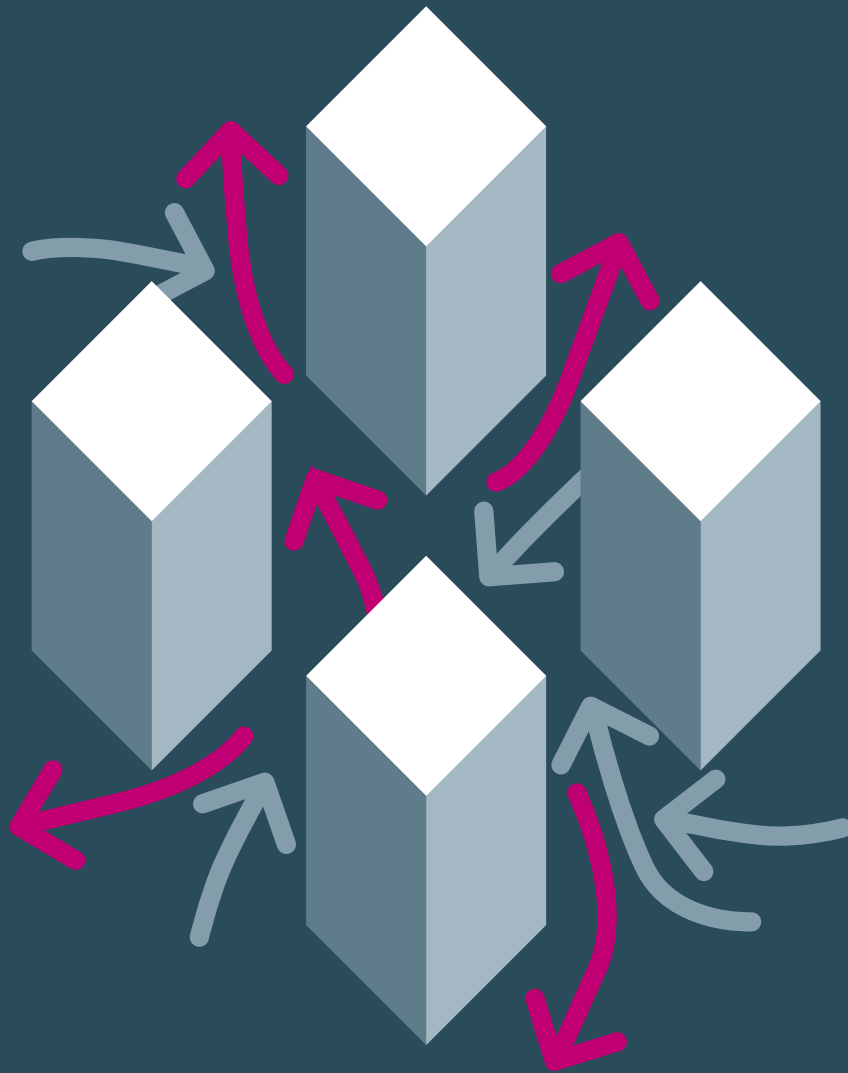




Collegio Ipasvi di Roma



SCIENTIFIC ANNUAL REPORT 2010

Centro di Eccellenza
per la Cultura
e la Ricerca Infermieristica

Il Centro di eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica

Presentazione del primo Annual Scientific Report

di Gennaro Rocco

Il contesto

L'infermieristica Italiana è stata protagonista in questi anni di un processo di crescita e di sviluppo senza uguali in Europa: da professione ancillare e socialmente poco riconosciuta, a professione intellettuale con pari dignità di ruolo e di status rispetto a tutte le altre professioni sanitarie. Un processo di maturazione frutto di sfide coraggiose, di tanti sacrifici, di investimenti culturali e che ha avuto il suo incipit con il trasferimento della formazione dalle scuole professionali all'università. Anche il sistema sanitario del nostro paese è di fronte a sfide decisive per il futuro. Esigenze crescenti, costi costantemente in crescita, aspettative sempre più alte da parte dei cittadini, disponibilità di tecnologie sempre più sofisticate, un andamento demografico ed epidemiologico caratterizzati dall'invecchiamento della popolazione e dalle pluripatologie e quindi dalla cronicità.

Per garantire anche per il futuro il mantenimento del Servizio sanitario basato come oggi è, sul solidarismo, sull'equità e sull'universalità vanno pensati nuovi modelli organizzativi, vanno ridisegnate le reti dei servizi e le modalità di erogazione degli stessi.

Tutti i professionisti sanitari sono chiamati a dare il loro contributo convinto e fattivo per mantenere alti gli standard di qualità che la nostra sanità, riconosciuta tra le migliori del mondo, comunque assicura. Anche noi infermieri vogliamo fare la nostra parte! E lo facciamo in un contesto certamente non favorevole determinato soprattutto dalla cronica carenza di professionisti: siamo ancora tra gli ultimi paesi dell'area Ocse per il rapporto infermieri/abitanti. Ciò nonostante non solo continuiamo a garantire la funzionalità dei servizi ma siamo anche animati da una forte motivazione e voglia di fare per migliorare le nostre performance professionali e per ottimizzare la qualità delle prestazioni che le nostre strutture erogano ai cittadini. E lo testimoniamo con i fatti: migliaia di infermieri ogni anno frequentano corsi post laurea (Master di I e di II livello, Laurea magistrale, Dottorati di ricerca), tutti gli infermieri sono pienamente coinvolti nei corsi di Educazione continua in medicina. Accettiamo e sfruttiamo appieno le straordinarie opportunità che la tecnologia ci mette a disposizione sia nelle biotecnologie che nella formazione e nella ricerca.

Le motivazioni

In questo scenario complesso, dinamico e caratterizzato dalla continua ricerca di un modello ottimale di organizzazione ispirata all'efficienza, all'efficacia e soprattutto alla sostenibilità, si colloca questa nuova iniziativa promossa dal Consiglio direttivo del Collegio Ispavi di Roma: la creazione di un "**Centro di eccellenza per la cultura e la ricerca infermieristica**". Una iniziativa coraggiosa, unica nel suo genere visto che agisce in tutti gli ambiti in cui l'infermiere opera: l'assistenza, la clinica, la formazione, l'organizzazione e il management e quindi la ricerca.

All'inizio certamente ci aspettavamo dai Colleghi più direttamente coinvolti un grande impegno. Non immaginavamo allora però che nel breve volgere di pochi mesi quell'impegno si sarebbe trasformato in entusiasmo e che il progetto attirasse così tanta attenzione e partecipazione. Un sasso nello stagno che ha contribuito a svelare una spiccata propensione dell'infermiere alla conoscenza, alla speculazione scientifica, alla riflessione critica.

Gli obiettivi

Tra gli obiettivi del Centro di eccellenza vi sono quelli di promuovere e sostenere la ricerca infermieristica e di mettere a disposizione dell'intera comunità professionale, in modo semplice ed immediato il meglio della letteratura scientifica e dell'Ebn internazionale, le migliaia di testate di riviste e pubblicazioni specialistiche, le principali banche dati d'interesse infermieristico, gli indici di letteratura scientifica più qualificati. Un servizio d'eccellenza offerto a chi vuol fare della ricerca e dell'evidenza scientifica l'investimento culturale della sua vita.

La struttura e le collaborazioni

In linea con le positive esperienze maturate in questi anni soprattutto negli Stati Uniti, il Centro di Eccellenza si è dotato di speciali organismi di indirizzo e verifica delle sue attività in grado di conferire piene garanzie di tipo etico, deontologico e scientifico al lavoro svolto. Una volta ultimata la sua messa a regime, potrà fornire risultati di straordinaria importanza per l'intero ambito infermieristico. Consentirà di definire e adottare nella pratica quotidiana modelli di riferimento che integrano scoperta, applicazione e didattica.

Attraverso il Centro, che continua a ricevere consensi ed adesioni da tutto il mondo, gli infermieri italiani hanno a disposizione un vademecum speciale per affermarsi come professionisti "eccellenti". Potranno contribuire a disegnare la riforma della formazione infermieristica, effettuare ricerche multicentriche e interdisciplinari, formare i nuovi infermieri-ricercatori, creare laboratori di ricerca infermieristica, organizzare gli studenti in gruppi di ricerca, costituire comitati di infermieri clinici esperti per l'analisi e la revisione degli standard dell'assistenza infermieristica, sostenere e favorire la messa in rete delle attività di ricerca delle Associazioni/Società scientifiche professionali, sviluppare aree trasversali alla pratica clinica e molto altro ancora. Uno strumento efficace, insomma, per lanciarsi dritti nel futuro dell'assistenza, acquisendo competenze e strategie altrimenti non disponibili.

Gli aspetti di metodo

Una struttura così complessa e articolata non poteva esimersi dal dotarsi di una base organizzativa, determinando un metodo, basato sui criteri di efficienza e di funzionalità.

Il punto di partenza è stato naturalmente individuato nel Sistema organizzativo che governa le attività del Collegio, Ente certificato da tre anni tramite un Organismo accreditato. Su questa piattaforma si sono innestate le attività di gestione dei Progetti.

Le fasi di gestione sono essenzialmente riconducibili al metodo al metodo PDCA di Deming (*Plan, Do, Check, Act*) applicato a:

- individuazione delle linee di indirizzo;
- proposte progettuali;
- attuazione dei progetti approvati;
- audit in progress e riallineamento della pianificazione;
- acquisizione e diffusione dei risultati.

Ad una prima analisi potrebbe apparire stridente l'applicazione di un metodo "meccanicistico" a dei programmi scientifici dove il perseguimento della conoscenza attraverso rigorosi metodi e strumenti validati dalla comunità scientifica di riferimento, sembra essere l'unico target.

Ma possiamo affermare, e questa è la nostra sfida metodologica, che senza un metodo di governo anche il più valido dei progetti di ricerca, raggiunta la validazione di risultati ambiziosi, fa fatica a dimostrare che la realizzazione sia avvenuta con il migliore utilizzo delle risorse; e in tempi di risorse definite come quelli attuali consideriamo una corretta gestione delle risorse un dovere etico con il quale la ricerca scientifica non può esimersi.

I programmi di ricerca già avviati procedono speditamente grazie alla collaborazione fattiva di tanti infermieri, delle università italiane e straniere, dei molteplici enti coinvolti e di tantissimi giovani. Ad un anno dalla sua fondazione, il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica ha avviato ben sedici progetti, dei quali questa pubblicazione offre una sintetica documentazione. Si è avvertita la necessità di fare il punto sugli studi in corso, di registrare la complessa rete di relazioni scientifiche internazionali e di pianificare al meglio la conferenza internazionale nel corso della quale, nel prossimo autunno, saranno presentati i risultati conclusivi delle prime ricerche.

Da qui la pubblicazione di questo *Annual Scientific Report* che registra lo stato dei programmi, ne analizza la metodologia organizzativa e mette a fuoco le risultanze degli studi fin qui condotti.

La sua presentazione offre a tutti noi un'utile occasione di analisi e di confronto con alcuni dei principali protagonisti della *best practice* infermieristica internazionale, alla presenza di insigni studiosi, autorità del mondo politico, accademico e professionale.

I progetti avviati nel primo anno di attività

Ad appena un anno dalla loro approvazione da parte del Consiglio direttivo del Collegio Ipasvi di Roma, i progetti del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica iniziano a dare i primi frutti. Il Centro è già pienamente operativo e vede una straordinaria quantità di energie al lavoro, grazie anche al coinvolgimento di università italiane e straniere, personalità del mondo scientifico e culturale, ricercatori, rappresentanti delle istituzioni, una rete di consulenti a trecentosessanta gradi. Questo Report dà conto di tutte le attività intraprese nel 2010 e vi si può leggere, in controluce, il piano

d'azione per l'anno presente e quelli futuri. I progetti partiti per primi hanno messo insieme un gran numero di soggetti, diventando il paradigma per declinare gli studi nel settore delle Scienze infermieristiche in Italia oggi.

In particolare, la **“Ricerca multicentrica sul benessere organizzativo degli infermieri in servizio presso le Aziende sanitarie di Roma e provincia”** ha registrato la diffusione e la raccolta di ben 2.836 questionari. Attraverso questo strumento di indagine, si mira a diffondere il concetto di salute organizzativa nell'ambito delle strutture sanitarie, creando una rete di amministrazioni interessate allo sviluppo e all'approfondimento delle tematiche riguardanti il benessere dei lavoratori. È stato possibile così misurare anche i rischi psicosociali riguardanti le variabili legate al clima organizzativo e agli stili di convivenza sociale all'interno di Asl, cliniche e ospedali, allo scopo di sensibilizzare i dirigenti dell'Area assistenziale e tecnica sull'importanza del clima organizzativo come substrato di miglioramento della soddisfazione degli infermieri e delle persone assistite.

Il progetto **“La sicurezza nell'area dell'emergenza: i requisiti quali-quantitativi della comunicazione a supporto della diminuzione del rischio di errore e della qualità delle cure”** ha, invece, coinvolto circa 600 professionisti.

Al **“San Camillo”** sono stati compilati 327 questionari, al **“Sant'Andrea”** 100 e al **“Sant'Eugenio”** 170. La comunicazione ed i processi decisionali sono, infatti, tra le principali attività del personale di emergenza. Studi dimostrano che l'89% del tempo di attività di medici e infermieri nell'emergenza è dedicato ad attività di comunicazione, di cui la maggioranza caratterizzato da comunicazione verbale, ma anche comunicazioni telefoniche, note scritte, informatiche. L'obiettivo del progetto è ridurre il rischio di errore e di *near miss* nella comunicazione tra operatori sanitari, attraverso l'identificazione di format comunicativi atti a ridurre le **memory failure** e a garanzia della *safety* e della *security* di pazienti ed operatori.

La comunicazione virtuosa come antidoto contro la cattiva sanità contraddistingue anche il progetto **“Individuazione di uno strumento finalizzato alla riduzione degli errori da somministrazione di farmaci attraverso un abbigliamento dedicato e una cartellonistica di non disturbo”**.

Farà certamente parlare di sé anche il progetto **“Ascoltare il silenzio”** (sul vissuto delle donne vittime di violenza che si rivolgono alle strutture sanitarie). Attraverso un certosino lavoro di ascolto e di indagine sul campo, si è aperto un prezioso spazio di dialogo tra le donne vittime di violenza e la comunità professionale infermieristica, non solo per raccogliere più dettagliatamente il loro vissuto e la loro percezione dell'assistenza ricevuta, ma anche per restituirgli dignità, riconoscendo i loro bisogni all'interno del sistema sanitario.

Pionieristico e molto attuale anche lo **“Studio descrittivo dei servizi di cure palliative e terapie del dolore in Italia”**, finalizzato ad individuare le forme attivate - e attivabili - di riduzione della sofferenza nel fine vita: tematica molto presente nel nuovo Codice Deontologico della Federazione nazionale Collegi Ipasvi.

Altri dati fondamentali per leggere meglio la realtà in cui oggi l'infermiere esercita la propria professione stanno scaturendo dal progetto **“Qualità della vita nella famiglie italiani colpite da casi di *stroke*”** rappresenta la seconda causa di morte nel mondo e la principale causa di disabilità nella popolazione adulta.

Un evento che non interessa solo il paziente colpito ma anche la sua famiglia e, all'interno di essa, il *caregiver*, figura al centro anche del progetto: **“La continuità assistenziale nella cronicità: definizione dei bisogni educativi dei pazienti e dei *caregiver* per la riduzione dei riaccessi impropri e l'aumento della adesione al trattamento”**.

La vocazione internazionale del Centro è ribadita con forza da progetti come l'analisi multicentrica, tra Italia e Gran Bretagna, sul **“Mancato rispetto dell'etica della dignità nei rapporti interprofessionali e *distress* infermieristico”**.

Alcune ricerche si sono rivolte più specificamente al mondo infermieristico: è il caso della **“Costruzione di un modello per la valutazione del core competence infermieristico nell'esame di abilitazione professionale”** o dello **“Studio e realizzazione di un sistema di valutazione e consultazione delle tesi di laurea”**, volto a creare un archivio informatico mai sperimentato prima.

Su questa falsariga anche i progetti avviati dal Polo Formazione dei Ricercatori. Il primo, **“Metodologia della ricerca infermieristica”**, è rivolto agli infermieri docenti nei corsi di laurea in Infermieristica (25 partecipanti), affinché acquisiscano competenze da spendere a loro volta in favore della formazione alla ricerca scientifica dei giovani infermieri. Il corso di formazione teorico-pratica è articolato in cinque moduli, di cui tre già realizzati, e si concluderà nel mese di febbraio 2011. Per consentire, nel prossimo futuro, una fruizione più ampia il Centro di Eccellenza sta progettando una formazione mista, residenziale e on line.

