centro, i pazienti saranno randomizzati in una di queste situazioni: controllo dell'attenzione (controllo) o accesso strutturato al computer con videogioco. Il tempo di intervento attivo sarà di 3 mesi e tutti i pazienti sono seguiti per 12 mesi.



Il Gruppo di Controllo e di Intervento:
Controllo: I pazienti con SC riceveranno il solito trattamento e informazioni sulle attività di riabilitazione e delle attività quotidiane. Dopo l'arruolamento nello studio, I pazienti riceveranno un programma di esercizi come da protocollo dal team per lo SC (infermiere, cardiologo e/o fisioterapista). Per controbilanciare l'attenzione aggiuntiva per l'introduzione del computer con i videogiochi nel gruppo di intervento, il gruppo di controllo riceverà lo stesso numero di contatti pianificati. I pazienti ricevono un follow-up telefonico dopo 2, 4, 8, 12 settimane seguendo un copione standard per discutere le loro attività correnti.

Gruppo di Intervento (videogioco): I pazienti con SC riceveranno il solito trattamento e informazioni sulle attività di riabilitazione e delle attività quotidiane. In più, essi saranno introdotti all'uso del computer per videogiochi grazie ad una lezione introduttiva di circa due ore e il videogioco sarà installato a casa. Essi riceveranno la consolle del videogioco e un telecomando. I videogioco viene installato sulla TV che il paziente possiede a casa. Essi inoltre ricevono i giochi che simulano 5 sport diversi: tennis, box, golf, baseball e bowling. Essi vengono istruiti a muovere il telecomando del videogioco simulando lo sport della vita reale; per esempio, impugnando e oscillando il telecomando come una palla di bowling o come una racchetta da tennis. Durante i primi tre mesi dopo l'inclusione, i pazienti saranno contattati telefonicamente dopo 2, 4, 8, 12 settimane per discutere delle loro esperienze con il videogioco o per risolvere eventuali problemi. Dopo tre mesi, il supporto attivo viene sospeso, ma il paziente potrà tenersi il videogioco.

2. Popolazione di studio
I pazienti saranno reclutati dagli ambulatori SC, dipartimenti di cardiologia o centri di cure primarie in 3 comunità svedesi (Linköping, Norrköping, Jönkoping), 1 in Israele, 1 in Italia, 1 in Germania, 1 in Australia e 1 nei Paesi Bassi.

Criteri di inclusione ed esclusione
Inclusione
- Diagnosticati con SC (NYHA II-IV). (indipendentemente dalla frazione di eiezione: Sia pazienti con frazione di eiezione preservata (HFPEF) sia con frazione di eiezione ridotta (HFREF) possono essere inclusi);
- Di età superiore ai 18 anni, non c'è un limite massimo di età.
- Parlare/comprendere la lingua del paese in cui l'intervento viene eseguito.

Esclusione
- Soggetti incapaci di utilizzare videogiochi a causa di problemi di vista (vedere lo schermo della TV ad una distanza di 3m), problemi di udito (pazienti incapaci di comunicare telefonicamente), disturbi cognitivi (valutati da infermiere SC o cardiologo) o problemi motori (il paziente deve essere in grado di oscillare le braccia almeno 10 volte di fila e riuscire a camminare per almeno 6 minuti).
- Limitazioni che non consentono di raccogliere i dati;
- Un'aspettativa di vita inferiore ai 6 mesi.

METODOLOGIA

Calcolo della grandezza del campione
Il primo traguardo nella capacità di eseguire gli esercizi è determinato dal test della passeggiata di 6 minuti (6MWT). Per riuscire a rilevare una differenza di 30 metri nel test 6MWT tra il gruppo do controllo e quello sperimentale dopo 3 mesi, descritta come una differenza clinicamente significativa nei pazienti SC,12 basata sull'80% di forza, 5% di significatività, servono 250 pazienti nel gruppo di intervento e 250 pazienti nel gruppo di controllo.13 Vi aspettiamo un abbandono massimo di 50 pazienti per ciascun gruppo. Al fine di garantire la presenza di un numero appropriato di pazienti al termine dello studio, saranno inclusi 2x 300 pazienti.

RISULTATI ATTESI

Traguardi
Traguardo primario
La capacità di svolgere esercizi sarà valutata con il test 6MWT al momento iniziale e a 3, 6 e 12 mesi dopo l'introduzione al videogioco. Il test 6MWT è un metodo semplice ed economico per valutare la capacità di esercizio; serve solo una superficie piana già misurata e un cronometro. La modalità dell'esercizio è familiare ai pazienti, anche se per alcuni possa rappresentare un test massimale. Il test è parso utile per valutare diversi interventi12,13 e ha una grande forza predittiva sia per la mortalità e la morbilità.12,13

Variabile	Strumento	Iniziale	3 Mesi	6 Mesi	12 Mesi	Giornalieri 1° trimestre
Capacità di fare esercizi	Test con passeg-giata di 6 minuti					
Attività fisica quotidiana	Monitoraggio delle attività					
Funzione muscolare	Abd./flessione della spalla					
Motivazione agli esercizi	Exercise Motivation Indx					
Auto-efficacia dell'esercizio	Q Auto-efficacia dell'esercizio					
Sforzo fisico percepito	Scala di Borg					
Sintomi SC	Scala visiva analogica					
Qualità di vita correlata allo stato di salute	MLwHFQ Cantril Ladder					
Mortalità, riospedalizza-zione, costi	Registrazione					
Depressione	HADS					
Self-care	EHFScBS					
Esperienze del paziente	Domande aperte					