Il secondo, **“Bibliografia e ricerca bibliografica nelle scienze infermieristiche”**, è un corso gratuito, che sintetizza le esperienze di anni del gruppo di lavoro sulla biblioteca e l'indicizzazione della letteratura infermieristica. Ha avuto un buon successo, con 25 partecipanti e, a grande richiesta, si prevede di ripeterlo per più edizioni nel 2011. Lo stesso dicasi per le altre due iniziative formative: **“Infermieri clinici e ricerca infermieristica”** e **“Migliorare la pratica clinica a partire dai risultati della ricerca scientifica”**. Il 2010 ha visto l'inizio delle attività anche del Polo della Pratica clinica, quello forse più ambizioso in quanto ha l'obiettivo di migliorare la pratica clinica infermieristica e di incoraggiare gli infermieri a realizzare tale miglioramento attraverso la riflessione critica sull'esperienza e l'applicazione nella pratica dei risultati della ricerca scientifica. Il primo progetto partito è: **“Miglioramento della pratica assistenziale attraverso l'utilizzo di infermieri clinici esperti in *Evidence Based Practice*”**, che coinvolgerà Aziende sanitarie romane impegnate nelle aree della disabilità (neurologia, geriatria, reumatologia) e delle malattie cardiovascolari.

Conclusioni

Il lavoro sin qui fatto è certamente tanto e l'entusiasmo con cui tanti infermieri hanno aderito ai diversi progetti ci spinge ad andare avanti con determinazione, consapevoli che una disciplina si mantiene viva solo se è capace di innovarsi, di evolversi, di esplorare nuove conoscenze. Noi lo facciamo ispirandoci ai valori etici e deontologici che da sempre caratterizzano la nostra professione.

Gennaro Rocco

Presidente del Collegio Ipvsi di Roma e

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

GUIDA ALLA LETTURA DEI PROGETTI

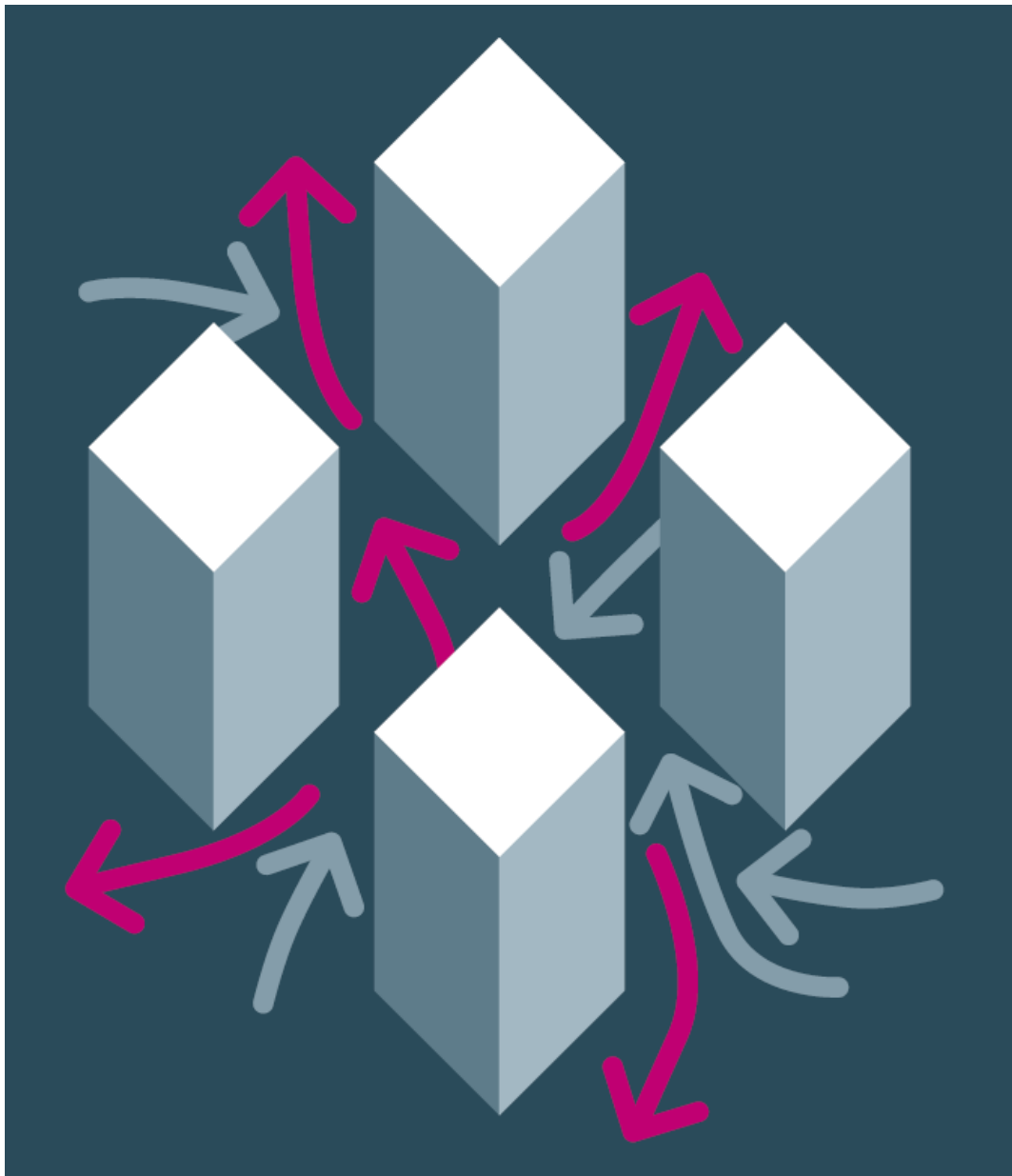
Le schede progetto che seguono sono suddivise per ciascuno dei quattro Poli, secondo il seguente codice/colore.

Polo per l'istruzione **ROSSO**
Polo per la ricerca **VERDE**
Polo per la formazione **BLU**
Polo della pratica clinica **GIALLO**

Inoltre, ciascun progetto, accanto al titolo, riporta un codice numerico univoco a tre cifre, così formato: il primo numero è relativo al Polo, il secondo all'anno, il terzo al numero progressivo del progetto all'interno del Polo.

I quattro Poli del Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica

I quattro pilastri dell'eccellenza sono la struttura portante del Centro e il motore delle sue attività (vedi Figura). Questi quattro Poli sono interattivi e creano una sinergia, producendo effetti cumulativi nel perseguimento dell'eccellenza.



1. Il Polo per l'Istruzione

E' orientato a formare una nuova generazione di infermieri e rivolge in particolare l'attenzione agli studenti dei corsi di laurea e agli infermieri clinici, per incoraggiarli a proseguire negli studi, per il conseguimento della laurea specialistica, di un master di lodi Il livello e del dottorato di ricerca.

MISSION

La Mission del Polo Istruzione è la riforma della formazione infermieristica, realizzabile attraverso quattro priorità:

- a) sostenere il cambiamento e la revisione degli ordinamenti didattici delle scuole infermieristiche e dare supporto ai docenti nell'espletamento del loro ruolo, in termini di strumenti e risorse, ma anche di aumento del numero dei professori di infermieristica presso le università;
- b) sostenere i tutor clinici che supervisionano gli studenti durante il tirocinio clinico, attraverso, ma non solo, l'avanzamento delle conoscenze e delle abilità degli infermieri clinici che assumono le funzioni di tutor;
- c) supportare il rinnovamento delle unità operative nelle quali si realizza la formazione clinica degli infermieri, in modo da trasformarle in veri e propri laboratori clinici;
- d) supportare lo sviluppo dei contesti clinici come luoghi dedicati alle innovazioni, sperimentando forme nuove di esercizio professionale e di relazioni interprofessionali, affidando nuovi ruoli agli infermieri ed espandendo il campo d'azione della pratica infermieristica, utilizzando in tal modo i laureati magistrali come una nuova generazione di cultori della clinica infermieristica.

OBIETTIVI STRATEGICI

Supportare le riforme della formazione infermieristica

1. Pressioni per incrementare il numero dei professori di nursing in Italia
2. Partnership con corsi di laurea, laurea magistrale e dottorato per modificare e sviluppare i piani di studio
3. Riunioni con i docenti di nursing per discutere le questioni legate alla formazione teorica e pratica
4. Riunioni con Presidi di Facoltà/Presidenti di corsi di laurea, laurea magistrale e dottorato per pianificare strategie di sviluppo della disciplina e delle facoltà di infermieristica
5. Organizzazione di corsi di alta formazione sul tutoring clinico, in collaborazione con le università
6. Premiazione delle scuole infermieri e delle facoltà che hanno contribuito all'avanzamento dei piani di studio
7. Premiazione dei Tutor della pratica clinica che hanno contribuito all'avanzamento della formazione clinica
8. Premiazione delle migliori tesi di laurea, laurea magistrale e dottorato.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

- ➔ Comitato Direttivo: Ausilia Pulimeno (Direttore), Nicola Barbato, Maria Grazia De Marinis
- ➔ Rete di consulenza:
 - Consiglio dei Professori Associati
 - Comitato dei Direttori dei corsi di laurea e laurea magistrale in infermieristica
 - Team interdisciplinare:Psicologi, sociologi, epidemiologi, statistici, economisti, educatori .
 - Gruppo di Rappresentanti degli studenti

2. Il Polo per la Ricerca

Si occupa di realizzare studi clinici, progettati e condotti da infermieri. Il fattore critico per il successo di questo Polo è rappresentato dalla leadership e dalla visibilità degli infermieri che conducono gli studi di ricerca clinica e curano la divulgazione dei risultati attraverso la pubblicazione e la presentazione delle ricerche svolte.

MISSION

La Mission del Polo per la Ricerca é consentire agli infermieri di condurre studi di ricerca clinica di tipo multicentrico e interdisciplinare. All'inizio, il Centro di Eccellenza promuove studi di ricerca clinica condotti da infermieri mediante il finanziamento di due o al massimo tre studi, purché di grande rilevanza, al fine di costruire la propria credibilità. I primi studi proposti per lanciare il Polo per la Ricerca del Centro di Eccellenza riguardano:

- i temi dei near miss;
- il monitoraggio del risk management;
- il benessere organizzativo;
- self care nel paziente con scompenso cardiaco;
- qualità della vita nelle famiglie colpite da stroke;
- la sicurezza nell'area dell'emergenza;
- cure palliative e terapia del dolore.

OBIETTIVI STRATEGICI

Condurre progetti di ricerca clinica

1. Creazione di Laboratori di Ricerca Infermieristica per imparare i metodi e preparare le proposte di studio
2. Realizzazione e conduzione di studi pilota per raccogliere database in grado di ispirare studi futuri (ricerca sull'efficacia degli interventi di prevenzione ed educazione sanitaria) Realizzazione e conduzione di progetti di ricerca clinica e organizzativa multicentrica (la sicurezza del paziente: la scheda unica di terapia, il Benessere Organizzativo)
3. Conduzione di progetti di ricerca clinica trasversali ai diversi ambiti dell'assistenza (compliance del paziente - anziano, demente, psichiatrico, straniero/povero/senza fissa dimora - nell'assunzione della terapia farmacologica, in ospedale e a domicilio, per le diverse patologie - infermiere in farmacia)
4. Incentivazione degli infermieri che conducono studi clinici, attraverso premi e pubblicazione dei risultati

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

- ➔ Comitato Direttivo: Gennaro Rocco (Direttore), Carlo Turci, RosariaAlvaro
- ➔ Rete di consulenza:
 - Commissione Biblioteca e ProgettoThisi-llisi
 - Team Responsabili dei laboratori e dei Gruppi di ricerca
 - Referenti aziendali(Direttori dei Dipartimenti Infermieristici)

3. Il Polo per la Formazione dei Ricercatori

E' rivolto a migliorare le abilità degli infermieri nella metodologia della ricerca e nella individuazione delle priorità per l'elaborazione di nuovi progetti di ricerca. Attraverso il Polo per la Formazione dei Ricercatori è possibile sviluppare l'expertise degli infermieri in materia di metodologia della ricerca e in tutte le attività rivolte all'incremento delle conoscenze scientifiche.

MISSION

1. **Creare e supportare una nuova categoria di infermieri ricercatori (Research Nurse Fellows)** con un duplice ruolo:
 - a. acquisire delle abilità in materia di metodologia della ricerca
 - b. applicare le nuove abilità per condurre i progetti di ricerca infermieristica fungendo da mentori nei confronti degli infermieri clinici e/o degli studenti.
2. **Creare Laboratori di Ricerca Infermieristica**, per dimostrarne le potenzialità, con un triplice obiettivo:
 - a. migliorare le conoscenze e le abilità in materia di metodologia della ricerca per gli studi qualitativi e quantitativi;
 - b. sviluppare proposte per la ricerca;
 - c. condurre studi pilota, preliminari alla realizzazione di futuri progetti di ricerca clinica.
3. **Organizzare gli studenti infermieri** (del corso di laurea, del master di I e II livello, del corso di laurea specialistica e di dottorato) in gruppi di ricerca, per prepararli alla progettazione e alla realizzazione di ricerche cliniche.

OBIETTIVI STRATEGICI

Formare alla metodologia della ricerca e supportare gli infermieri nella realizzazione di progetti di ricerca clinica

1. Individuazione e formazione del gruppo di infermieri denominati "Nurse Research Fellows" .
2. Istituzione di un servizio di consulenza sugli strumenti e i metodi della ricerca infermieristica da mettere a disposizione degli iscritti, anche per la tesi di laurea, di laurea specialistica, di master di 1° e 2° livello;
3. Organizzazione di corsi di durata annuale di alta formazione teorico-pratica sulla metodologia della ricerca, di 10 Livello, 20 Livello e dottorati, che si concludano con la realizzazione di ricerche scientifiche su temi specifici (20 discenti x 4 gruppi che effettuano, per ogni anno, una ricerca articolata in 4 sezioni: "supporto e counselling ai familiari dei pazienti ricoverati in terapia intensiva, dei pazienti in riabilitazione intensiva, dei pazienti con demenza/Morbo di Alzheimer, dei malati mentali", "efficacia dei programmi per la prevenzione delle cadute: in ospedale, nelle RSA, a domicilio, in relazione all'uso di mezzi di contenzione", ecc), che tengano conto dei diversi livelli di competenza dei discenti.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

- ➔ Comitato Direttivo: Maria Grazia Proietti (Direttore), Mario Esposito, Loredana Sasso.
- ➔ Rete di consulenza:
 - Gruppo dei Nurse ResearchFellows (tutor che formeranno gli infermieri ricercatori)
 - Consulenti

4. Il Polo della Pratica Clinica

Ha l'obiettivo di migliorare la pratica clinica infermieristica e di incoraggiare gli infermieri a realizzare tale miglioramento attraverso la riflessione critica sull'esperienza e l'applicazione nella pratica dei risultati della ricerca scientifica infermieristica.

MISSION

Le quattro priorità indicate dal Centro di Eccellenza per la trasformazione della pratica infermieristica in Italia sono:

1. **La costituzione di un Comitato di Clinical Nurse Leaders (CNL)**, Infermieri clinici esperti in grado di guidare la revisione della pratica clinica. Questi leader clinici costituiscono gruppi di lavoro e nuclei operativi (task force) per affrontare gli aspetti critici della pratica clinica, che richiedono di essere rivisti al fine di garantire la qualità e la sicurezza dell'assistenza infermieristica. I Clinical Nurse Leaders svolgono il fondamentale ruolo di agenti del cambiamento all'interno del sistema sanitario.
2. **L'analisi critica e la revisione degli standard dell'assistenza infermieristica** da parte di un gruppo di infermieri clinici esperti, nominati nell'ambito del Polo della Pratica Clinica, che effettuano questa analisi critica e documentano i risultati ottenuti nelle aree che richiedono prioritariamente tali revisioni.
3. **Il coordinamento delle associazioni infermieristiche** al fine di realizzare sinergie rivolte alla mission di riformare e rifondare il nursing clinico.
4. **Lo sviluppo di aree trasversali alla pratica clinica infermieristica.** All'interno delle specialità cliniche del nursing sono presenti dei filoni comuni che influenzano l'assistenza infermieristica e gli esiti: la deontologia professionale, il nursing trans-culturale, l'infermieristica forense, la politica sanitaria, la giustizia sociale e la disuguaglianza nell'accesso ai servizi sanitari.

OBIETTIVI STRATEGICI

Implementare innovazioni cliniche e l'EBN

1. Costituzione di un Comitato di Infermieri Clinici Leader che definiscano le priorità, promuovano il cambiamento e individuino nuclei operativi nei vari contesti clinici per rivedere e fare un'analisi critica degli standard infermieristici;
2. Creazione di un sistema per la costruzione e il mantenimento di una nuova cultura infermieristica orientata all'utilizzo dei risultati della ricerca (Centro EBN);
3. Organizzazione di iniziative che affrontino i filoni comuni della pratica infermieristica: la deontologia professionale, il nursing trans-culturale, l'infermieristica forense-legale, la politica sanitaria, la giustizia sociale, l'equità nell'erogazione dei servizi sanitari.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

- ➔ Comitato Direttivo: Stefano Casciato (Direttore), Angela Basile, Maria Matarese.
- ➔ Rete di consulenza:
 - Comitato di Clinical Nurse leaders formato da infermieri clinici esperti, che attraverso
 - l'analisi critica sono in grado di guidare la revisione degli standard dell'assistenza
 - Coordinamento delle associazioni/società scientifiche infermieristiche (ALT, CID, AICO, AISLeC, AIUrO, ANIN, ANIARTI, ANIPIO, GItC, GITMO)
 - Rappresentanti dei Cittadini (Cittadinanzattiva, CODICI).