Traguardi secondari
L'attività fisica quotidiana sarà misurata con un monitoraggio delle attività per 6 mesi durante il periodo di studi. Directlife monitora le attività misurando le accelerazioni del corpo (incremento della velocità) in tre diverse direzioni. Queste misurazioni vengono abbinate all'età, al sesso, all'altezza e al peso. Le misurazioni vengono poi convertite in consumo di energie, pari alle calorie bruciate per le varie attività.14
La funzione muscolare sarà valutata con l'abduzione isometrica bilaterale della spalla e la flessione isotonica unilaterale della spalla utilizzando protocolli predefiniti. L'affidabilità del test nei pazienti con SC è stata molto buona.15
Motivazione a svolgere gli esercizi è valutata con la Exercise Motivation Index (EMI). Questa scala misura la motivazione della partecipazione. L'EMI consiste di 15 affermazioni; ciascuna affermazione è seguita da una valutazione verbale a 5 punti da 0 (non importante) a 4 (estremamente importante). L'EMI si è rivelata affidabile e valida.16
Convinzioni sull'auto-efficacia specificamente correlati alla sicurezza di riuscire a svolgere gli esercizi nonostante le potenziali barriere: come l'orario di lavoro, l'affaticamento fisico, la noia di svolgere gli esercizi, piccole ferite, altre costrizioni temporali, e le responsabilità legate alla famiglia e alla casa saranno valutati con il questionario sull'autoefficacia degli esercizi (Self-efficacy exercise questionnaire - SEE). Il SEE consiste di nove situazioni che potrebbero influire sullo svolgimento degli esercizi. Lo strumento è affidabile e valido.17

RISULTATI ATTESI

Lo sforzo fisico percepito: Sarà valutato con la Scala di Borg dello sforzo percepito. La scala si basa su una sensazione soggettiva di sforzo e affaticamento durante l'esercizio e viene utilizzata per valutare e regolare l'intensità dell'esercizio. I pazienti con SC esprimeranno un valore numerico su una scala (6 -20), che rappresenta un'espressione verbale dello sforzo durante l'esercizio. Lo strumento è valido e affidabile18 e sarà valutato nel diario durante i primi 3 mesi dello studio.
I sintomi dello Scompenso Cardiaco saranno valutati nel diario e durante il follow-up usando una Scala VAS a 10 punti, come negli studi precedenti.4
La qualità di vita correlata allo stato di salute: sarà valutata con il Questionario Minnesota Vivere con lo Scompenso Cardiaco (MLWHFQ) 19. Il Questionario MLWHFQ è composto da 21 item che valutano come lo SC abbia influenzato la vita del rispondente durante il mese scorso. L'MLWHFQ ha un range di punteggio da 0 (nessun danno come risultato dello SC) a 105 (massimo deterioramento). Le domande riguardano l'attività fisica, l'interazione sociale, l'attività sessuale, il lavoro e le emozioni.
Il benessere globale sarà valutato con Scala della vita di Cantril. Il pazienti con SC valuteranno il loro senso di benessere su una scala, dove 10 rappresenta la migliore vita possibile immaginabile e 0 la vita peggiore possibile immaginabile. Un punteggio alto indica maggiore benessere. Questa scala è valida e affidabile.20
L'outcome composito: un punteggio ponderato composito costituito dai valori sulla mortalità, le riospedalizzazioni per SC e il cambiamento nella qualità della vita tra la fine dello studio e il momento iniziale, misurato con il questionario Minnesota Vivere con lo SC (MLHFQ), adattato dal punteggio Packer. 21
La riospedalizzazione: informazioni sul tasso di riospedalizzazione, la motivazione e la durata della degenza in ospedale durante il periodo di follow-up raccolte dalle cartelle cliniche.
Mortalità: informazioni sul decesso e il motivo del decesso durante il follow-up raccolte dalle cartelle cliniche e dal registro dei decessi.
I costi: Data on costs will include cost of readmission, bed days occupancy (all cause) in medical/surgical beds, home care, contacts with and interventions of primary care, cost of the intervention (video game computer, instruction session etc.) and developing the intervention, materials and laboratory tests used. Effectiveness of the intervention for different patients and patient groups (e.g. NYHA, age) will be evaluated.
I dati sui costi comprenderanno il costo di riospedalizzazione, occupazione dei letti in giorni (qualsiasi motivo) in letti di medicina /chirurgia, assistenza domiciliare, contatti e interventi di cure primarie, costi di intervento (consolle del videogioco, sessione di istruzione ecc.) e sviluppare l'intervento, materiali di consumo e analisi di laboratorio. Verrà valutata l'efficacia dell'intervento in diversi pazienti e gruppi di pazienti (per es. NYHA, età).
Le esperienze dei pazienti: Un sondaggio aperto servirà a raccogliere dati sulle problematiche e le esperienze dei pazienti. Questo sondaggio è stato convalidato nel nostro studio pilota. I dati verranno analizzati mediante l'analisi del contenuto.[22]

Background e variabili di processo
Le variabili del processo: Quante volte giocano col video gioco, tempo medio di gioco con il videogioco e altre attività quotidiane valutate su base giornaliera con un diario (i primi tre mesi). L'aderenza al videogioco verrà rilevata mediante i registri delle attività.
Le variabili demografiche: I dati verranno raccolti con un questionario su l'età, il sesso, lo status socio-economico (reddito), lo stato civile, la composizione della famiglia, situazione di vita e precedente esperienza con le attività.
Le variabili cliniche e psicosociali: Verranno raccolti dati sulle variabili cliniche dalla cartella clinica e dal questionario. Verranno raccolti dati sull'anamnesi, tempo trascorso dalla diagnosi di SC, comorbilità, fumo, uso di alcol e depressione e ansia (valutata con la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS.23 I campioni di sangue saranno raccolti per valutare la gravità dello SC (NT-ProBNP) e l'infiammazione (VES, IL1, IL6, IL10).
La funzione cognitiva sarà valutato all'inizio con la Montreal Cognitive Assessment (MoCA)24 sviluppata e testata nei pazienti con SC.
Il Self-care sarà valutato con la European Heart Failure Self Care Behavior Scale (EHFScB scale). Questa scala misura il self-care dei pazienti con SC. La scala EHFScB consiste di 9 item valutati su una scala a 5 punti, tra 1 (Completamente d'accordo) e 5 (Completamente in disaccordo) e questa scala è uno strumento facile da usare, affidabile e valido (3).25
Tutti gli strumenti sono validi e disponibili in tutte le lingue dei partecipanti allo studio e il permesso è stato richiesto per l'uso.

RISULTATI ATTESI

Significatività e implementazione
Cosa ci si può attendere da questo studio?
Lo scompenso cardiaco è una malattia frequente, costosa e invalidante con molta sofferenza per i pazienti e le loro famiglie. Migliorando la capacità dei pazienti di fare esercizi e aumentando la loro capacità di svolgere più attività quotidiane dovrebbe migliorare la qualità della vita. Diventando fisicamente più attivi, i pazienti possono avere maggiore fiducia in se stessi nell'esercitarsi di più e un maggiore esercizio fisico potrebbe migliorare la loro sopravvivenza. Servono più prove di efficacia sugli effetti degli interventi disponibili e a prezzi accessibili che sono sia comodi per i pazienti che facili da implementare.
Questo studio aiuterà a comprendere meglio gli effetti dell'accesso e l'introduzione strutturato di un'applicazione semplice di realtà virtuale. Se l'utilizzo di un videogioco computerizzato disponibile in commercio a prezzi accessibili è efficace nell'aumentare la capacità di svolgere esercizi nei pazienti con SC, questa potrebbe essere una raccomandazione che può essere somministrata ai pazienti, oltre alle attuali raccomandazioni, come quella di camminare ogni giorno.

PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
1	Preparation: ethical approval, recruitment human resources, preparing sites, preparing materials	A PhD student, recruitment personnel in each site where patients will be enrolled	9 months
2	Inclusion of 100 patients in 8 centers, data entry, follow-up	A PhD student, personnel in each enrolment's site, Video game instructor	24 months
3	Complete 12 month follow-up, data entry	A PhD student, personnel in each enrolment's site, Video game instructor	12 months
4	Analysis, publication, implementation	A PhD student, a statistician	15 months

DIAGRAMMA GANTT

ATTIVITÀ	Gen-Mar 2013	Apr-Giu 2013	Lug-Set 2013	Ott-Dic 2013	Gen-Mar 2014	Apr-Giu 2014	Lug-Set 2014	Ott-Dic 2014	Gen-Mar 2015	Apr-Giu 2015	Lug-Set 2015	Ott-Dic 2015	Gen-Mar 2016	Apr-Giu 2016	Lug-Set 2016	Ott-Dic 2016	Gen-Mar 2017	Apr-Giu 2017	Lug-Set 2017	Ott-Dic 2017
Approvazione etica, reclutamento del campione																				
Inclusione di 100 pazienti in 8 centri data entry, follow-up																				
Completare un follow-up di 12 mesi																				
Analisi dei dati, diffusione dei risultati																				