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

INDICE

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

2. ABSTRACT

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

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

3. BACKGROUND

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

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

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

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

Il progetto pertanto parte dalle seguenti riflessioni:

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

di infermiere spesso trasversali a tutte le specialità cliniche e umanistiche, non previste da tutti i curricula universitari se non parzialmente e/o in maniera non strutturata.

7. la definizione dei test e delle prove valutative deve rispettare le aree cognitive, psicomotorie e relazionali/educative;

8. Il momento per tale valutazione è l'esame di abilitazione all'esercizio professionale di infermiere che, previsto dalle varie normative nazionali, rappresenta anche l'ingresso di questo professionista nella comunità degli infermieri. L'Abilitazione è un termine generico che identifica una autorizzazione ufficiale all'esercizio di una professione. Si tratta dunque in genere di una abilitazione professionale post-laurea, ottenuta mediante un esame di abilitazione, che permette - una volta superato - lo svolgimento di professioni che rivestono una responsabilità giuridica (professioni intellettuali art. 2229 CC) e l'iscrizione ai rispettivi ordini professionali.

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

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

Obiettivi specifici

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

Indicatori

- Esiste un modello concettuale del core competence infermieristico di base
- Esistono criteri oggettivi di valutazione del core competence infermieristico
- Esiste il modello operativo per la conduzione dell'esame

5. METODOLOGIA

Disegno dello studio

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

Campione

Quattro sedi formative in diversi atenei universitari della regione Lazio.

Strumenti

Test valutativi

Procedure

Modello di riferimento

9. BIBLIOGRAFIA

Boyatzis RE. The competent manager: a model for effective performance. New York: Wiley; 1982.

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

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

Camuffo A. La natura delle competenze manageriali. Economia e Management 1997;3:31-49.

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

Camuffo A. Il valore delle competenze. Sviluppo e organizzazione 2000;178.

Goold M, Alexander M, Campbell A. Corporate-Level Strategy. Boston: Harvard Business School; 1994.

Hamel G, Prahalad CK. Competing for the Future. New York: Wiley; 1994.

McClelland DC. Toward a theory of motive acquisition. American Psychologist 1965;20:321-33.

Petroni A. Competenze distintive aziendali ed innovazione. Sviluppo e Organizzazione 1998;167.


Prahalad CK, Bettis R. The dominant logic: a new linkage between diversity and performance. Strategic Management Journal 1986;7(6):485-501.

Prahalad CK, Hamel G. The Core Competence of the Corporation. Harvard Business Review 1990; May-June. [Http: tle-inc.com/PDFS/FILES/resources](http://tle-inc.com/PDFS/FILES/resources). [accesso 30 aprile 2011].

Spingardi R. Prefazione all'edizione italiana di Boam e Sparrow. Milano: Franco Angeli; 1996.

Spencer LM, Spencer SM. Competence at work: models for Superior Performance. New York: Wiley; 1993. [trad. it. Competenze nel lavoro, Milano: Franco Angeli; 1995].

Varchetta G. Il metodo delle competenze, Sviluppo e Organizzazione 1993;140.

	Polo 1	POLO PER L'ISTRUZIONE		COD. 1.10.2
		TITOLO SINTETICO: TESI DI LAUREA		
		COORDINATORE PROGETTO	RESPONSABILE DEL POLO	
		Dott.ssa Maria Ausilia Pulimeno lia.pulimeno@uniroma1.it	Dott.ssa Maria Ausilia Pulimeno	
1. TITOLO PROGETTO Studio e realizzazione di un sistema di classificazione e consultazione delle tesi di laurea				

INDICE

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

2. ABSTRACT

Ogni anno si discutono in Italia, solo per il corso di laurea in Infermieristica, circa settemila tesi. Questo patrimonio rimane nascosto negli archivi universitari, difficile da consultare e da analizzare. Dalla letteratura internazionale e italiana emerge un forte interesse per la produzione di tesi, di primo e secondo livello e di dottorato soprattutto come fonte per la valutazione dello stato della ricerca in ambito infermieristico. Tuttavia la possibilità di accedere alla produzione accademica degli studenti è fortemente vincolata all'esistenza di rapidi e adeguati sistemi di consultazione che risolvano la difficoltà che si incontra a recuperare, leggere ed esaminare tante tesi semplicemente archiviate e non adeguatamente classificate. Poche sono le esperienze di raccolta per l'analisi sistematica e la valutazione dei contenuti e della metodologia dei lavori prodotti dagli studenti al termine dei vari livelli formativi. Con questo progetto, pertanto, si propone lo studio e la realizzazione di un sistema di classificazione e consultazione delle tesi quale risorsa informativa non solo di percorsi e risultati accademici, ma anche del livello di conoscenza raggiunto in specifici settori infermieristici.

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

3. BACKGROUND

I lavori che gli studenti producono al termine di un ciclo di studi universitari sotto la guida di un relatore, comunemente denominati *tesi*, costituiscono un prezioso materiale informativo di percorsi e risultati accademici, tanto da costituire oggetto di studio e ricerca da parte di molti docenti ed esperti. Anche la letteratura infermieristica è particolarmente ricca di analisi e riflessioni sulle tesi. Questi articoli esaminano la produzione qualitativa e quantitativa delle tesi prodotte dagli studenti al termine dei vari livelli formativi - in prevalenza nei master e nei corsi di dottorato - analizzandone molteplici aspetti: alcuni studi discutono l'adeguatezza delle metodologie nelle tesi di ricerca; ; altri esaminano la relazione tra relatore e laureando/dottorando; alcuni si soffermano sugli aspetti etici delle tesi; altri danno indicazioni su come si scrive una tesi di ricerca o sviluppano criteri di valutazione della qualità delle tesi nei corsi di dottorato. È interessante notare che, tra queste pubblicazioni, si possono trovare anche molti lavori finalizzati alla descrizione dello stato della ricerca infermieristica in generale o del livello di conoscenza raggiunto in specifici settori infermieristici. Tali lavori utilizzano le tesi - soprattutto tesi di dottorato e, in misura minore, quelle dei master - come principali fonti di dati (a volte associate ad altre pubblicazioni, ad atti di convegni, ad articoli non accademici) poiché ritenute termometri sensibili dello sviluppo stesso della ricerca infermieristica, sia dal punto di vista della qualità, sia per gli argomenti esplorati. Qualche studio suggerisce di indirizzare le tesi verso lo sviluppo di un nuovo "sapere infermieristico", verso nuove concettualizzazioni del nursing o verso l'individuazione di presupposti teorici che guidano la ricerca infermieristica. Sebbene di estremo interesse per le loro osservazioni e considerazioni, la maggior parte dei lavori pubblicati sono condotti su campioni di tesi molto esigui e per questo i loro risultati possono essere difficilmente generalizzabili. Fanno eccezione alcuni articoli brasiliani che basano le loro analisi su un numero molto vasto di tesi perché facilmente reperibili e consultabili in tempo reale, sia a livello locale che nazionale. Pochissimi studi fanno riferimento, nella descrizione dei metodi di consultazione delle tesi, a specifici sistemi per il loro reperimento e ai relativi criteri di organizzazione delle informazioni. La possibilità di accedere alla produzione accademica degli studenti è infatti vincolata all'esistenza di rapidi e adeguati sistemi di consultazione: è facile immaginare la difficoltà che si incontra a recuperare, leggere ed esaminare tante tesi semplicemente archiviate e non adeguatamente classificate. Per farlo Kapborg e Berterö dichiarano di aver impiegato più di 400 ore. In Italia, nei corsi di laurea in Infermieristica, ogni anno si discutono circa settemila tesi . È difficile ottenere un quadro completo riguardo a cosa gli studenti abbiano prodotto in questi anni: la tipologia e le caratteristiche delle tesi non sono precisate né dai Decreti che definiscono le prove per il conseguimento della laurea, né dai Regolamenti di Ateneo o di Corso consultabili sui siti Internet. Dalla maggior parte di detti Regolamenti la tesi è genericamente definita come elaborato scritto o dissertazione, solo cinque Atenei gli riservano il nome di tesi e sono poche le Università che forniscono agli studenti indicazioni sui suoi elementi distintivi. Nei Regolamenti di Corso sembra prevalere la *natura teorico-applicativa* dell'elaborato, alcuni limitano l'assegnazione di tesi sperimentali agli studenti con una media curriculare di almeno 102/110 (Regolamento Tesi di Laurea www.unicz.it), altri rimandano alla norma UNI ISO 7144 per garantire l'uniformità della redazione degli elaborati. La stessa finalità formativa delle tesi è definita a grandi linee e non sempre in modo univoco: in alcune Università l'obiettivo principale è quello di far *dimostrare* agli studenti le *abilità* raggiunte; in

altre è quello di *accertare il raggiungimento degli obiettivi qualificanti*; in altre ancora (vedi i Libretti per lo studente di Verona e del Campus Biomedico di Roma) l'esperienza di tesi è vista come un completamento dell'iter formativo, più che una dimostrazione di quanto acquisito nei tre anni. Ultimo aspetto rilevato è la variabilità del numero di Crediti formativi assegnati, che va da un minimo di 5 CFU ad un massimo di 9 CFU (DM 2/04/01 e Regolamenti di Ateneo). A fronte di tali difformità, non esistono in Italia esperienze di raccolta, classificazione e diffusione di tesi su vasta scala che aiutino a fare un bilancio complessivo delle esperienze prodotte, anche se c'è da dire che negli ultimi anni si sono diffusi alcuni siti non istituzionali che offrono agli studenti la possibilità di inserire la propria tesi in archivi che ne rendano disponibile la consultazione in rete, ma che non raccolgono tutte le tesi esistenti e, magari, nemmeno quelle migliori. Tra gli Atenei italiani solo Pisa ha aderito ad un consorzio internazionale che cataloga le tesi di tutte le facoltà ma, pur avendo una finestra di ricerca internazionale molto ampia, non è ancora un'esperienza utile all'analisi della realtà italiana. Tra i siti di istituzioni pubbliche si trova il Collegio IPASVI di Torino, che fornisce il servizio di pubblicazione on line delle tesi di laurea degli Infermieri iscritti, avendo creato una banca dati informatica da cui è possibile effettuare ricerche di tesi di laurea o di diploma e consultare il materiale on line.

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

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

Obiettivi specifici

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

Indicatori

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

5. METODOLOGIA

Disegno dello studio

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

Procedure

Il progetto si articola in cinque fasi:

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

6. RISULTATI ATTESI

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

Rilevanza

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

7. PIANIFICAZIONE

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

8. DIAGRAMMA GANTT

	Mar.10	Apr. 10	Mag.10	Giu.10	Lug.10	Set.10	Ott.10	Nov.10	Dic.10	Gen.11
Fase 0										
Fase 1										
Fase 2										
Fase 3										
Fase 4										
Fase 5										

9. BIBLIOGRAFIA

- Arimori N, Iba N, Suzuki S, Matsumoto N, Ito K, Horiuchi S et al. Characteristics of theses and dissertations at St. Luke's College of Nursing Graduate School: the first twenty years. *Bulletin of St Luke's College of Nursing* 2003;(29):59-72.
- Bellingeri A, Dalfino S, Falli F, Malinverno E, Origlia A, Piccoli M. et al. La ricerca infermieristica in Italia: linee guida per la ricerca Infermieristica. Roma: IPASVI; 2003. p. 23-52.
- Carvalho V. About epistemological constructs in science - a contribution to nursing. *Rev Lat Am Enfermagem* 2003 Jul-Aug;11(4):420-8.
- Correa AC, Ferriani MG. The nursing scientific production and the protective policies for the adolescent. *Rev Bras Enferm* 2005 Jul-Aug; 58(4):449-52.
- Costantino V, Peressinotto E, Marchesin R, Vian F. Le tesi nel diploma universitario per Infermieri: l'esperienza di Padova. *Prof Inferm* 1999 Apr-Jun;52(2):92-7.
- Dantas RAS, Sawada NO, Malerbo MB. Research on quality of life: review on the scientific production of public universities in Sao Paulo State. *Rev Lat Am Enfermagem* 2003 Jul-Aug;11(4):532-8.
- De Franca IS, Farias FS, Sobreira TT, Fraga Mde N, Damasceno MM. Links Analysis of Master theses in nursing under the spotlight of bioethics. *Rev Bras Enferm* 2002 Sep-Oct; 55(5):495-502.
- De Gutierrez MG, Leite JL, Pagliuca LM, Erdman AL. Multiple issues researched and to research in nursing. *Rev Bras Enferm* 2002 Sep-Oct; 55(5):535-41.
- De Marinis MG, Matarese M, Tartaglini D, Binetti P. Dalla tesi di Diploma Universitario alla tesi di laurea: un'analisi dei contenuti e delle metodologie. *International Nursing Perspectives* 2001;1(2-3):84-93.
- Degan M. Un'esperienza di integrazione tra politiche aziendali e bisogni individuali di formazione. *Assist Inferm Ric.* 2005 Apr-Jun; 24(2):88-90.
- Di Giulio P, Saiani L, Palese A, Dimonte V. Le tesi nei corsi triennali per infermieri: contributo per un miglioramento. *Assist Inferm Ric* 2005 Apr-Jun;24(2):59-60,83-7.
- Egry EY, de Fonseca RM, Bertolozzi MR, de Oliveira MA, Takahashi RF. Building knowledge in collective health: an analysis of thesis and dissertations. *Rev Esc Enferm USP* 2005 Dec; 39:544-52.
- Figueiredo Mdo L, Tyrrell MA. The (in)visible gender of old age in the knowledge of nursing. *Rev Bras Enferm* 2004 Nov-Dec;57(6):679-82.
- Finocchi G, De Marinis MG. Un Sistema di classificazione delle Tesi del corso di laurea in Infermieristica (SCT). *Giornale italiano di Scienze Infermieristiche* 2007;3(5):41-52.
- Formarier M, Tchassou P. The end-of-study dissertations in nursing schools. Pedagogic and methodologic considerations. *Rech Soins Infirm* 1998 Mar;52:54-71.
- Gieffer C. Publication of a thesis: the relationship between graduate students and thesis advisor. *Nurse Author Ed* 1996 Spring;6(2):7-8.
- Haapaniemi H, Routasalo P, Lauri S. Geriatric nursing research in Finland: an analysis of master's, licentiate and doctoral theses from 1979 to 2000. *Hoitotiede* 2003;15(2):89-99.
- Hardy S, Ramjeet J. Reflections on how to write and organize a research thesis. *Nurse Res* 2005; 13(2):27-39.
- Hooker RS, Mayo HG. Doctorial dissertations on nurse practitioners: 1970-2000. *J Am Acad Nurse Pract* 2002 Jun;14(6):276-84.
- Kapborg I, Berterö C. Critiquing Bachelor candidates theses: are the criteria useful. *Inter Nurs Rev* 2002 Jun;49(2):122-8.
- Kim ES, Kim GS, Kim DR, Kim EJ, Sung KM, Shin HK et al. Trends of nursing science inquiry in doctoral dissertations. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2004 Apr; 34(2):315-23 [Korean].
- Kim MJ, McKenna HP, Ketefian S. Global quality criteria, standards, and indicators for doctoral programs in nursing; literature review and guideline development. *Int J Nurs Stud* 2006 May;43(4):477-

89.

Kurcgant P, Ciampone MH. Research in nursing administration area in Brazil. *Rev Bras Enferm* 2005 Mar-Apr; 58(2):161-4.

Leino Kilpi H, Suominen T. Nursing research in Finland from 1958 to 1995. *Image J Nurs Scholarsh* 1998; 30(4):363-7.

LoBiondo Wood G, Haber J. *Metodologia della ricerca infermieristica*. Milano: McGraw Hill, 2002. p. 126. [ed. italiana a cura di A. Palese].

Loomis ME. Emerging content in nursing: an analysis of dissertation abstracts and titles: 1976-1982. *Nurs Res* 1985 Mar-Apr; 34(2):113-9.

Machado AL, de Oliveira FB. Social representations in nursing: commentaries on theses and dissertations. *Rev Esc Enferm USP*. 1997 Dec;31(3):486-97 (Review).

Matarese M, Tartaglino D, De Marinis MG, Binetti P, Alloni R. La Tesi nel Diploma Universitario per Infermiere. *Medic* 1998;6:39-45.


Moreira TM, Jorge MS, Lima FE. Analysis of nursing dissertations and theses on adolescence - Brazil, 1979-2000. *Rev Bras Enferm* 2004 Mar-Apr;57(2):217-22.

Salmela M, Elomaa L. Theses in development of working life. *Sairaanhoitaja* 2003 Sep; 76(9):18-20.

Silva IA, Ferriani MG, de Carvalho EC. Doctoring interunits in nursing program: 21 years building science. *Rev Esc Enferm USP* 2005 Dec; 39:515-21.

Ulusoy MF, Ucar H. An ethical insight into nursing research in Turkey. *Nurs Ethics* 2000 Jul;7(4):285-95.

Wardell DW, Weymouth KF. Review of studies of healing touch. *J Nurs Scholarsh* 2004;36(2):147-54.