BIBLIOGRAFIA

1. *Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. Eur J Heart Fail 2009; 10(10): 933-89.*
2. *Piepolie MF, Conraads V, Corrà U, Dickstein K, Francis DP, Jaarsma T, et al. Exercise training in heart failure: from theory to practice. A consensus document of the Heart Failure Association and the European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. Eur J Heart Fail 2011; 13: 347-57.*
3. *Piepolie MF, Davos C, Francis DP, Coats AJ. Exercise training meta-analysis of trials in patients with chronic heart failure (ExTraMATCH). BMJ 2004; 328(7433): 189-.*
4. *Flynn KE, Piña IL, Whellan DJ, et al. Effects of exercise training on health status with chronic heart failure: HF-ACTION randomized controlled trial. JAMA 2009; 301(14): 1451-9.*
5. *Van Der Wal MHL, Van Veldhuisen DJ, Veeger NJGM, Rutten FH, Jaarsma T. Compliance with non-pharmacological recommendations and outcome in HF. Eur Heart J 2010;31:1486-9.*
6. *Conraads VM, Deaton C, Piotrowicz E, Jaarsma T. Adherence of heart failure patients to exercise: barriers and possible solutions. A position statement of the Study Group on Exercise Training in Heart Failure of the HF Association of the European Society of Cardiology. Eur J Heart Failure 2012 (In Press).*
7. *Pihl E, Cider A, Strömberg A, Fridlund B, Mårtensson J. Exercise in elderly patients with HF in primary care: effects on physical capacity and health-related quality of life. Eur J Cardiovasc Nurs. 2011; 10: 150-8.*
8. *Wiemeyer J, Kliem A. Serious games in prevention and rehabilitation—a new panacea for elderly people? Eur Rev Aging Phys Act 2011 DOI 10.1007/s11556-011-0093-*
9. *Klompstra L. Jaarsma T, Strömberg A. Virtual reality to enhance physical activity: a systematic review) (Computers & Education (under review)*
10. *Beale L, Silberbauer J, Guy L, Carter H, Doust J, Brickley G. Limitations to high intensity exercise prescription in chronic heart failure patients. Eur J Cardiovasc Nurs 2011;10: 167-73.*
11. *Lainscak M, Blue L, Clark AL, Dahlström U, Dickstein K, Ekman I, McDonagh T, McMurray JJ, Ryder M, Stewart S, Strömberg A, Jaarsma T. Self-Care Management of Heart Failure Practical Recommendations from the Patient Care Committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. Eur J Heart Fail. 2011;13(2):115-26*
12. *Guyatt GH, Sullivan MJ, Thompson PL, Fallen EL, Pungsley SO, Taylor DW et al. The 6-minute walk: a new measure of exercise capacity in patients with chronic heart failure. 1985;132:919-23.*
13. *Ingle L, Shelton RJ, Rigby AS, Nabb S, Clark AL et al. The reproducibility and sensitivity of the 6- min walk test in elderly patients with heart failure. Eur Heart J 2005;26: 1742-57.*
14. *Bonomi AG, Plasqui G, Goris AHC, Westerterp KR. Estimation of free-living energy expenditure using a novel activity monitor designed to obstructiveness. Obesity 2010 doi: 10.1038/oby.2010.34.*
15. *Cider A, Carlsson S, Arvidsson C, Andersson B, Sunnerhagen KS. Reliability of clinical muscular endurance tests in patients with chronic heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs 2006;5: 122-6.*
16. *Strenström CH, Boestad C, Carlsson M, et al. Why exercise? A investigation of an exercise motivation index. Psysiotherapy Research international 1997;2:7-16.*
17. *Yordi G, Lent R. Predicting aerobic exercise participation: social cognitive, reasoned action, and planned behavioral models. Journal of Sports & Exercise Psychology 1993;15: 363-74.*
18. *Borg G. Borg's perceived exertion and pain scales. 5th ed. Champaign: Human Kinetics; 1998.*
19. *Rector TS, Kubo SH, Cohn JN. Patient self assessment of their heart failure: content, and validity of a new measure: the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. Heart Fail 1987;3:198–219.*
20. *Cantril H. The pattern of human concerns. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 1965.*
21. *Packer M. Proposal for a new clinical end point to evaluate the efficacy of drugs and devices in the treatment of chronic heart failure. J Card Fail 2001; 7:176-82.*
22. *Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res. 2005 Nov; 15(9):1277-88.*
23. *Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety + depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983;67:361-70.*
24. *Athilingam P, King KB, Burgin SW, et al. Montreal Cognitive Assessment and Mini-Mental Status Examination compared as cognitive screening tools in heart failure. Heart Lung 2011;40: 521-9.*
25. *Jaarsma T, Arestedt KF, Mårtensson J, Dracup K, Strömberg A. The European Heart Failure Self-care Behaviour scale revised into a nine-item scale (EHFScB-9): a reliable and valid international instrument. Eur J Heart Fail 2009;11: 99-105*
26. *Verheijden Klompstra L, Jaarsma A, Strömberg A. An in-depth, longitudinal examination on the daily physical activity of a single heart failure patient with access to a Nintendo Wii computer at home: a case report (submitted)*

POLO DELLA PRATICA CLINICA

TITOLO SINTETICO

Exercise in HF patients by video games

COORDINATORE PROGETTO
E. Vellone

RESP. DEL POLO
S. Casciato

COD. 4.12.4

TITOLO PROGETTO

Increasing exercise capacity of patients with heart failure by video games: a randomized controlled trial

ABSTRACT

Lo scopo del presente studio è determinare l'efficacia di un intervento strutturato tramite video gioco nei pazienti con Scompenso Cardiaco (SC) al fine di migliorare la loro capacità di esercizio, l'attività fisica giornaliera e la qualità della vita, e diminuire l'utilizzo dei servizi sanitari.
Le domande di ricerca sono:

- Qual'è l'efficacia dell'introduzione e utilizzo di un video gioco nei pazienti con SC al fine di migliorare la loro capacità di esercizio fisico rispetto ai pazienti con SC nel gruppo di controllo?
- Qual'è l'efficacia dell'introduzione e utilizzo di un video gioco nei pazienti con SC al fine di aumentare l'attività fisica quotidiana, diminuire l'utilizzo dei servizi sanitari e migliorare la qualità di vita rispetto ai pazienti con SC nel gruppo di controllo?
- Qual'è l'esperienza dei pazienti con SC in merito all'utilizzo di un video gioco per motivare l'attività fisica nei pazienti con SC?

Disegno
Trial clinic randomizzato controllato in cui saranno arruolati 600 pazienti con SC (300 nel gruppo sperimentale e 300 nel gruppo di controllo) in 6 Paesi: Svezia, Olanda, Germania, Australia, Israele e Italia. Ogni Paese arruolerà 100 pazienti e li seguirà per 12 mesi.
Endpoints
Capacità di esercizio, attività fisica quotidiana, funzionalità muscolare, motivazione all'esercizio, self-efficacy, sforzo fisico percepito, sintomi di SC, qualità di vita, benessere globale, ricoveri, mortalità, costi, esperienze del paziente.

BACKGROUND

Heart failure (HF) is highly prevalent. The estimated total prevalence of heart failure worldwide is 1-2 % and in Italy approximately 1 million people are suffering from heart failure.1 The number of HF patients is increasing, due to the aging of the population and the therapeutic advantages which improve survival in patients.1
An increasing number of HF patients is living longer in the community. As part of the treatment in HF, patients are advised to be or become more physically active, because exercise in HF is related to improved outcomes such as decreased symptoms, improved survival and better quality of life.2 A meta-analysis including 801 patients who had been randomized in trials of exercise training found that patients randomized to training were less often admitted to hospital and had a better prognosis.3 The most recent study on training in HF patients was the HF-ACTION (Heart Failure: A Controlled Trial Investigating Outcomes of Exercise Training) In this study (2331 patients) HF patients who were trained in a hospital and home based program improved exercise capacity and had a significant benefit in all cause mortality.4
However, despite positive outcomes of the effects of exercise, adherence to exercise in HF patients is low (around 50%) and non adherence to recommendations has a negative effect on clinical outcome such as HF readmission and mortality.5,6 Also, the main limitation in the HF-ACTION was the poor adherance to the prescribed training regimen (only 30% after 3 years) and in the COACH study, only 39% of patients reported to be adherant with exercise recommendations, despite the fact that 80% of them recognized

BACKGROUND

its importance.4,5 Barriers to being and staying active are often related to motivation and practical issues, such as time, possibility to travel to an excersie or rehabiliation centre or costs.6
Activity in the home is increasingly studied, by for example introducing walking programs or exercise programs in primary care.2,6,7 Becoming physically active is a first step to get to an excise level to improve outcomes. However, it is not easy to stay motivated and in addition, climates (e.g. cold weather in countries like Sweden or heat in countries like Italy, Australia and Israel) can make it difficult for patients to leave their homes to engage in exercise activities.
A new approach to increase physical activity at home is the use of 'serious virtual reality games'. The use of so-called 'serious gaming' are recognized to have much to offer to the fields of prevention and rehabilitation.8,9 On the other hand, to avoid a new "hype" overestimating the potentials of these games, these new options should be tested in specific groups of patients.

Why should this be funded?
There is an increasing call to HF patients to be active, since this is expected to improve outcomes, such as decreased symptom, improved survival and quality of life. At the same time it is known that it is difficult for HF patients to be active.10 We therefore believe that 'serious virtual reality games' can help to motivate patients to get active. This motivation to be active then can help patients to exercise on a level to improve outcomes. Currently, there are several of these virtual reality applications commercially available, but only limited targeted at elderly people with one or more diseases. Studies of good quality including older people are scarce, and some evidence shows that older people may have specific playing preferences (including social gaming context) or have difficulties handling complex digital games.8,9 The American Heart Association recently used the game computer to promote simple steps toward a healthy lifestyle. However, such new concepts have to be evaluated for use in patient groups and for effectiveness on patient related outcomes.

Why now and why us?
The Study Group on Exercise Training in HF of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology recently published a consensus document that provides practical information on the organization and application of exercise training in HF patients.2 In 2012 this group (including the applicant) published a paper that addresses the problems of non-adherence, currently recognized as a main obstacle to a wide implementation of physical training.6
In our group we now have the optimal opportunity to combine long standing knowledge and expertise in heart failure care (Jaarsma, Strömberg) and motivating patients for life style changes (Stewart). We also have expertise in evaluating home-based exercise programs (Mårtensson) and performing large scaled multicenter trials (Jaarsma, Strömberg, Mårtensson, Stewart, Ben Gal).1,2,3,5,11 All applicants have large national and international networks and are involved in groups addressing exercise and adherence in HF (e.g. Dickstein, NO, Piña, USA, Conraads, BE) and involved in professional guideline development addressing exercise and standards in care in HF patients. Locally, we work closely with the department of Occupational Therapy and Physical Therapy.

AIMS OF THE PROJECT

Research questions

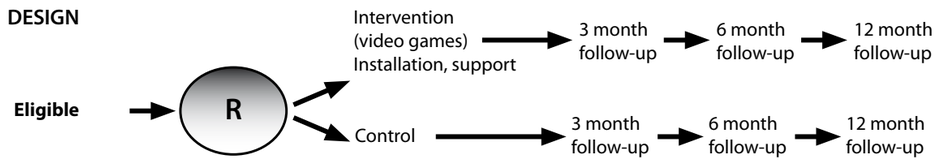
- What is the effectiveness of structured introduction and access to a video game computer in patients with heart failure to improve their exercise capacity compared to patients with heart failure in a control group?
- What is the effectiveness of structured introduction and access to a video game computer in patients with heart failure compared to patients with heart failure in a control group to increase their daily physical activity, decrease health care use and improve quality of life?
- What are the experiences of heart failure patients and how is their exercise motivation when they are introduced and instructed to play with a video game computer?