	Polo 2	POLO PER LA RICERCA		COD. 2.10.1
		TITOLO SINTETICO: RICERCA SUL BENESSERE ORGANIZZATIVO		
		COORDINATORE PROGETTO	RESPONSABILE DEL POLO	
		Dott.ssa Maria Grazia Proietti mg_proietti@alice.it Dott. Carlo Turci carloturci@yahoo.it	Dott. Gennaro Rocco	
1.TITOLO PROGETTO Progetto di ricerca multicentrica sul Benessere Organizzativo degli infermieri in servizio presso le Aziende sanitarie di Roma e Provincia				

INDICE

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

2. ABSTRACT

La prospettiva che si intende indagare, partendo e confrontando situazioni concrete, attribuisce particolare rilevanza al problema del “clima organizzativo”, alla necessità di favorire un chiaro ed esplicito “investimento emotivo personale”, all’importanza dei valori da trasmettere e dei codici morali da rispettare, alla necessità di assumere consapevolmente una dose di “rischio imprenditoriale”, all’interno del comune collante rappresentato dagli obiettivi (la conseguenza di tali comportamenti porta la generazione di KBO, ovvero *knowledge based organization*).

E’ in questa ottica che si inserisce il modello di ricerca-intervento che si vuole utilizzare per l’indagine sul benessere organizzativo degli infermieri di Roma e Provincia. Il modello è stato messo a punto dalla Facoltà di Psicologia 2 dell’Università di Roma “Sapienza” e ha permesso al Dipartimento della Funzione Pubblica di promuovere le diverse ricerche sul benessere organizzativo dall’anno 2002.

L’indagine mira a far emergere la percezione, o meglio l’immagine, che gli infermieri hanno della loro situazione lavorativa, in quanto raccoglie dati sulle dimensioni del benessere organizzativo, passando attraverso l’analisi degli indicatori negativi e positivi presenti all’interno del questionario utilizzato (Questionario multidimensionale della salute organizzativa, *MOHQ*).

Lo studio del Collegio Ipasvi di Roma, previsto dal settembre 2009 a giugno 2011, si suddivide in tre fasi :

- 1) Formazione del gruppo di lavoro, individuazione degli ambiti organizzativi oggetto di indagine, nonché la progettazione degli incontri formativi itineranti;
- 2) Presentazione del progetto di ricerca attraverso una campagna informativa e raccolta delle adesioni di partecipazione al progetto, individuazione dei referenti aziendali, supporto agli stessi da parte del TdP per tutto il periodo dell’indagine;
- 3) Elaborazione dei dati, con l’analisi e confronto dei dati raccolti.

La relazione, la presentazione e la pubblicazione dei risultati sono previste per l’anno 2011. L’indagine ha l’obiettivo di raggiungere almeno il 10% degli iscritti del Collegio IPASVI di Roma, cioè circa 2.500 infermieri.

3. BACKGROUND

Uno studio europeo pubblicato (SCS Consulting, 2008) ha evidenziato che in Italia oltre 9 milioni di persone soffrono di stress lavorativo. Dati così allarmanti riportano al centro dell’attenzione i fattori che incidono sul benessere psico-fisico del lavoratore. Il progetto di ricerca multicentrica si basa sul presupposto che il benessere organizzativo risieda nella qualità delle relazioni esistenti tra le persone e il contesto di lavoro. Per questo motivo, oltre allo studio dei classici rischi fisici legati al tema della sicurezza lavorativa, si è affiancato quello dei cosiddetti rischi psicosociali, che riguardano le variabili legate al clima organizzativo e agli stili di convivenza sociale (legge n.123/2007 e DLgs. N.81 del 9 aprile 2008).

Specificamente per quanto riguarda gli infermieri inseriti nelle aziende del SSN, la legge 251/2000 prescrive l’autonomia organizzativa “al fine di migliorare l’assistenza e per la qualificazione delle risorse”. L’organizzazione autonoma dell’assistenza infermieristica potrebbe essere, se pienamente realizzata, una risorsa da valorizzare che può innescare il circolo virtuoso del miglioramento del benessere organizzativo degli infermieri e della soddisfazione delle persone assistite.

Il moderno concetto di salute cerca di superare la dicotomia tra individuo e organizzazione, evidenziando come entrambi siano attori e responsabili della salute.

Il benessere organizzativo risiede nella qualità della relazione esistente tra le persone e il contesto di lavoro.

Quando si rivelano condizioni di scarso benessere organizzativo si determinano, sul piano concreto, fenomeni quali diminuzioni della produttività, assenteismo, bassi livelli di motivazione, ridotta disponibilità al lavoro, carenza di fiducia, mancanza di impegno, aumento di rischio lavorativo e diminuzione dei livelli di sicurezza. Questi e altri indicatori di malessere non sono altro che il riflesso dello stato di disagio e malessere psicologico di chi lavora.

La riduzione della qualità della vita lavorativa in generale e del senso individuale di benessere rende, pertanto onerosa la convivenza e lo sviluppo dell’organizzazione.

Il concetto di salute organizzativa suggerisce che le organizzazioni potrebbero progredire e trovare beneficio nel tutelare la relazione con le persone che vi lavorano.

La prospettiva sul benessere richiede una prospettiva di cambiamento culturale. Significa considerare centrale, nelle scelte strategiche e nei valori di riferimento, la qualità della convivenza organizzativa. E’

ormai chiaro che una organizzazione in salute può essere anche più efficace e produttiva.

L'azienda sanitaria, vista la sua complessità, è tra le organizzazioni che dovrebbero far propri questi obiettivi. Le aziende sanitarie, infatti, si configurano come organismi complessi che erogano diverse tipologie di servizi, caratterizzati da un elevato livello di professionalità.

Un buon clima genera "benessere organizzativo" se è in grado di promuovere, mantenere e migliorare la qualità della vita delle persone ed il benessere fisico, psicologico e sociale della comunità di persone che opera in un dato contesto.

Un tipico indicatore di sintesi è facilmente individuabile nella gratificazione individuale e professionale. La costruzione e il mantenimento del benessere organizzativo sono il risultato concreto e visibile di una organizzazione "in buon stato di salute".

Il progetto di ricerca sul benessere organizzativo è stato promosso dal Dipartimento della Funzione Pubblica con il programma Cantieri, oggi Magellano.

L'attuale Progetto Magellano ha sviluppato un metodo di analisi sul benessere organizzativo per indicare un modello di promozione della qualità della vita aziendale che, partendo dallo studio del contesto lavorativo, elabora soluzioni e interventi per l'intera organizzazione.

Anche i recenti CCNL individuano, inoltre, tra i temi prioritari orientati alla valorizzazione delle risorse umane, la formazione, la partecipazione e indica alle aziende la necessità di prevenire fenomeni di mobbing.

Il benessere organizzativo, perciò, è un approccio che associa, allo studio dei classici rischi fisici legati al tema della sicurezza lavorativa, quello dei cosiddetti rischi psicosociali, che riguardano variabili legate alla convivenza sociale e organizzativa.

I fondamenti concettuali del progetto di ricerca:

- diffondere la cultura della valorizzazione delle risorse umane, come direttrice strategica;
- generare un buon clima "benessere organizzativo" permette di promuovere, mantenere e migliorare la qualità della vita della comunità di persone che opera in un dato contesto;
- utilizzare il progetto di ricerca sul benessere organizzativo che è stato promosso dal Dipartimento della Funzione Pubblica con il programma Cantieri, oggi Magellano;
- far emergere le situazioni di benessere e gli aspetti di criticità (malessere) all'interno della professione infermieristica.

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

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

Obiettivi specifici

- Sensibilizzare i Dirigenti dell'Area Assistenziale e Tecnica delle Strutture Sanitarie di Roma e Provincia sull'importanza del clima organizzativo come substrato di miglioramento della soddisfazione degli infermieri e delle persone assistite
- Presentare lo strumento di indagine validato nel "Progetto Magellano" (ex Cantieri PA) ai Dirigenti dell'Area Assistenziale e Tecnica e ai referenti aziendali individuati
- Realizzare le giornate formative itineranti, con attribuzione dei crediti ECM, presso le Aziende partecipanti, rivolto ai Dirigenti infermieristici, ai referenti aziendali, nonché a tutti gli infermieri interessati
- Misurare la percezione dell'infermiere nell'area dell'ascolto e delle relazioni con i superiori e con i colleghi nel luogo lavorativo
- Misurare la percezione dell'infermiere nell'area dell'equità e della valorizzazione

Indicatori

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

5. METODOLOGIA

Disegno dello studio

Il modello di ricerca sul benessere organizzativo, elaborato dal Dipartimento della Funzione Pubblica, in collaborazione con la Facoltà di Psicologia 2 di Roma "La Sapienza", si riferisce ad una ricerca - intervento. Questo tipo di analisi viene utilizzata quando, oltre a conoscere determinati processi e fenomeni, si intende anche intervenire sugli stessi. La ricerca sul benessere è uno strumento che consente di raccogliere numerose ed importanti informazioni sulle dimensioni del benessere e del malessere organizzativo.

La ricerca è anche uno strumento di ascolto organizzativo che permette di far emergere la "percezione" che i dipendenti hanno della propria amministrazione. Quando si parla di percezione ci si riferisce all'immagine soggettiva che i dipendenti hanno dell'ente, pertanto la fotografia che la ricerca darà dell'amministrazione sarà quella filtrata attraverso gli occhi dei dipendenti che vi lavorano.

E' dunque fondamentale, per il buon esito della ricerca, far comprendere ai propri dipendenti l'importanza della loro partecipazione al progetto di innovazione che l'amministrazione ha inteso intraprendere.

Campione

Dall'elenco degli iscritti del Collegio Ipasvi di Roma si è ricavato il numero dell'intera popolazione potenzialmente raggiungibile (circa 28mila iscritti). L'indagine ha l'obiettivo di raggiungere almeno il 10% degli iscritti del Collegio Ipasvi di Roma, cioè circa 2.800 infermieri.

La raccolta e l'analisi dei dati legati alla ricerca verranno effettuate avvalendosi del questionario MQHO, validato come strumento scientifico a livello internazionale e somministrato a una campione rappresentativo della popolazione Infermieri di Roma e provincia.

Si è pensato di costituire il campione di indagine, al fine di renderlo più rappresentativo possibile alla popolazione di riferimento, mediante uno studio del campo organizzativo suddiviso per Aree. Ciò ha portato ad alcune considerazioni come l'utilizzo del campionamento per quote che è, tra i metodi non

probabilistici, uno dei più utilizzati, ed è particolarmente adatto per ridurre sia il tempo di indagine che gli eventuali errori legati alla somministrazione all'intero universo (rischiando di lasciare fuori dall'intera rilevazione interi settori o Aree).

La scelta per quote avviene attraverso l'indicazione delle proporzioni che dovranno caratterizzare il campione (in base al settore lavorativo di appartenenza), lasciando alle strutture la scelta delle modalità di somministrazione tra le riunioni di reparto ed eventi formativi, o altre modalità che permettano ai referenti aziendali incaricati di spiegare il disegno dello studio.

Strumenti

Gli strumenti della ricerca intervento sono:

- Il Questionario Multidimensionale della Salute Organizzativa (MOHQ - Multidimensional Organizational Health Questionnaire);
- Il software per l'immissione e l'elaborazione dei dati messo a disposizione dal Dipartimento della Funzione Pubblica, attraverso l'accesso con registrazione degli utenti e utilizzo di password.

A queste dotazioni di carattere prettamente operativo va associato il *know how* (Manuali, Ricerche, Linee guida, ecc) prodotto dal Dipartimento della Funzione Pubblica in questi anni sul tema e attualmente disponibile nel portale www.magellanopa.it

Il Questionario Multidimensionale della Salute Organizzativa, che va somministrato ai dipendenti dell'organizzazione, misura le percezioni degli individui e consente sia l'individuazione di aree critiche, che di tutte quelle zone dove un intervento strategico potrebbe favorire migliori condizioni di lavoro e di salute. Nella versione definitiva il questionario di rilevazione sul benessere organizzativo, proposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica, si compone di 67 domande e oltre 100 affermazioni.

Per la realizzazione del percorso di ricerca intervento le amministrazioni hanno la possibilità di accedere, previa richiesta e consegna delle chiavi di accesso, a un software nel portale <http://www.magellanopa.it/benessereorganizzativo/> che permette una rapida immissione dei dati raccolti attraverso il questionario di rilevazione. L'applicativo informatico, inoltre, consente una lettura dei risultati per aree critiche e punti di criticità, offrendo un'ampia gamma di informazioni che facilitano la comprensione della realtà organizzativa e del relativo livello di benessere.

Con l'adesione al progetto vengono forniti una login e password amministrativa, nonché un codice amministrazione univoco che identifica la singola amministrazione.

Esistono due Livelli di accesso :

1. Livello AMMINISTRATORE (*Amministratore del sistema*);
2. Livello UTENTE o OPERATORE (*Data entry*).

L'amministratore del sistema ha la possibilità di leggere i risultati della ricerca. I dati inseriti vengono elaborati dal software e restituiti sotto forma di grafici. I grafici elaborati dal software rappresentano la media delle risposte date agli item che compongono i diversi fattori. Attraverso il prelievo dei dati alle amministrazioni viene restituita una matrice dei dati in formato "excell" che permette di svolgere elaborazioni personalizzate.

Procedure

- Il percorso di ricerca intervento prevede la seguente procedura
- La preparazione dell'indagine
- La realizzazione dell'indagine
- La comunicazione dei risultati
- Eventuale pianificazione degli interventi

6. RISULTATI ATTESI

L'indagine ha l'obiettivo di raggiungere almeno il 10% degli iscritti del Collegio Ipasvi di Roma, cioè circa 2.800 infermieri.

Indicatori

- N° di questionari compilati / N° di questionari attesi * 100 (> 80%)
- N° di eventi formativi espletati / N° di eventi formativi previsti (> 80%)
- N° di partecipanti agli eventi formativi / N° di partecipanti attesi agli eventi formativi (> 60%)
- N° di questionari compilati / N° infermieri iscritti Collegio Ipasvi di Roma

- N° delle Strutture Sanitarie di Roma e Provincia aderenti al Progetto / N° delle Strutture Sanitarie di Roma e Provincia totali * 100 (> 3%)

Rilevanza

Iniziativa strategica, che produce un alto ritorno di immagine, oltre ad essere utile, in prospettiva, per gli infermieri e i cittadini, per diversi motivi:

- prima ricerca del genere in Italia su una popolazione di professionisti, utilizzando lo strumento del Dip. della Funzione Pubblica;
- utilizzo di uno strumento validato per raccogliere dati attendibili sulla percezione lavorativa degli infermieri, con possibilità di confronti incrociati;
- impatto positivo sugli infermieri iscritti che vedono il Collegio interessarsi al loro benessere psico-fisico.

7. PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
1	Approvazione dell'ipotesi di ricerca	Consiglio Direttivo	7 aprile 2009
2	Costituzione del Gruppo di Lavoro	Consiglio Direttivo	28 maggio 2009
3	Elaborazione del progetto di ricerca	TdP	giugno 2009
4	Approvazione del progetto di ricerca	Consiglio Direttivo	luglio 2009
5	Partnership con "Progetto Magellano" - Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione e acquisizione del "Kit del Benessere Organizzativo"	Project manager	luglio 2009
6	Presentazione del Progetto di ricerca ai Dirigenti dell'Area Infermieristica	TdP e Project Manager	luglio 2009
7	Raccolta delle adesioni di partecipazione al progetto	TdP	luglio-agosto 2009
8	Programmazione degli eventi formativi itineranti e accreditamento ECM	TdP	luglio-agosto 2009
9	Individuazione dei referenti aziendali a cura delle singole Aziende aderenti al Progetto di ricerca	TdP	settembre 2009
10	Stampa dei questionari	TdP + Tesoriere	settembre 2009
11	Preparazione del materiale occorrente (locandine, programmi, attestati, materiale didattico) e organizzazione delle Giornate di Studio Itineranti	TdP + Tesoriere	da settembre 2009 a ottobre 2010
12	Attività di supporto ai referenti aziendali e ai data-entry	TdP	da ottobre 2009 a dicembre 2010
13	Raccolta dei questionari e inserimento dati da parte dei data-entry nel sito "Magellano" - Dipartimento della Funzione Pubblica presso la Sede del Collegio IPASVI di Roma	TdP + referenti aziendali	da novembre 2009 a dicembre 2010
14	Monitoraggio e verifica del processo	TdP	da settembre 2009 a dicembre 2010
15	Elaborazione dei dati	TdP	da novembre 2009 a dicembre 2010
16	Analisi dei dati raccolti, interpretazione dei risultati ottenuti e stesura del rapporto finale	TdP	da gennaio a marzo 2011
17	Consensus Conference con le Aziende che hanno aderito al Progetto di ricerca	TdP e Project manager	aprile 2011
18	Acquisizione dei preventivi per la stampa del rapporto di ricerca	Tesoriere	aprile 2011

9. BIBLIOGRAFIA

- Auteri E. Management delle risorse umane. Milano: Guerini e Associati; 2004.
- Avallone F, Bonaretti, M. a cura di. Benessere organizzativo, Roma: Rubettino; 2003.
- Avallone F, Paplomatas A. Salute organizzativa. Milano: Cortina Editore; 2005.
- Avallone F. a cura di. La convivenza nelle organizzazioni. Milano: Guerini e Associati; 2003.
- Avallone F. Donna e Lavoro. Milano: Franco Angeli; 1989.
- Avallone F. La psicologia della salute nei contesti organizzativi. Convegno di Psicologia della Salute; 1995; Orvieto.
- Baccini M. Human Governance: per una cultura della Pubblica Amministrazione ovvero l'umanizzazione della Pubblica Amministrazione. Funzione Pubblica 2005;1:9-12.
- Battistelli F. a cura di. La cultura delle amministrazioni fra retorica e innovazione. Milano: Franco Angeli; 2002.
- Battistelli F. Burocrazia e mutamento. Persuasione e retorica dell'innovazione amministrativa. Milano: Franco Angeli; 2004.
- Benedetti L. La pubblica amministrazione verso il cambiamento: burocrazia, impresa o sistema aperto alla collettività? In La Rosa M. Soggetti e organizzazione. Milano: Franco Angeli 1995. p. 341-362;
- Bonaretti M, Testa P. Persone al lavoro. Roma: Rubettino; 2003.
- Bonti M. Dal sistema burocratico alla cultura della qualità nelle amministrazioni pubbliche. Milano: Giuffrè Editore; 2000.
- Cafiero I. Benessere in ambito lavorativo: dalla parte della persona. Risorse umane in azienda 2003; 93:1-3.
- Capano G. Le riforme degli anni Novanta: l'adattamento reattivo del paradigma egemonico in Battistelli F. La cultura delle amministrazioni tra retorica e innovazione. Milano: Franco Angeli; 2002. p. 47-67.
- Celli P.L. Nascita e morte di un'impresa in 42 lettere. Palermo: Sellerio; 2003.
- Chinoy E. Automobile workers and the American dream. Garden City NJ: Doubleday; 1955.
- Cooper Cary L, Cartwright S. Healthy mind: healthy organization-a proactive approach to occupational stress. Human Relations 1994;47(4):455-71.
- Crozier M. L'impresa in ascolto. Milano: Il sole 24 ore; 1990.
- D'Orta C, Marconi P. a cura di. Proposte per il cambiamento nelle amministrazioni pubbliche. Roma: Rubettino; 2002.
- De Masi D. Il futuro del lavoro. Milano: Rizzoli; 1999.
- Dente B, Lo Schiavo L. Politiche pubbliche e change management. Studi organizzativi 1999;2:39-52.
- Dipartimento della Funzione Pubblica. Direttiva 20 dicembre 2002. Linee guida in materia di digitalizzazione dell'amministrazione. 2002. Disponibile presso: www.regione.piemonte.it. [accesso 30 apr 2011].
- Dipartimento della Funzione Pubblica. Direttiva 7 febbraio 2002 sulle attività di comunicazione delle pubbliche amministrazioni. 2002. Disponibile presso: www.esteri.it/MAE/IT/Ministero/Servizi/Sportello_Info/Normativa/Dirett_Feb_02.htm. [accesso 30 apr 2011].
- Dipartimento della Funzione Pubblica. Direttiva 24 marzo 2004 sulla rilevazione della qualità percepita dai cittadini. 2004. Disponibile presso: <http://gazzette.comune.jesi.an.it/2004/80/3.htm>. [accesso 30 apr 2001].
- Dipartimento della Funzione Pubblica. Direttiva del 24 marzo 2004. Misure finalizzate al miglioramento del benessere organizzativo nelle Pubbliche Amministrazioni. 2004. Disponibile presso: www.lavoro.gov.it/NR/rdonlyres/.../013_direttiva_24_03_05.pdf. [accesso 30 apr 2011].
- Earnest RE. Making safety a basic value. Professional Safety 2000;45:33-8.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. First European survey on the work environment. Luxembourg: Office of the Official Publications of the European Community; 1992.
- Fiorelli JS, Alarcon GA, Taylor E, Woods K. The organization health report: an HR metric to mobilize executives into action. Tempe: HR Resource Planning; 1998.
- Gardell B. Alienation and mental health in the modern industrial environment. In: Levi L. Society, stress, and disease: 1. The psychosocial environment and psychosomatic diseases. Proceedings of an international interdisciplinary symposium; 1970 April; Stockholm. New York: Oxford University Press; 1971.
- Giardini M, Venettoni S. Valori e gestione delle risorse umane. In Bellotto M. a cura di. Valori e lavoro. Dimensioni psico-sociali dello sviluppo personale. Milano: Franco Angeli; 1997. p. 201-14.
- Glasgow RE, Terborg JR. Occupational health promotion programs to reduce cardiovascular risk. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1988;56:365-73.
- Goleman D. Essere leader. Milano: Rizzoli; 2002.
- Golembiewski RT, Munzenrider RF, Stevenson JG. Stress organizations: toward a phase model of burnout. New York: Praeger; 1986.
- Grant JG. Involving the total organization. Occupational Health Safety 2000;69:64-5.
- Greggio G. Il clima organizzativo per il successo dell'organizzazione. Risorse umane in azienda 2002;91:1-16.
- Hansen LL. The architecture of safety excellence. Professional Safety 2000;45:26-9.
- Ilgen DR, Swisher SN. An integrated approach to health in the workplace. In E.M. Welch. a cura di. Strategies for lower costs and reducing workers' suffering. Fort Washington PA: LPR Publications; 1989.
- Jaffe Dennis T. The healthy company. Research paradigms for personal and organizational health. In: Sauter SL, Murphy LR. Organizational risk factors for job stress. Washington DC: APA; 1995. p. 13-39.
- Jamison D, O'mara J. Managing workforce 2000. San Francisco: Jossey-Bass; 1991.

Kanter R. The change masters. New York: Simon & Schuster; 1984.

Kaplan R. Beyond ambition: how driven managers can lead better and live better. San Francisco: Jossey-Bass; 1991.

Karasek, R, Theorell T. Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books; 1990.

Kets De Vries MFR. L'organizzazione irrazionale. Milano: Raffaello Cortina; 2001.

Kets De Vries MFR, Miller D. The neurotic organization. San Francisco: Jossey-Bass; 1984.

Kornauser A. Mental Health of industrial worker. New York: Wiley; 1965.

Krout KA. Is safety really the N° 1 priority? (part I and II). Occupational Health & Safety 2000;69:7-8,26-28,40-44.

LaBier D. Modern madness: the emotional fallout of success. Reading MA: Addison-Wesley; 1986.

Lawler EE. High-involvement management. San Francisco: Jossey-Bass; 1986.

Lazarus RS. Puzzles in the study of the daily hassles. J Behav Med 1984;7:375-89.

Levering R, A great place to work. New York: Random House; 1988.

Levi L. Society, stress and disease: Vol. 1. The psychosocial environment and psychosomatic diseases. Proceedings of an international interdisciplinary symposium; 1970 April; Stockholm. New York: Oxford University Press; 1971.

Lloyd, T. The nice company. London: Bloomsbury; 1990.

Lyden JA, Klengle WE. Supervising organizational health. Burlington: Supervision, 2000.

Maccoby M. Why work? Leading the new generation. New York: Simon & Schuster; 1988.

Maddi S, Kobasa S. The hardy executive: health under stress. New York: Dow Jones Irving; 1984.

Maslach C, Jackson SF, The measurement of experienced burnout. Journal of Occupational Behavior 1981;2:99-113.

Mayo E. The human problems of an industrial civilization. New York: Macmillan; 1933.

Mayo E. The social problems of an industrial civilization. Boston: Harvard University Press 1945.

Morgan G. Images, le metafore dell'organizzazione. Milano: Franco Angeli; 1993.

Negro G, Busio B. Le nuove rotte organizzative: modelli ed esperienze per gli enti locali. Milano: Franco Angeli; 2001.

Negro G, Grandis R. L'organizzazione del benessere: logiche, principi e modello applicativo. Cantieri di innovazione - Benessere Organizzativo. Roma: Dipartimento della Funzione Pubblica; 2003.

Olivetti A. Città dell'uomo. Torino: Edizioni di Comunità; 2001.

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

Pierce DF. Safety in the emerging leadership paradigm. Occupational Hazards 2000;62:63-6.

Pratt D. Creating healthy organizations. CMA Management 2000;74:10.

Quick JC. Occupational Health Psychology: the convergence of health and clinical psychology with public health and preventive medicine in an organizational context. Professional Psychology: research and practice 1999;30(2):123-8.

Rodin J, Salovey P. Health psychology. Annual Review of Psychology 1989;40:533-79.

Rodin J. Aging and health: effects of the sense of control. Science 1986;233:1271-76.

Rosen RH. Healthy companies. New York: American Management Association; 1986.

Sauter SL, Hurrell J jr. Occupational Health Psychology: Origins, Content, and Direction. Professional Psychology: Research and Practice 1999;30(2):117-22.

Tardone G, Watlawick P. L'arte del cambiamento. Milano: Ponte alle Grazie; 1990.

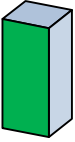
Terborg JR. The organization as a context for health promotion. In Oskamp S, Spacapan S. a cura di. Social psychology and health. The Claremont Symposium on Applied Social Psychology. Newbury Park CA: Sage, 1986.

Topf MD. Managing change. Occupational Hazards 2000;62(7):43-4.

Tripenti V. Qualità dell'organizzazione del lavoro e salute psicologica. Risorse umane in azienda 2003;94:15-6.

Williams R, Williams V. Anger kills: Seventeen strategies for controlling the hostility that can harm. New York: Time Books 1993.

www.magellanopa.it [accesso 30 aprile 2011].

	Polo 2	POLO PER LA RICERCA		COD. 2.10.2
		TITOLO SINTETICO: LA SICUREZZA NELL'AREA DELL'AREA DELL'EMERGENZA		
		COORDINATORE PROGETTO	RESPONSABILE DEL POLO	
		Dott.ssa Annamaria Bagnasco annamaria.bagnasco@unige.it	Dott. Gennaro Rocco	
1.TITOLO PROGETTO La sicurezza nell'area dell'emergenza: i requisiti quali quantitativi della comunicazione a supporto della diminuzione del rischio di errore e della qualità delle cure				

INDICE

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

2. ABSTRACT

Il Dipartimento di Emergenza presenta rischi di errore addizionali rispetto ai rischi specifici dei reparti di degenza, per tipologia di cure erogate e per caratteristiche riferibili ai tempi operativi.

La letteratura evidenzia che la principale vulnerabilità incidente sul rischio di errore è rappresentata dalla carenza di strumenti di comunicazione interna/ esterna, ovvero strumenti di pianificazione del percorso di cura del paziente dall'ingresso alla dimissione ed alla modalità di evidenza oggettiva degli interventi informativi/comunicativi.

Le azioni correttive che impattano maggiormente sulla riorganizzazione delle attività clinico assistenziali sono rappresentati da strumenti comunicativi prodotti in tecnica SBAR e caratterizzati dalla definizione di requisiti standard comunicativi per la dimissione protetta, per l'empowerment del paziente e dei familiari, per la verifica dell'informazione efficace.

3. BACKGROUND

La comunicazione e i processi decisionali sono tra le principali attività del personale di emergenza. Studi dimostrano che l'89% del tempo di attività dei medici e dell'infermiere nell'emergenza è dedicato ad attività di comunicazione, di cui la maggioranza caratterizzata da comunicazione verbale (faccia a faccia), ma anche comunicazioni telefoniche, note scritte, informatiche. Le note scritte e il computer sono utilizzati per trasmettere informazioni; studi osservazionali hanno evidenziato che il personale sanitario che opera nell'emergenza interviene in massimo 42 eventi di comunicazione per ora e che un terzo di questi sono caratterizzati da interruzioni.

Il Dipartimento di emergenza è per sua natura una struttura ad alta rischiosità in relazione alle sue peculiarità organizzative rappresentate dalla necessità di erogare cure con ritmi non pianificabili perché correlati alle emergenze e con un alto volume di turn over, con unfamiliar patients e con un processo erogativo caratterizzato da stress, noise, time pressures. In particolare infine il dipartimento di emergenza è caratterizzato da una specifica condizione di vulnerabilità psicologica sia dei pazienti che dei caregivers anche nel caso in cui la diagnosi sia chiara ed il trattamento adeguato, pertanto quando subiscono un danno i pazienti sviluppano reazioni emotive anche particolarmente severe. Oltre all'impatto emotivo sul paziente e sugli operatori occorre prendere in considerazione anche il costo degli eventi avversi.

Gli eventi avversi procurano ferite profonde alle organizzazioni sanitarie e ne distruggono il clima introducendo il sospetto sia tra gli operatori sia nei pazienti e stakeholders comportando dunque la sfiducia. Per ciò che concerne il costo in termini di ulteriori trattamenti e di giorni supplementari di degenza in ospedale esso è indubbiamente considerevole e notevolmente maggiore della stessa causa legale.

Uno dei risultati ricorrenti nelle revisioni presenti in letteratura è l'aumento della degenza di circa 6-8 giorni a seguito di un evento avverso.

La letteratura descrive una delle principali cause proattive di errore o quasi errore nella comunicazione scritta e orale, in particolare negli strumenti di comunicazione interna, ovvero nell'utilizzo degli strumenti di pianificazione del percorso di cura del paziente dall'ingresso alla dimissione ed alla modalità di evidenza oggettiva degli interventi informativi/comunicativi.

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

- Ridurre il rischio di errore e di near missess nella comunicazione tra operatori sanitari.
- Standardizzare la comunicazione efficace tra gli operatori nell'area dell'emergenza attraverso l'utilizzo di strumenti validati.

Obiettivi specifici

- Stimare le skills comunicative per la scurezza nell'ambito dell'emergenza.
- Fornire uno strumento di monitoraggio dei requisiti quali - quantitativi della comunicazione.
- Definire un'ipotesi di bisogno formativo sulle competenze relazionali (nell'area dell'emergenza) ed analizzarlo attraverso strumenti di misurazione delle competenze.
- Divulgare risultati scientifici a supporto della sicurezza del cittadino e della qualità delle cure.

Indicatori

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

5. METODOLOGIA

Disegno dello studio

Studio osservazionale

Campione

La ricerca interessa principalmente l'area della provincia di Roma; nell'ambito dei dipartimenti di emergenza delle Aziende Ospedaliere e degli Istituti a carattere scientifico. La consegna e il ritiro degli strumenti per l'indagine sono nell'ambito di una mobilità localizzata al massimo all'interno della regione Lazio.

Strumenti

SBAR Comunicativa

Procedure

Procedure di per la comunicazione efficace

6. RISULTATI ATTESI

Identificazione di format comunicativi atti a ridurre le memory failure e a garanzia della safety e della security di Pazienti ed operatori

Indicatori

- Numeri per la prioritizzazione delle azioni correttive/preventive sui processi comunicativi nell'area dell'emergenza.
- Stima del bisogno formativo riferito alla comunicazione per la riorganizzazione delle attività formative nell'area dell'emergenza.
- Categorizzazione dei requisiti della comunicazione interna ovvero dei dati necessari alla valutazione e dunque pianificazione del percorso di cura del paziente dall'ingresso alla dimissione e dalla modalità di evidenza oggettiva.

Rilevanza

L'introduzione di strumenti quali check list comunicative a seguito identificazione di azioni correttive sulla sicurezza nella comunicazione prevede la riorganizzazione delle attività clinico assistenziali attraverso

Definire gli strumenti per la misurazione degli outcome specifici della formazione continua sulla sicurezza nella comunicazione nell'area dell'emergenza/urgenza.

7. PIANIFICAZIONE

Descrizione attività	Risorse impegnate	Durata
Disegno di studio	Risorse Umane: tutti i soggetti coinvolti	30 gg
Background scientifico	Ricercatore	30 gg
Creazione dello strumento qualitativo di raccolta dati	Referente scientifico Ricercatore	30 gg
Attuazione della ricerca	Referente scientifico Ricercatore	90 gg
Disseminazione dei risultati	Referente scientifico, Ricercatore, Dottorando di ricerca, IPASVI , partners e rilevatori	120 gg

8. DIAGRAMMA GANTT

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

9. BIBLIOGRAFIA

Anon. The Joint Commission's Sentinel Event Policy: ten years of improving the quality and safety of health care. *Jt Comm Perspect* 2005 May;25(5):1,3-5.

Burchett P, Durham M, Polega S, Sorensen G, Tucker J. Bronson Emergency Department Patient Admission Throughput Initiative. Disponibile presso: www.bronsonhealth.com. [accesso 30 aprile 2011].

Committee on Pediatric Emergency Medicine. Patient Safety in the Pediatric Emergency Care Setting. *Pediatrics* 2007 Dec;120(6):1367-75.

Fairbanks RJ, Bisantz AM, Sunm M. Emergency department communication links and patterns. *Ann Emerg Med* 2007 Oct;50:396-406.

Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care* 2004;13 Suppl:85-90.

Mishra A, Catchpole K, McCulloch P. The Oxford NOTECHS System: reliability and behaviour in the operating theatre validity of a tool for measuring teamwork. *Qual Saf Health Care* 2009;18:104-108. doi: 10.1136/qshc.2007.024760.