METHODOLOGY

Design
A multicentre, international randomised controlled design with an intervention and a control group in which in total 600 heart failure patients (NYHA II-IV). In each centre, patients will be randomised into one of these conditions: attention control (control) or structured access to a video game computer. The active intervention time will last 3 months and all patients are followed for 12 months.

METHODOLOGY

DESIGN



Control and intervention group:
Control: Patients will receive usual treatment and information about rehabilitation and daily activity in HF patients. After enrolment in the study the patients will get a protocol- based exercise advice from the HF team (nurse, cardiologist and/or physiotherapist). To balance for the extra attention for introduction of the video game computer in the intervention group, the control group will receive the same amount of planned contacts. Patients receive telephone follow-up after 2, 4, 8, 12 weeks following a standard script to discuss their current activity.

Intervention group (video game): Patients will receive regular treatment and information about rehabilitation and daily activity in HF patients. In addition, they will be introduced to the video game computer in an introduction lesson of approximately two hours and the video game will be installed at home. They will receive the video game computer and remote control. The game computer is installed on the patient own TV in their home. They also get the sports game which is a collection of five sport simulations: tennis, boxing, golf, baseball and bowling. They are instructed to move the video game remote in similar ways the sport is played in real life; for example, holding and swinging the remote as a bowling ball or tennis racket. During the first three months after inclusion, patients will be called after 2, 4, 8, 12 weeks to discuss their experiences with the video game or to solve possible problems. After 3 months the active support ends but the patient will keep the video game equipment.

2. Study population
Patients will be recruited from outpatient HF clinics, cardiology departments or primary care centers in 3 Swedish communities (Linköping, Norrköping, Jönkoping), 1 in Israel, 1 in Italy, 1 in Germany, 1 in Australia and 1 in the Netherlands.

2.1 Inclusion and exclusion criteria
Inclusion
- Diagnosed with HF (NYHA II-IV). (independent of Ejection Fraction: Both patients with a preserved ejection fraction (HFPEF) or reduced ejection fraction (HFREF) can be included)
- Older than 18 years, there is no upper age limit
- Speak/understand the language of the country where the intervention is taken place

Esclusione
- Expected to be unable to use the video game due to visual impairment (see a TV screen at a distance of 3 m), hearing impairment (the patient is not able to communicate by telephone), cognitive impairment (assessed by the HF nurse or cardiologist) or motor impairment (the patient should be able to swing his arm at least 10 times in a row and cannot perform the 6 minute walk test).
- Restrictions that would unable filling in data collection material
- A life expectancy shorter than 6 months

2.2 Sample size calculation
The primary endpoint is exercise capacity as determined by the six-minute walk test (6MWT). To achieve a power to detect a 30 meter in the 6MWT difference between control and experiment group after 3 months, which is described to be a clinically significant difference in heart failure patients,12 based on 80% power, 5% significance, 250 patients in the intervention group and 250 patients in the control group are needed.13 We expect a maximum drop out of 50 patients per group. To ensure appropriate patient number at the end of the study 2x 300 patients will be included.

EXPECTED RESULTS

Endpoints

3.1. Primary endpoint

Exercise Capacity will be assessed by a 6MWT test at baseline and at 3, 6 and 12 months after having introduction to the video game. The 6MWT is a simple, low-cost method for estimating exercise capacity; only a pre-measured level surface and a timing device are needed. The mode of exercise is familiar to patients, although it may represent a maximal test for some. The test has appeared to useful for the assessment of several interventions 12,13 and has strong predictive power for both mortality and morbidity.[12,13]

Variable	Instrument	baseline	3 Month	6 Month	12 Month	Daily 1st 3 month
Exercise Capacity	6 minute walking test					
Daily physical activity	Activity monitor					
Muscle Function	Shoulder abd./flexion					
Exercise Motivation	Exercise Motivation Indx					
Exercise Self-Efficacy	Exercise self-efficacy Q					
Perceived Physical Effort	Borg's scale					
HF symptoms	Visual Analogue Scale					
HR-Quality of Life	MLwHFQ Cantril Ladder					
Mortality, readmission,cost	Registration					
Depression	HADS					
Self-care	EHFScBS					
Patient experiences	Open ended questions					

3.2 Secondary endpoints

Daily physical activity will be measured by an activity monitor during 6 months during the study period. Directlife is an activity monitor which measures body acceleration (speed increase) in three different directions. These measurements are combined with age, gender, height and weight. The measurements are then converted to energy use, which are the calories burned in different activities.14

Muscle function will be assessed with bilateral isometric shoulder abduction and unilateral isotonic shoulder flexion using predefined protocols. The reliability for the test in HF patients is very good.15

Exercise Motivation is assessed by the Exercise motivation Index (EMI). This scale measures participation motives. The EMI consists of 15 statements; each statement is followed by a five-point verbal rating from 0 (not important) to 4 (extremely important). The EMI found to be reliable and valid.16

Self-efficacy beliefs specifically related to confidence to exercise in the face of potential barriers: work schedule, physical fatigue, boredom related to exercise, minor injuries, other time demands, and family and home responsibilities will be assessed by the exercise self-efficacy questionnaire (SEE). The SEE consists of nine situations that might affect participation in exercise. The instrument is reliable and valid.17

Perceived physical effort: will be assessed with the Borg's scale of perceived exertion. The scale is based on a subjective feeling of exertion and fatigue during exercise and it is used to assess and regulate exercise intensity. HF patients will give a numerical value on a scale (6 -20), representing a verbal expression of effort during exercise. The instrument is valid and reliable18 and will be assessed in the diary during the first 3 months of the study.