Redfern E, Brown R, Vincent CA. Improving communication in the emergency department. *Emerg Med J* 2009;26:658-61.

Redfern E, Brown R, Vincent CA. Identifying vulnerabilities in communication in the emergency department. *Emerg Med J* 2009;26:653-7.

Spencer R, Coiera E, Logan P. Variation in communication loads on clinical staff in The emergency department. *Ann Emerg Med* 2004;44:268-73.

Sutcliffe KM, Lewton E, Rosenthal MM. Communication failures: an insidious contributor to medical mishaps. *Acad Med* 2004;79:186-94.

To Err Is Human: Building a Safer Health System. a cura di: Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. Washington DC: National Academies Press; 2000.

Vincent C, Neale G, Woloshynowych M. Adverse Events in British Hospitals: Preliminary Retrospective Record Review. *Br J Med* 2001;322:517.

Vincent C., Patient Safety. *La Sicurezza del paziente*. Cecchina: Esse Editrice; 2007. [ed. ital. a cura di Albolino S, Bellandi T.].

Vincent CA, Coulter A. Patient Safety: what about the Patient? *Qual Saf Health Care* 2002;11:76-80.

Woloshynowych M, Davis R, Brown R, Vincent C. Communication patterns in a UK emergency department. *Ann Emerg Med* 2007;50(5):407-13.

	Polo 2	POLO PER LA RICERCA		COD. 2.10.3
		TITOLO SINTETICO: RAPPORTI INTERPROFESSIONALI. ANALISI TRA ITALIA E GRAN BRETAGNA		
		COORDINATORE PROGETTO	RESPONSABILE DEL POLO	
		Dott. Alessandro Stievano astievano@tiscali.it	Dott. Gennaro Rocco	
1.TITOLO PROGETTO Il rispetto dell'etica della dignità nei rapporti interprofessionali Un'analisi multicentrica Italia - Gran Bretagna				

INDICE

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

2. ABSTRACT

Per dignità nelle professioni sanitarie ci si riferisce a due concetti valoriali fondamentali. Da un lato un valore che deve essere esperito verso gli altri, i pazienti, elemento fondamentale nell'assistenza infermieristica e, dall'altro, un valore che deve riferito a noi stessi come *professionals*; concetto molto meno esplorato nella letteratura infermieristica (1, 2). La prima parte del concetto "dignità", cioè, il rispetto per la dignità del paziente è un concetto ontologico per l'assistenza infermieristica, dovrebbe essere analizzato soggettivamente su ogni individuo, prendendo in conto differenze specifiche tra ogni persona assistita. La seconda parte dello stesso concetto dovrebbe, altresì, essere analizzata soggettivamente ma anche con degli elementi oggettivi come valore base dei rapporti interprofessionali. Un ambiente di lavoro etico per il professionista infermiere è caratterizzato in maniera crescente dal rispetto della dignità umana di base ed identitaria (3) nei rapporti sociali intercollaborativi interprofessionali (4, 5) con tutte le figure sanitarie e non impegnate nei *setting* assistenziali. Purtroppo, l'ambiente in cui si svolgono tali relazioni diventa spesso non abitabile (6), le tensioni si rilevano in alcuni ambiti specifici che coinvolgono le identità professionali individuali e collettive, nello iato esistente tra bisogni e risorse, tra efficacia ed efficienza delle cure e dell'assistenza, nella sfera dell'autonomia e dell'autorità professionale, nella retorica tra realtà teorica e realtà fattuale..

Esaminare il rapporto che intercorre tra rispetto della dignità umana e professionale infermieristica nei rapporti interprofessionali e intraprofessionali nelle organizzazioni sanitarie diventa, quindi, ineludibile per cercare di comprendere gli indicatori di sofferenza morale dell'infermiere ed il possibile desiderio di abbandonare ruoli clinici particolarmente gravosi, *setting* lavorativi non etici (7,8) o addirittura la professione. Tale studio è, altresì, significativo per evidenziare i fattori di rispetto della dignità professionale e per cercare di promuoverli. Tale analisi, già portata a termine nel 2009 in alcune realtà sanitarie italiane, di Roma e Provincia in particolare, è in corso di pubblicazione su una rivista infermieristica del settore. Tale studio costituirebbe una continuazione significativa per rappresentatività dei dati, a carattere multicentrico, dello studio italiano tenutosi per il corso di Dottorato di Scienze Infermieristiche- Università di Tor Vergata - Roma.

3. BACKGROUND

La dignità deve essere riconosciuta ad ogni essere umano, l'uomo in quanto uomo possiede una dignità da rispettare. Questo concetto già sviluppato dalla scuola stoica emerge con forza nel cristianesimo, tale dignità infatti, indica la presenza della dignità in ogni persona senza considerazioni riguardo alla sua funzione sociale. La dichiarazione dei Diritti Umani dell'ONU del 1948 accoglie questo concetto di dignità come espressione dell'essenza stessa della persona. *La nozione di dignità umana non indica uno specifico diritto, ma piuttosto il fondamento di qualunque diritto umano...la dignità non può essere tolta dall'esterno ma soltanto violata* (9).

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

Mairis (10) afferma che: *"La dignità esiste quando un individuo è capace di esercitarla attraverso i suoi comportamenti, e dalla maniera in cui è trattato dagli altri. Il soggetto dovrebbe essere in grado di capire le informazioni e di prendere decisioni in proposito. Inoltre, si dovrebbe sentire a suo agio sia fisicamente che psico-socialmente nell'ambiente di vita"*.

Haddock (11), dichiara che: *"La dignità è la capacità di sentirsi importante di fronte agli altri, comunicare questo sentimento alle altre persone, anche in ambienti non favorevoli. La dignità è un concetto dinamico soggettivo ma ha anche alcune basi condivise in tutti gli esseri umani"*.

La dichiarazione di Haddock è ripresa con enfasi nel quarto articolo del codice etico-deontologico infermieristico elaborato dalla Fepi a livello continentale (12) dove si afferma che è proprio la dignità espressa dall'autrice anglosassone che deve essere presa a riferimento a livello continentale e dove la frase seguente esemplifica molto bene il concetto di *Menschenwürde* sulla dignità del soggetto:

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

development of the ethics of dignity.

Nordenfelt (3) presenta quattro tipi dignità e ne esplica le differenze: la dignità di merito, la dignità morale o di statura esistenziale, la dignità di identità e la dignità universale umana (*Menschenwürde*). Le persone hanno la *Menschenwürde* disgiunta dal loro livello di competenza, coscienza, autonomia, abilità relazionale. Questa dignità si ha semplicemente perché si è umani. Nordenfelt (3), ha disquisito di questa visione della dignità come "*dignità degli uomini*" e si riferisce ad una dignità che hanno tutti gli esseri umani o si assume che posseggano proprio per la loro umanità.

L'espressione tedesca "*Menschenwürde*", sintetizza in maniera ottimale la dignità di base inestricabilmente legata ai diritti umani fondamentali. Inoltre, Nordenfelt (3) aggiunge, come abbiamo accennato, altre tre tipologie di dignità che chiama: dignità della statura morale, dignità di merito e dignità di identità. L'idea che sottende la dignità di merito e di statura morale è che entrambe tendono a valutare la dignità delle persone rispetto al loro merito ed ai risultati raggiunti nella vita. La dignità identitaria è abbastanza difficile da definire, poiché non è dipendente dai meriti del soggetto né ha a che fare con la status morale del soggetto. Fu definita inizialmente da Statman (13), ed è un tipo di identità molto legata all'inclusione sociale, all'integrità morale del soggetto e all'autonomia delle persone. Questa dignità è insita in noi stessi come persone autonome, persone con una storia ed un futuro e con le nostre relazioni interpersonali e intraprofessionali (4). Ma questo rispetto può facilmente essere infranto e diminuito da azioni non adeguate, umilianti, da parte di altri individui, altri professionisti sanitari nel nostro caso.

Pullman (14, 15) distingue ulteriormente tra dignità di base e dignità personale. La dignità personale è un concetto costruito socialmente e variabile dove le persone esprimono loro stesse in maniera differente e dove il loro senso del valore dignità può essere legato al senso di autonomia; è quella dignità sociale che Jacobson (16) descrive come suddivisa: in dignità del sé, legata al proprio rispetto e al proprio valore, e, dignità in relazione, contrassegnata da comportamenti sociali individuali e collettivi. Riflettendo sulla dignità sociale Shotton e Seedhouse (17), riflettendo sulle loro esperienze concludono che: "....*non abbiamo dignità quando ci troviamo in circostanze imbarazzanti, quando siamo in situazioni dove ci sentiamo ridicoli, stupidi, incompetenti, inadeguati e vulnerabili*".

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

Tale studio può permettere una migliore comparazione tra ambienti di lavoro etici e rispetto della dignità professionale tra realtà assistenziali italiane e del Regno Unito.

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

- Tale progetto si inquadra nell'ambito di una iniziativa strategica, che potrebbe produrre un alto ritorno di immagine per la professione infermieristica e per l'implementazione di *setting* assistenziali etici che migliorano la qualità dell'assistenza per il paziente e producono meno turn-over infermieristico e minor possibilità di abbandonare la professione e per una minore sofferenza morale infermieristica legata al mancato rispetto della dignità professionale.
- Tale progetto potrebbe avere un impatto positivo sugli infermieri iscritti, che vedono il Collegio Ipasvi di Roma ed il Centro di Eccellenza interessarsi al loro benessere morale e alla loro possibilità di essere pienamente rispettati come professionisti nella loro dignità sociale.
- Pubblicazione di un articolo di ricerca su importante rivista internazionale di nursing e possibilità di continuare lo studio in altri paesi con pubblicazione dei risultati a livello paneuropeo.

Obiettivi specifici

- La necessità di esplorare più approfonditamente i fattori che promuovono la dignità o provocano distress morale nella pratica infermieristica e la relazione tra il *moral distress* (18, 19, 20) e gli ambienti di lavoro etici diventa fondamentale per alcuni ordini di motivi:
- Comprendere l'impatto che il *moral distress* esercita sul professionista infermiere con possibili conseguenze riguardanti la sua sofferenza morale e il conseguente desiderio di abbandonare la professione o lasciare posizioni cliniche che comportano elevato stress e *burn out*.
- Comprendere l'impatto che il *moral distress* infermieristico esercita sull'organizzazione che si manifesta in un elevato turn-over infermieristico ed una difficoltà nel reclutare risorse umane infermieristiche specialmente in aree cliniche che comportano elevato stress e *burn-out*.
- Comprendere l'impatto che il *moral distress* infermieristico esercita sul paziente in termini di diminuita qualità assistenziale erogata e di mancata soddisfazione assistenziale da parte della persona presa in cura.
- Sensibilizzare i Dirigenti Infermieristici dell'Area Assistenziale sull'importanza del clima etico e del rispetto della dignità umana e professionale come variabile fondamentale organizzativa per la valorizzazione delle risorse umane.
- Esaminare il rapporto che intercorre tra rispetto della dignità umana e professionale infermieristica nei rapporti interprofessionali e intercollaborativi nelle organizzazioni sanitarie.

Indicatori

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

5. METODOLOGIA

Disegno dello studio

Tale progetto può essere sviluppato come uno studio qualitativo multicentrico che coinvolge infermieri operanti in realtà sanitarie pubbliche o private della Gran Bretagna che possono essere reclutati tramite i corsi di specializzazione che si tengono nelle università di Hertfordshire e di Surrey. Il Focus Group è un metodo di ricerca qualitativo tipicamente usato per esplorare esperienze, significati, credenze e valori relativi ad un determinato tema (21, 22) ed orienta verso un'attenta conoscenza dei processi che sono alla base di particolari eventi.

Campione

La numerosità del campione di ogni focus group sarà di 5-10 partecipanti (infermieri con minimo 1 anno di esperienza clinica, ancora operanti nella clinica infermieristica) per un totale di 8-10 focus group da effettuarsi in Gran Bretagna, fino alla saturazione dei dati. Saranno altresì inclusi nello studio coordinatori

infermieristici con un'esperienza almeno decennale di lavoro come infermieri in area clinica.

Strumenti

L'analisi dei Focus Groups sarà effettuata attraverso una sequenza di fasi che consentiranno di: evidenziare dati rilevanti; minimizzare la tendenza verso l'interpretazione arbitraria; eliminare i "biases" che generalmente derivano dalla tendenza a far sembrare i dati più regolari o più conformi ad un certo tipo di norma di quanto non lo siano realmente; trarre conclusioni che rappresentino i dati nella loro completezza.

Procedure

1. Trascrizione

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

2. Codificazione

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

3. Categorizzazione

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

4. Consistenza Interna

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

5. Analisi tematica

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

6. Validità

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

6. RISULTATI ATTESI

Tale iniziativa strategica, mira a garantire l'implementazione di *setting* assistenziali etici che migliorano la qualità dell'assistenza per il paziente e producono meno turn-over infermieristico, *distress morale e burn-out* e minor possibilità di abbandonare la professione. Tutto ciò contribuirà ad una minore sofferenza morale infermieristica con un minore *moral burden e residue*, legato al mancato rispetto della dignità professionale. Si potranno, altresì, evidenziare aspetti importanti da promuovere per il potenziamento della dignità inter ed intraprofessionale negli ambienti di lavoro. Inoltre, l'impatto positivo di tale iniziativa unita alla precedente del 2009 portata a termine in alcune realtà sanitarie italiane di Roma e Provincia, permetterà di evidenziare in Italia e in Gran Bretagna i fattori che diminuiscono o aumentano la dignità professionale anche su base comparativa tenendo bene in mente l'impatto socio-storico situato delle due esperienze.

Tale progetto potrebbe avere un impatto positivo sugli infermieri iscritti, che vedono il Collegio Ipasvi di Roma ed il Centro di Eccellenza interessarsi al loro benessere morale e alla loro possibilità di essere pienamente rispettati come professionisti nella loro dignità sociale.

Si prevede la pubblicazione di minimo un articolo di ricerca su importante rivista internazionale di nursing con IF e la possibilità di presentare i risultati in momenti pubblici di incontro (conferenze, congressi, *meeting*).

Indicatori

Fattori che aumentano e deprimono la dignità professionale infermieristica. Aree tematiche di intervento per promuovere la dignità infermieristica nei *setting* assistenziali.

Nelle situazioni assistenziali, agli infermieri non piace essere considerati funzionalmente irrilevanti, di scarso peso, ma vogliono essere coinvolti nelle decisioni e vogliono che la loro opinione sia ascoltata e sentita, questo è un indicatore di dignità importante nei rapporti interprofessionali.

La collaborazione interprofessionale e la collaborazione tra tutti i membri del team aumentano il rispetto degli uni verso gli altri e contribuiscono alla qualità dell'assistenza (23). Studi precedenti (24, 25, 26, 27) dimostrano che gli infermieri non si sentono rispettati: interazioni difficili, scarso rispetto dell'autonomia, il sentirsi ignorati, non considerati, sono indicatori collegati a uno scarso rispetto della propria dignità personale.