Heart Failure symptoms will be assessed in the diary and during follow-up using a 10 point VAS scale as used in previous studies.4

Health related Quality of Life: will be assessed with Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. (MLWHFQ).19 The MLWHFQ is a 21-item questionnaire assessing how HF has affected the life of the respondent during the last month. The MLWHFQ has a scoring range of 0 (no impairment as a result of HF) to 105. (maximum impairment). The questions physical activity, social interaction, sexual activity, work and emotions.

Global well-being will be assessed with Cantril's ladder of life. HF patients will rate their sense of well-being on a ladder, with 10 reflecting the best possible life imaginable and 0 reflecting the worst possible

EXPECTED RESULTS

life imaginable. The higher the score indicated better well-being. This scale is valid and reliable.20

Composite outcome: A composite weighted score consisting of values for mortality, HF readmissions and change in quality of life between end of the study and baseline measured with the Minnesota Living with HF Questionnaire (MLHFQ), adapted from the Packer score.21

Readmission: information on readmission rate, reason and length of hospital stay during the follow-up period from medical records

Mortality: information on death and reason of death during the follow-up period from medical records and the death registry

Costs Data on costs will include cost of readmission, bed days occupancy (all cause) in medical/surgical beds, home care, contacts with and interventions of primary care, cost of the intervention (video game computer, instruction session etc.) and developing the intervention, materials and laboratory tests used. Effectiveness of the intervention for different patients and patient groups (e.g. NYHA, age) will be evaluated.

Experiences of patients: An open ended survey will be used to collect data on patients experiences and challenges. This survey was validated in our pilot study. Data will be analysed using content analysis.22

3.3 Background and process variables

Process variables: how many times playing on the video game, mean time playing on the Video game, and other daily activities assessed on a daily base through a diary (the first three months). Adherence to video game will be tracked by activity logs.

Demographic variables: Data will be collected by questionnaire on age, gender, socio-economic status (income), marital status, family composition, living situation, and previous experience with activity.

Clinical and psychosocial variables: Data on clinical variables will be collected from the medical chart and questionnaire. Data will be collected on medical history, time since HF diagnosis, comorbidity, smoking, alcohol use and depression and anxiety (assessed with the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).23 Blood samples will be collected to assess HF severity (NT ProBNP) and inflammation (hsCRP, IL1, IL6, IL10).

Cognitive function will be assessed at baseline with the Montreal Cognitive Assessment (MoCA)24 developed and tested in HF patients.

Self-care will be assessed with the European Heart Failure Self Care Behavior Scale (EHFScB scale). This scale measures the self-care of patients with heart failure. The EHFScB scale consists 9 items rated on a 5-point scale between 1 (I completely agree) and 5 (I completely disagree) and this scale is user-friendly, reliable, and a valid instrument (3).25

All instruments are valid and available in all languages participating in the study and permission is sought for use.

SIGNIFICANCE AND IMPLEMENTATION

What can be expected from this study?

Heart failure is a common, costly and disabling disease with a lot of suffering in patients and their families. Improving patients exercise capacity and increasing their ability to perform more daily activity is expected to improve their quality of life. In getting more physically active, patients can get self-confidence to exercise more and increased exercise might improve their survival. There is a need for evidence of the effects of affordable and available interventions that are both 'patient friendly' and easy to implement.

This study will gain insight in the effects of access and structured introduction of an easy applicable and available virtual reality application. If using a commercially affordable available game computer is effective in increasing exercise capacity in HF patients, this might be a recommendation that can be given to patients, in addition to current recommendations such as daily walking.

PLANNING

JOB DESCRIPTION		TEAM	PERIOD OF TIME
1	Preparation: ethical approval, recruitment human resources, preparing sites, preparing materials	A PhD student, recruitment personnel in each site where patients will be enrolled	9 months
2	Inclusion of 100 patients in 8 centers, data entry, follow-up	A PhD student, personnel in each enrolment's site, Video game instructor	24 months
3	Complete 12 month follow-up, data entry	A PhD student, personnel in each enrolment's site, Video game instructor	12 months
4	Analysis, publication, implementation	A PhD student, a statistician	15 months

GANTT CHART

ATTIVITÀ	Jan-Mar 2013	Apr-Jun 2013	Jul -Sep 2013	Oct-Dec 2013	Jan-Mar 2014	Apr-Jun 2014	Jul -Sep 2014	Oct-Dec 2014	Jan-Mar 2015	Apr-Jun 2015	Jul -Sep 2015	Oct-Dec 2015	Jan-Mar 2016	Apr-Jun 2016	Jul -Sep 2016	Oct-Dec 2016	Jan-Mar 2017	Apr-Jun 2017	Jul -Sep 2017	Oct-Dec 2017
Preparation: ethical approval, recruitment personell, preparing sites, preparing materials	■	■	■																	
Inclusion of 100 patients in 8 centers, data entry, follow-up				■	■	■	■	■	■	■	■									
Complete 12 month follow-up, data entry												■	■	■	■					
Analysis, publication, implementation																■	■	■	■	■