Rilevanza

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

7. PIANIFICAZIONE

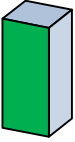
DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
0	Reperimento risorse bibliografiche	Coordinatore e project team	01/01/2010 - 31/03/2010
1	Analisi e definizione del modello concettuale di riferimento	Project manager, Coordinatore e project team	01/01/2010 - 31/07/2010
2	Reperimento contatti Gran Bretagna	Project manager e coordinatore	01/03/2010 - 31/07/2010
3	Riunione gruppo di lavoro	Project manager, Coordinatore e project team	01/06/2010-31/07/2010
4	Esecuzione dei focus group	Coordinatore	20/08/2010-30/10/2010
5	Analisi qualitativa della ricerca	Coordinatore e project team	01/10/2010-28/02/2011
6	Validazione dei risultati	Project manager Coordinatore e project team	01/01/2011-28/02/2011
7	Redazione rapporto finale di ricerca	Project manager Coordinatore e project team	01/02/2011-31/03/2011

8. DIAGRAMMA GANTT

Reperimento risorse bibliografiche	■	■	■															
Analisi e definizione del modello concettuale di riferimento	■	■	■	■	■	■												
Reperimento contatti Gran Bretagna			■	■	■	■												
Riunione gruppo di lavoro						■	■											
Esecuzione dei focus group								■	■	■								
Analisi qualitativa della ricerca										■	■	■	■	■				
Validazione dei risultati														■	■			
Redazione rapporto finale di ricerca																■	■	

9. BIBLIOGRAFIA

1. Gallagher A. Dignity and respect for dignity - two key health professional values: implications for nursing practice, *Nurs Ethics* 2004; 11(6): 587-599.
2. Lawless J., Moss C. Exploring the value of dignity in the work-life of nurses, *Cont Nurse* 2007; 24(2): 225-236.
3. Nordenfelt L. The Varieties of Dignity. *Health Care Anal* 2004; 12(2): 69-89.
4. Duddle M, Boughton M. Intraprofessional relations in nursing. *J Adv Nurs* 2007; 59(1): 29-37.
5. Daiski I. Changing nurses dis-empowering relationship patterns, *J Adv Nurs* 2004, 48, (1), 43-50.
6. Peter E, Macfarlane AV, O'Brien-Pallas LL. Analysis of the moral habitability of the nursing work environment. *J Adv Nurs* 2004; 47(4): 356-67.
7. Pauly B., Varcoe C., Storch J., Newton L. Registered Nurses' Perceptions of Moral Distress and Ethical Climate. *Nurs Ethics* 2009; 16(3): 561-573.
8. Schluter J., Winch S., Holzhauser K., Henderson A. Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review. *Nurs Ethics* 2008; 15(3): 304-321.
9. Peláez M. *L'arte di vivere bene: beni, virtù, norme*. Milano: Ares; 2007.
10. Mairis E.D. Concept clarification in professional practice: dignity. *J Adv Nurs* 1994; 19(5): 947-53.
11. Haddock J. Towards further clarification of the concept 'dignity'. *J Adv Nurs* 1996; 24(5): 924-31.
12. Sasso L, Stievano A, González Jurado M, Rocco G. Code of Ethics and Conduct for European Nursing, *Nurs Ethics* 2008;15(6): 821-36.
13. Statman D. Humiliation, Dignity and Self-Respect, *Philos Psychol* 2000; 13(4): 523 -40.
14. Pullman, D. Dying with dignity and the death of dignity, *Health Law J* 1996; 4: 197-219.
15. Pullman, D. The ethics of autonomy and dignity in long-term care. *Can J Aging* 1999; 18(1): 26-46.
16. Jacobson N. A taxonomy of dignity: a grounded theory study. *BMC Int Health Hum Rights*. 2009; 9: 3.
17. Shotton L, Seedhouse D. Practical dignity in caring. *Nurs Ethics* 1998; 5(3): 246-55.
18. Corley M. C., Elswick R.K., Gorman M., Clor T. Development and evaluation of a moral distress scale *J Adv Nurs* 2000; 33(2): 250-256.
19. Corley M. C. Nurse Moral Distress: a proposed theory and research agenda. *Nurs Ethics* 2002; 9(6): 636-650.
20. Corley M. C., Minick P., Elswick R.K., Jacobs M. Nurse Moral Distress and Ethical Work Environment, *Nurs Ethics* 2005; 12(4): 381-390.
21. Acocella I. L'uso dei focus groups nella ricerca sociale: vantaggi e svantaggi. *Quaderni di Sociologia* 2005; 49 (37): 61-79.
22. Acocella I. *Il focus group: teoria e tecnica*. Milano: Franco Angeli; 2008.
23. Bégat I., Ellefsen B., Severinnson E. Nurses' satisfaction with their work environment and the outcomes of clinical nursing supervision on nurses' experiences of well-being - a Norwegian study. *Journal of Nurs Manag* 2005; 13: 221-230.
24. Laschinger H.K., Shamian J., Thomson D. Impact of magnet hospital characteristics on nurses' perceptions of trust, burnout, quality of care, and work satisfaction. *Nurs Econ* 2001; 19(5): 209-220.
25. Laschinger H.K. Hospital nurses' perceptions of respect and organizational justice. *Journal of Nurs Adm* 2005; 34(7-8): 354-364.
26. Buerhaus P.I., Donelan K., Norman L., Dittus R. Nursing students' perceptions of a career in nursing an impact of a national campaign designed to attract people into the nursing profession. *Journal of Prof Nurs* 2005; 21(2): 75-83.
27. Malloy D.C., Hadjistavropoulos T., McCarthy E., Evans R.J., Zakus D.H., Park I., Lee Y., Williams J. Culture and organizational climate: nurses' insights into their relationship with physicians. *Nurs Ethics* 2009; 16(6): 719-33.

	Polo 2	POLO PER LA RICERCA		COD. 2.10.4
		TITOLO SINTETICO: LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE SICUREZZA NELL'AREA DELL'AREA DELL'EMERGENZA		
		COORDINATORE PROGETTO	RESPONSABILE DEL POLO	
		Dott.ssa Annamaria Bagnasco annamaria.bagnasco@unige.it	Dott. Gennaro Rocco	
1.TITOLO PROGETTO La continuità assistenziale nella cronicità: definizione dei bisogni educativi dei pazienti e dei caregiver per la riduzione dei riaccessi impropri e l'aumento della adesione al trattamento				

INDICE

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

2. ABSTRACT

Introduzione

La letteratura descrive la ricaduta dei programmi di educazione terapeutica su esiti clinici correlati strettamente alla patologia, sulla qualità di vita della persona malata e della famiglia, sulla ottimizzazione dei percorsi clinico assistenziali e sul contenimento dei riaccessi impropri in struttura sanitaria.

L'utilizzo domiciliare dei presidi medici, la necessità di acquisire competenze sulla gestione dei sintomi correlati alla patologia e la necessità di amministrare autonomamente le terapie rappresentano le principali motivazioni che connotano l'educazione terapeutica nello specifico campo di responsabilità clinica e deontologica dell'infermiere.

Materiali e metodi

Lo studio segue un disegno di tipo prospettico, sperimentale, qualitativo randomizzato; la popolazione selezionata per lo studio è composta da pazienti con Diabete Mellito ricoverati in regime di ricovero.

Strumenti utilizzati: scheda raccolta dati anamnestici del paziente e di raccolta dei bisogni educativi., griglie osservazionali per la valutazione formativa e conclusiva del percorso educativo.

Risultati attesi

Riduzione dei riaccessi impropri imputabili a scarsa /mancata compliance dei pazienti affetti da diabete mellito e dei caregiver.

Keyword

Esiti clinici, compliance, safety del paziente.

3. BACKGROUND

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

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

Secondo una recente definizione dell'OMS, l'educazione terapeutica del paziente (TPE, Therapeutic Patient Education) è un'attività finalizzata ad aiutare il paziente e la sua famiglia a comprendere la natura della malattia e dei trattamenti, a collaborare attivamente alla realizzazione del percorso terapeutico e a prendersi cura del proprio stato di salute, per mantenere e migliorare la propria qualità della vita. L'educazione terapeutica del paziente è quindi una pratica articolata e complessa, che presuppone l'esistenza di una corretta informazione e di un buon livello di comunicazione tra paziente e operatore sanitario.

L'atteggiamento che si richiede al curante è la "presa in carico" del paziente e la disponibilità a utilizzare la relazione come uno strumento per facilitare l'autonomia e la sua responsabilizzazione nella cura. Le capacità di ascolto e di osservazione rendono la relazione uno strumento diagnostico poiché permettono di capire fino in fondo i problemi, ma anche di riconoscere tutte le possibili risorse disponibili e tutti i possibili ostacoli alla scelta e alla realizzazione di opzioni terapeutiche personalizzate. Tale momento deve essere supportato da uno strumento scritto che documenti il bisogno educativo, la diagnosi educativa gli e i follow- up educativi programmati a distanza.

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

Ampliare la documentazione assistenziale - educativa infermieristica al fine di garantire una adeguata compliance del paziente e del caregiver.

Obiettivi specifici

- Stimare i bisogni educativi del paziente con diabete mellito cronico.
- Standardizzare la diagnostica dei bisogni educativi del paziente e dei caregiver
- Fornire uno strumento di rilevazione del bisogno educativo del paziente con diabete mellito cronico
- Fornire tracciabilità del percorso educativo messo in opera dall'infermiere e documentarne le ricadute
- Divulgare risultati scientifici a supporto della qualità della documentazione educativa e della qualità delle cure.

Indicatori

- Le modalità di svolgimento della ricerca (processo, strumenti, somministrazione e raccolta, elaborazione e rendicontazione, disseminazioni) rispondono ai principi deontologici del Codice deontologico IPASVI e ai principi etici di rispetto della salute della persona, della sua dignità, della riservatezza
- Il project team produce i resoconti in itinere e consuntivi previsti dal diagramma di GANTT
- La quantità di strumenti di ricerca compilati raccolti raggiunge il 75% degli strumenti distribuiti.
- I tempi fissati nel diagramma di GANTT sono rispettati con uno scarto massimo di un mese dalle scadenze previste

La redazione di articoli (per editoria Web e cartacei) e della pubblicazione editoriale è effettuata nei tempi previsti dal diagramma di GANTT

- I risultati della ricerca sono presentati almeno ad un congresso/convegno entro un anno dalla chiusura della ricerca.
- Le spese effettuate per il progetto non superano quelle previste.

5. METODOLOGIA

Disegno dello studio

Studio prospettico, sperimentale, qualitativo randomizzato.

Campione

La ricerca interessa principalmente l'area della provincia di Roma; nell'ambito dei dipartimenti di medicina interna e dei reparti di diabetologia delle Aziende Ospedaliere e degli Istituti a carattere scientifico. La consegna e il ritiro degli strumenti per l'indagine sono da intendersi nell'ambito di una mobilità localizzata al massimo all'interno della regione Lazio.

Strumenti

Scheda di diagnosi educativa.

Procedure

Procedure di assessment educativo.

6. RISULTATI ATTESI

Ampliamento della documentazione di accertamento assistenziale- educativo al fine di aumentare l'adesione al trattamento stabilito e l'autogestione della cronicità del paziente e dei caregiver.

9. BIBLIOGRAFIA

Ahmed N, Mandel R, Fain MJ. Frailty: an emerging geriatric syndrome. *Am J of Med* 2007 Sep; 120(9):748-53.

Albano MG. La malattia cronica e l'educazione terapeutica del paziente. *Medicina e famiglia*. 2009.

Bailey WC, Richards JM, Brooks CM, Soong SJ, Windsor RA, Manzella BA. A Randomized Trial to Improve Self-Management Practice of Adults with Asthma. *Arch Intern Med* 1990 Aug;150:1664-8.

Bonadiman L, Gagnayre R, Marchand C, Marcolongo R. Utilisation de la carte conceptuelle en consultation médicale. *Education du patient et enjeux de santé* 2006;24.

Cigolle CT, Ofstedal MB, Tian Z, Blaum CS. Comparing Models of Frailty: the Health and Retirement Study. *J. Am Geriatr Soc* 2009 May;57(5):830-9.

Cipolla C, Guarino F. *E-Care anziani fragili*. Milano: Franco Angeli; 2009. p. 11.

Cirio L, Trento M. *Laboratorio Didattico per L'educazione terapeutica*. 2007

Costa G. La malattia che impoverisce, la povertà che fa ammalare. Disponibile presso: www.provincia.torino.it. [accesso: 30 apr 2011].

Crocetti E, AIRTUM Working Group. La prospettiva di sopravvivenza cambia nel tempo. *Epidemiologia e Prevenzione*. 2008;32(3):136.

D.G.R. del 30 marzo 2005, n. 17-15226, in materia di Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti (pubblicata su B.U.R. n. 14 del 7 aprile 2005).

D.G.R. del 4 giugno 2008, n. 4-8879, in materia di Approvazione del percorso di cura, Dimissione Protetta, dell'Azienda Ospedaliero Universitaria San Giovanni Battista di Torino" (pubblicata su B.U.R. n. 25 del 19 giugno 2008).

D'Ivernois JF, Gagnayre R, Albano MG, Sasso L. *Educare il paziente*. 3 ed. Milano: Mc Grow Hill; 2009.

D'Ivernois JF, Gagnayre R, Sasso L, Albano MG. *Educare Il paziente Un approccio pedagogico*. Milano: McGraw Hill; 2006. p. 15.

Donabedian A. The effectiveness of quality assurance. *International Journal of Quality of Health Care*. 1996 Aug;8(4):401-7.

Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001 Mar;56(3):M146-156.

Giacomelli R. *Educazione terapeutica Operatori Sanitari e patologia cronica*. Assistenza anziani 2008:60-3.

Gill TM, Baker DI, Gottschalk M, Paoluzzi PN, Allore H, Biers A. A program to prevent functional decline in physically frail, elderly persons who live at home. *N Engl J Med* 2002 Oct 3; 347(14):1068-74.

Guillermín F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related Quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidem* 1993;46(12):147-32.

Institute of Health. *Primary care: America's health in a new era*. Washington DC: National Academies Press; 1996.

Institute of Health. *Primary care: America's health in a new era*. Washington DC: National

Academy Press, 1996.

Istituto Nazionale di Statistica. Le tendenze dei tumori negli adolescenti e nei giovani adulti. 2006. Disponibile presso: www.istat.it. [accesso: 30 apr 2011].

Jarrett PG, Rockwood K, Carver D, Stoole P, Cosway S. Illness presentation in elderly patients. Arch Intern Med 1995 May 22;155(10):1060-4.

Lunney JR, Lynn L, Foley D, Lipsom S, Guralnik J. Patterns of Functional Decline at the End of Life. JAMA 2003;289(18):2387-92.

Marchand C, Ivernois JF. Les cartes conceptuelles dans les formations en santé. Pedagogie Medicale 2004;5(4):230-40.

National Comprehensive Cancer Care Network. Clinical practice guidelines: distress management. Disponibile presso: www.nccn.org. [accesso: 30 apr 2011].

Ponzetti C, Leporati M. Integrazione Ospedale e Territorio: il futuro progetto della Rete HPH Piemonte. Disponibile da www.cipespiemonte.it. [accesso: 30 apr 2011].

Regione Piemonte. Piano socio-sanitario regionale 2007-2010. Disponibile presso: www.regione.piemonte.it. [accesso: 30 apr 2011].

Roy-Byrne P, Davidson K, Kessler R, Asmundson G, Goodwin R, Kubransky L. et al. Anxiety disorders and comorbid medical illness. General Hospital Psychiatry 2008;30:-225.

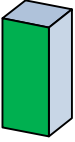
Salvioli G. Continuità delle cure o cure continue per gli anziani? G. Gerontol 2006;54:71-79.

Sasso L, Gamberoni L, Ferraresi A, Tibaldi L. L'infermiere di famiglia. Milano: McGraw Hill; 2005. p. 144.

Teunissen SC, Wesker W. Symptom prevalence in patient with incurable cancer: a systematic review J Pain Symptom Management 2007.

Torta R, Mussa A. Psiconcologia: il modello biopsicosociale. Torino: Centro Scientifico Editore; 2007

World Health Organisation. Regional Office for Europe Therapeutic patient education. Continuing education programs for healthcare providers in the fields of prevention of chronic diseases, Geneva: OMS; 1998.

	Polo 2	POLO PER LA RICERCA		COD. 2.10.5
		TITOLO SINTETICO: STUDIO DELLE TERAPIE DEL DOLORE IN ITALIA		
		COORDINATORE PROGETTO	RESPONSABILE DEL POPLO	
		Dott.ssa Cesarina Prandi cesarina.prandi@cespicentrostudi.it	Dott. Gennaro Rocco	
1.TITOLO PROGETTO Nodol - Studio descrittivo dei servizi di Cure Palliative e terapie del dolore in Italia finalizzato a individuare le forme attivate e attivabili di riduzione della sofferenza alla fine della vita				

INDICE

1. TITOLO PROGETTO
2. ABSTRACT
3. OBIETTIVI DI PROGETTO
4. METODOLOGIA
5. PIANIFICAZIONE
6. DIAGRAMMA GANTT

2. ABSTRACT

Nell'ultimo decennio alcune realtà italiane hanno avviato e realizzato l'esperienza di Ospedale senza dolore (formazione, valutazione e trattamento del dolore). Le esperienze si sviluppano a macchia di leopardo e non esistono studi di valutazione degli esiti a livello nazionale. Nello stesso decennio si assiste in Italia al proliferare di normative a livello regionale, che conseguono alle leggi nazionali, in materia di istituzione dei servizi di Cure Palliative. Nel 2009 con l'emanazione del Nuovo Codice deontologico dell'Infermiere, vengono richiamati alcuni principi propri dell'assistenza vicino ai malati alla fine della vita. In ultimo a dicembre la Federazione Nazionale dei Collegi Infermieri d'Italia, emana un pronunciamento pubblico sull'assistenza nel fine vita.

Non esiste allo stato attuale una visione degli infermieri rispetto a questi tre ambiti: il controllo del dolore; le cure palliative; il fine vita.

Con il diffondersi delle attribuzioni di posti da dirigente ai professionisti infermieri è auspicabile avviare uno studio descrittivo che indaghi in maniera capillare su questi tre fenomeni a livello italiano.

Si potrebbe così ottenere una prima fotografia della situazione italiana, e a distanza di un triennio ridescriverla per individuare le azioni intraprese alla luce delle più recenti disposizioni appena discusse in Senato

3. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

Produrre una visione dei problemi sanitari di tipo infermieristico, spendibile anche con mass media e Istituzioni Pubbliche e Private al fine di creare una nuova veste per i dirigenti infermieri e esprimere pubblicamente la loro competenza manageriale.

Intervistando i dirigenti sarà possibile:

- porre un maggior interesse sull'aspetto dell'assistenza ai malati sofferenti in cure palliative;
- far riscontrare ai dirigenti della professione la loro responsabilità e competenza relativamente alle dimensioni del fine vita.
- dimostrare l'importanza del management infermieristico per la qualità dell'assistenza;
- fornire alla società scientifica e ai cittadini un punto di vista infermieristico italiano sulle Cure Palliative.