REFERENCES

1. *Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, et al. ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. Eur J Heart Fail 2009; 10(10): 933-89.*
2. *Piepolie MF, Conraads V, Corrà U, Dickstein K, Francis DP, Jaarsma T, et al. Exercise training in heart failure: from theory to practice. A consensus document of the Heart Failure Association and the European Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. Eur J Heart Fail 2011; 13: 347-57.*
3. *Piepolie MF, Davos C, Francis DP, Coats AJ. Exercise training meta-analysis of trials in patients with chronic heart failure (ExTraMATCH). BMJ 2004; 328(7433): 189-.*
4. *Flynn KE, Piña IL, Whellan DJ, et al. Effects of exercise training on health status with chronic heart failure: HF-ACTION randomized controlled trial. JAMA 2009; 301(14): 1451-9.*
5. *Van Der Wal MHL, Van Veldhuisen DJ, Veeger NJGM, Rutten FH, Jaarsma T. Compliance with non-pharmacological recommendations and outcome in HF. Eur Heart J 2010;31:1486-9.*
6. *Conraads VM, Deaton C, Piotrowicz E, Jaarsma T. Adherence of heart failure patients to exercise: barriers and possible solutions. A position statement of the Study Group on Exercise Training in Heart Failure of the HF Association of the European Society of Cardiology. Eur J Heart Failure 2012 (In Press).*
7. *Pihl E, Cider A, Strömberg A, Fridlund B, Mårtensson J. Exercise in elderly patients with HF in primary care: effects on physical capacity and health-related quality of life. Eur J Cardiovasc Nurs. 2011; 10: 150-8.*
8. *Wiemeyer J, Kliem A. Serious games in prevention and rehabilitation—a new panacea for elderly people? Eur Rev Aging Phys Act 2011 DOI 10.1007/s11556-011-0093-*
9. *Klompstra L. Jaarsma T, Strömberg A. Virtual reality to enhance physical activity: a systematic review) (Computers & Education (under review)*
10. *Beale L, Silberbauer J, Guy L, Carter H, Doust J, Brickley G. Limitations to high intensity exercise*

REFERENCES

prescription in chronic heart failure patients. Eur J Cardiovasc Nurs 2011;10: 167-73.

11. *Lainscak M, Blue L, Clark AL, Dahlström U, Dickstein K, Ekman I, McDonagh T, McMurray JJ, Ryder M, Stewart S, Strömberg A, Jaarsma T. Self-Care Management of Heart Failure Practical Recommendations from the Patient Care Committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. Eur J Heart Fail. 2011;13(2):115-26*
12. *Guyatt GH, Sullivan MJ, Thompson PL, Fallen EL, Pungsley SO, Taylor DW et al. The 6-minute walk: a new measure of exercise capacity in patients with chronic heart failure. 1985;132:919-23.*
13. *Ingle L, Shelton RJ, Rigby AS, Nabb S, Clark AL et al. The reproducibility and sensitivity of the 6- min walk test in elderly patients with heart failure. Eur Heart J 2005;26: 1742-57.*
14. *Bonomi AG, Plasqui G, Goris AHC, Westerterp KR. Estimation of free-living energy expenditure using a novel activity monitor designed to obstructiveness. Obesity 2010 doi: 10.1038/oby.2010.34.*
15. *Cider A, Carlsson S, Arvidsson C, Andersson B, Sunnerhagen KS. Reliability of clinical muscular endurance tests in patients with chronic heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs 2006;5: 122-6.*
16. *Strenström CH, Boestad C, Carlsson M, et al. Why exercise? A investigation of an exercise motivation index. Psysiotherapy Research international 1997;2:7-16.*
17. *Yordi G, Lent R. Predicting aerobic exercise participation: social cognitive, reasoned action, and planned behavioral models. Journal of Sports & Exercise Psychology 1993;15: 363-74.*
18. *Borg G. Borg's perceived exertion and pain scales. 5th ed. Champaign: Human Kinetics; 1998.*
19. *Rector TS, Kubo SH, Cohn JN. Patient self assessment of their heart failure: content, and validity of a new measure: the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. Heart Fail 1987;3:198–219.*
20. *Cantril H. The pattern of human concerns. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press; 1965.*
21. *Packer M. Proposal for a new clinical end point to evaluate the efficacy of drugs and devices in the treatment of chronic heart failure. J Card Fail 2001; 7:176-82.*
22. *Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res. 2005 Nov; 15(9):1277-88.*
23. *Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety + depression scale. Acta Psychiatr Scand 1983;67:361-70.*
24. *Athilingam P, King KB, Burgin SW, et al. Montreal Cognitive Assessment and Mini-Mental Status Examination compared as cognitive screening tools in heart failure. Heart Lung 2011;40: 521-9.*
25. *Jaarsma T, Arestedt KF, Mårtensson J, Dracup K, Strömberg A. The European Heart Failure Self-care Behaviour scale revised into a nine-item scale (EHFScB-9): a reliable and valid international instrument. Eur J Heart Fail 2009;11: 99-105*
26. *Verheijden Klompstra L, Jaarsma A, Strömberg A. An in-depth, longitudinal examination on the daily physical activity of a single heart failure patient with access to a Nintendo Wii computer at home: a case report (submitted)*

edsadvertising.com