Obiettivi specifici

Attraverso l'osservatorio degli infermieri dirigenti sarà possibile descrivere le caratteristiche dei servizi di Cure Palliative e del Controllo del dolore in Italia;

Sarà possibile tracciare una linea di demarcazione sullo stato dell'arte rispetto alla conoscenza e allo sviluppo dell'assistenza al fine vita.

Indicatori

- n. dei dirigenti intervistati;
- n. di infermieri formati nell'ambito delle Cure Palliative;
- presenza di servizi preposti alle cure palliative sia in forma di Rete di Cure Palliative, che di servizi Hospice;
- descrizione delle tipologie organizzative;
- applicazione di linee guida per il controllo del dolore;
- presenza e funzionamento di altre strutture in rete con le cure palliative: terapie antalgiche, assistenza domiciliare, gruppi di cure primarie, ambulatori, day hospital.

4. METODOLOGIA

Disegno dello studio

Lo studio prevede di svolgere interviste telefoniche o di persona ai dirigenti delle professioni sanitarie; i focus dell'intervista indagheranno: l'organizzazione delle cure palliative; l'organizzazione del controllo del dolore; il fine vita.

	Polo 2	POLO PER LA RICERCA		COD. 2.10.6
		TITOLO SINTETICO: QUALITA' DI VITA NELLE FAMIGLIE ITALIANE COLPITE DA STROKE		
		COORDINATORE PROGETTO	RESPONSABILE DEL POLO	
		Dott. Ercole Vellone ercole.vellone@unirona2.it	Dott. Gennaro Rocco	
1.TITOLO PROGETTO QOLITFAMSTROKE Quality Of Life in ITalian FAMilies affected by STROKE (Qualità di vita nelle famiglie italiane colpite da Stroke)				

INDICE

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

2. ABSTRACT

Lo stroke rappresenta la seconda causa di morte nel mondo e la principale causa di disabilità nella popolazione adulta. Lo stroke non interessa solo il paziente che ne è colpito ma anche la famiglia e, all'interno di questa, un caregiver.

Lo scopo del presente studio è di valutare la qualità di vita (QDV) ed i vissuti nei pazienti e nei caregiver nel periodo del primo anno dopo lo stroke.

Si prevede di studiare 500 pazienti e relativi caregiver dal momento della dimissione dalle Unità di riabilitazione. Verranno misurate le seguenti variabili nei pazienti: grado di stroke, QDV, ansia, depressione, mutualità, comorbidità e autonomia. Riguardo ai caregiver si prenderanno in considerazione: QDV, burden, stress, ansia, depressione, mutualità. Inoltre con la metodologia fenomenologica verranno studiate le "esperienze di vita" sia dei pazienti che dei caregiver.

Dal presente studio si otterrà una descrizione completa della QDV del paziente e del caregiver dopo ictus. I risultati avranno importanti ed utili ricadute sull'assistenza dei pazienti dopo ictus e sul sostegno alle loro famiglie.

3. 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 ed bassa QDV (6, 7) e che queste variabili peggiorano la QDV del paziente (8) ed aumentano i tassi di riospedalizzazione impropria con conseguente aumento della spesa sanitaria (9-11).

In Italia la QDV dei paziente dopo 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). Per quanto riguarda i caregiver dei pazienti affetti da ictus non vi è stata alcuna produzione scientifica, nonostante la letteratura internazionale attribuisca loro un ruolo chiave nel garantire l'assistenza extraospedaliera.

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivo generale

L'obiettivo generale che lo studio si propone è quello di eseguire uno studio longitudinale sulla QDV del paziente e del caregiver dal momento della dimissione dalle Unità di Riabilitazione (UR) fino ad un anno dopo.

Obiettivi specifici

- Valutare la QDV del paziente e del caregiver al momento della dimissione dall'UR e 3, 6, 9 e 12 mesi dopo.
- Valutare se esiste una correlazione tra la QDV del paziente e la QDV del caregiver e come questa correlazione si modifica nel corso di un anno dopo lo stroke.
- Valutare quali variabili sono in grado di predire la QDV del paziente e del caregiver. Le variabili che verranno considerate nel paziente saranno: aspetti socio demografici, disabilità, gravità dell'ictus, depressione, mutualità con il caregiver, comorbidità, stato di salute, utilizzo di supporti formali e informali per l'assistenza. Le variabili che verranno considerate nel caregiver saranno: aspetti socio demografici, burden, ansia, depressione, stress, mutualità con il paziente, capacità di coping.
- Descrivere e confrontare con una metodologia qualitativa (fenomenologia) il vissuto del caregiver e del paziente affetto da stroke al momento della dimissione dall' UR e 3, 6, 9 e 12 mesi dopo.

Indicatori

Gli indicatori di verifica riguardanti il progetto saranno rappresentati da prodotti di processo e di risultato.

Gli indicatori di processo saranno:

- Report epidemiologico sull'incidenza e prevalenza dello stroke in Italia e nel mondo;
- Revisione bibliografica sulla QDV dei pazienti e dei caregiver affetti da stroke;
- Revisione bibliografica sugli strumenti utilizzabili nello studio;
- Report di sintesi sugli incontri che verranno effettuati dal Project Team "ristretto" e "allargato"
- Documento di "mappatura" delle strutture laziali di riabilitazione e di assistenza domiciliare che potrebbero essere coinvolte nello studio;
- Protocollo dello studio.

Gli indicatori di risultato saranno:

- Report scientifico sui dati preliminari dello studio;
- Report scientifici intermedi;
- Report scientifico finale.

5. METODOLOGIA

Disegno dello studio

Il disegno che verrà seguito sarà di tipo longitudinale. Le variabili indagate sul paziente e sul caregiver verranno misurate a tempo "0" e 3, 6, 9, e 12 mesi dopo.

Campione

Si prevede di arruolare un campione costituito da 500 coppie di pazienti con ictus e relativo caregiver. Verranno selezionati pazienti dimessi dalle Unità di Riabilitazione, rispettando i seguenti criteri di esclusione:

- 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);
- Comorbidità con altre patologie motorie (SLA, Parkinson, Sclerosi Multipla, Neuropatie);
- Grave afasia o ridotto livello di coscienza;
- Patologia neoplastica in atto;
- Grave insufficienza d'organo.

Strumenti

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

Per i pazienti:

- Questionario Sociodemografico
- Stroke Impact Scale (strumento specifico per misurare la qualità di vita),
- SF-36 (strumento generico per misurare la qualità di vita),
- NIH Stroke Scale (per misurare la gravità dell'ictus),
- Barthel Index e ADL/IADL (per valutare l'autonomia del paziente)
- Hospital Anxiety and Depression Scale (per misurare ansia e depressione)
- Scala della mutualità (per valutare il grado di mutualità con il caregiver);
- Scala della Comorbidità (per valutare la comorbidità)
- Per i caregiver:
- Questionario sociodemografico
- Stroke Impact Scale, versione proxy
- SF-36
- Hospital Anxiety and Depression Scale
- Caregiver Burden Inventory (per misurare il "peso" assistenziale)
- Scala della mutualità (per valutare il grado di mutualità con il paziente)
- Diario assistenziale (per valutare gli interventi assistenziali messi in atto sul paziente, es. fisioterapia, controlli clinici ecc.)

Procedure

I pazienti ed i caregiver verranno arruolati al momento della dimissione dalle UR. 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 le scale valutative (tranne i questionari socio demografici) e rieseguire l'intervista fenomenologica.

6. RISULTATI ATTESI

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

- conoscenza dei livelli di QDV dei caregiver e dei pazienti 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.

Rilevanza

In Italia non è mai stato effettuato uno studio sulla QDV del caregiver e del paziente dopo ictus. La letteratura internazionale (soprattutto nordamericana) dimostra che lo stroke sconvolge profondamente la vita del paziente e del caregiver ma con un adeguato supporto materiale e psicologico, entrambi riescono addirittura a dare significato a questa esperienza.

Questo studio permetterà di avere una panoramica generale sulla vita dei caregiver e dei pazienti nel primo anno dopo l'ictus e sarà importante per le seguenti ragioni:

- permetterà di far emergere problematiche "nascoste" vissute nel post ictus;
- permetterà di avere dati utili per indirizzare le cure infermieristiche verso i pazienti ed i relativi caregiver;
- permetterà di avere dati scientifici per sensibilizzare le istituzioni alle problematiche del post ictus.
- Il presente studio avrà anche delle ricadute relative all'immagine professionale degli infermiere e degli Organi che li rappresentano poiché fornirà dei dati utili anche ad altri professionisti ed ai gestori dei servizi sanitari.

7. PIANIFICAZIONE

Descrizione attività		Risorse impegnate	Durata
1	Incontro del Project Team ristretto per pianificazione di massima del progetto e presa di decisioni sulle professionalità necessarie nel Project Team "allargato"	Project Team ristretto	Febbraio 2010
2	Revisione bibliografica sulla QDV dei pazienti e caregiver affetti da stroke	Due ricercatori	Febbraio 2010
3	Report epidemiologico su prevalenza e incidenza dello stroke in Italia e nel mondo	Due ricercatori	Febbraio 2010
4	Revisione bibliografica sugli strumenti utilizzabili per lo studio	Due ricercatori	Marzo 2010
5	Mappatura delle strutture laziali che potrebbero essere coinvolte nello studio	Un ricercatore	Aprile 2010
6	Incontro del Project Team ristretto per discussione sulle attività 2, 3, 4 e 5.	Project Team	Maggio 2010
7	Incontro del Project Team allargato per la progettazione dello studio in collaborazione con la Prof. Ostwald.	Project team allargato e Prof. Ostwald	7 - 12 Giugno 2010
8	Predisposizione degli strumenti/questionari che saranno utilizzati per la raccolta dati e creazione del database informatico	Personale di segreteria e Statistico	14 - 19 Giugno 2010
9	Formazione di coloro che effettueranno la raccolta dati	Componenti del Project Team e Componenti degli altri poli	21 - 26 giugno 2010
10	Studio pilota	Infermieri formati durante l'attività n. 8	Luglio 2010
11	Incontro del Team Project "ristretto" ed infermieri coinvolti nella raccolta dati	Team Project ristretto e infermieri della raccolta dati	26 luglio 2010
12	Eventuale modifica degli strumenti e del piano di ricerca	Team Project ristretto	27 luglio 2010
13	Raccolta dati e inserimento dati in programma informatico	Infermieri formati durante l'attività n. 8	Agosto - Dicembre 2010
14	Risultati preliminari	Team Project e Statistico	Gennaio 2011
15	Continuazione raccolta dati	Infermieri formati durante l'attività n. 8	Gennaio - Novembre 2011
16	Risultati intermedi	Team Project e Statistico	Aprile 2011
17	Elaborazione dati	Statistico e Team Project ristretto + Prof. Ostwald	Dicembre 2011
18	Diffusione dei risultati anche tramite conferenze stampa	Project Team "allargato"	Dicembre 2011

8. DIAGRAMMA GANTT

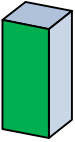
Anno 2010	Mese 1	Mese 2	Mese 3	Mese 4	Mese 5	Mese 6	Mese 7	Mese 8	Mese 9	Mese10	Mese11	Mese12
Fase 1												
Fase 2												
Fase 3												
Fase 4												
Fase 5												
Fase 6												
Fase 7												
Fase 8												
Fase 9												
Fase 10												
Fase 11												
Fase 12												
Fase 13												
Anno 2011	Mese 1	Mese 2	Mese 3	Mese 4	Mese 5	Mese 6	Mese 7	Mese 8	Mese 9	Mese10	Mese11	Mese12
Fase 14												
Fase 15												
Fase 16												
Fase 17												
Fase 18												

9. BIBLIOGRAFIA

1. Cugini, P., et al., *Trattato di medicina interna*. VII ed. Vol. II. 2004, Roma: Casa Editrice Ambrosiana.
2. Investigators, T.E.R.o.S., *Incidence of stroke in Europe at the beginning of the 21th century*. Stroke, 2009. 40: p. 1557-1563.
3. D'Alessandro, G., et al., *Temporal trends of stroke in Valle d'Aosta, Italy. Incidence in 30-day fatality rates*. Neurol Sci, 2000. 21: p. 13-18.
4. Carod-Artal, F.J., et al., *Determinants of quality of life in Brazilian stroke survivors*. J Neurol Sci, 2009.
5. Gurcay, E., A. Bal, and A. Cakci, *Health-related quality of life in first-ever stroke patients*. Ann Saudi Med, 2009. 29(1): p. 36-40.
6. Carod-Artal, F.J. and J.A. Egido, *Quality of life after stroke: the importance of a good recovery*. Cerebrovasc Dis, 2009. 27 Suppl 1: p. 204-14.
7. Nir, Z., C. Greenberger, and Y.G. Bachner, *Profile, burden, and quality of life of Israeli stroke survivor caregivers: a longitudinal study*. J Neurosci Nurs, 2009. 41(2): p. 92-105.
8. Nelson, M.M., et al., *Declining patient functioning and caregiver burden/health: the Minnesota stroke survey--quality of life after stroke study*. Gerontologist, 2008. 48(5): p. 573-83.
9. Perrin, P., et al., *Identifying at-risk, ethnically diverse stroke caregivers for counseling: A longitudinal study of mental health*. Rehabil Psychol, 2009. 54(2): p. 138-49.
10. Lotus Shyu, Y., M. Chen, and L. HC, *Caregiver's needs as predictors of hospital readmission for the elderly in Taiwan*. Soc Sci Med, 2004. 58(7): p. 1395-403.
11. Howell, S., et al., *Determinants of remaining in the community after discharge: results from New Jersey's Nursing Home Transition Program*. Gerontologist, 2007. 47(4): p. 535-47.
12. Lenzi, G.L., M. Altieri, and I. Maestrini, *Post-stroke depression*. Rev Neurol (Paris), 2008. 164(10): p. 837-40.

13. Paolucci, S., et al., *The Italian multicenter observational study on post-stroke depression (DESTRO)*. J Neurol, 2006. 253(5): p. 556-62.
14. Toso, V., et al., *Post-stroke depression: research methodology of a large multicentre observational study (DESTRO)*. Neurol Sci, 2004. 25(3): p. 138-44.
15. Aprile, I., et al., *Effects of rehabilitation on quality of life in patients with chronic stroke*. Brain Inj, 2008. 22(6): p. 451-6.
16. Padua, L., et al., *Quality of life during and after inpatient stroke rehabilitation*. Stroke, 2003. 34(10): p. e180-1; author reply e180-1.
17. Duncan, P.W., et al., *The stroke impact scale version 2.0. Evaluation of reliability, validity, and sensitivity to change*. Stroke, 1999. 30(10): p. 2131-2140.
18. Lin, K.C., et al., *Psychometric comparisons of the Stroke Impact Scale 3.0 and Stroke-Specific Quality of Life Scale*. Qual Life Res, 2010. 19(3): p. 435-43.
19. Geyh, S., A. Cieza, and G. Stucki, *Evaluation of the German translation of the Stroke Impact Scale using Rasch analysis*. Clin Neuropsychol, 2009. 23(6): p. 978-95.
20. Gurcay, E., A. Bal, and A. Cakci, *Health-related quality of life in first-ever stroke patients*. Ann Saudi Med, 2009. 29(1): p. 36-40.
21. Laufer, Y., J.M. Hausdorff, and H. Ring, *Effects of a foot drop neuroprosthesis on functional abilities, social participation, and gait velocity*. Am J Phys Med Rehabil, 2009. 88(1): p. 14-20.
22. Carod-Artal, F.J., et al., *The stroke impact scale 3.0: evaluation of acceptability, reliability, and validity of the Brazilian version*. Stroke, 2008. 39(9): p. 2477-84.
23. Mahoney, F. and D. Barthel, *Functional evaluation: The Barthel Index*. Maryland State Medical Journal, 1965. 2: p. 61-65.
24. McDowell, I., *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. Third ed. 2006, New York: Oxford University Press.
25. Zigmond, A.S. and R.P. Snaith, *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 67, 361-370., 1983. 67: p. 361-370.
26. Sagen, U., et al., *Early detection of patients at risk for anxiety, depression and apathy after stroke*. Gen Hosp Psychiatry, 2010. 32(1): p. 80-5.
27. Sagen, U., et al., *Screening for anxiety and depression after stroke: comparison of the hospital anxiety and depression scale and the Montgomery and Asberg depression rating scale*. J Psychosom Res, 2009. 67(4): p. 325-32.
28. Ware, J.E. and C.D. Sherbourne, *The MOS 36-item short-form health survey (SF-36)*. Medical Care, 1992. 30: p. 473-481.
29. McHorney, C.A., J.E. Ware, and A.E. Raczek, *The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs*. Medical Care, 1993. 31: p. 247-263.
30. Owolabi, M.O., *What are the consistent predictors of generic and specific post-stroke health-related quality of life?* Cerebrovasc Dis, 2009. 29(2): p. 105-10.
31. Hohmann, C., et al., *Pharmaceutical care for patients with ischemic stroke: improving the patients quality of life*. Pharm World Sci, 2009. 31(5): p. 550-8.
32. Charlson, M.E., et al., *A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation*. J Chronic Dis, 1987. 40(5): p. 373-83.
33. Goldstein, L., et al., *Charlson index comorbidity adjustment for ischemic stroke outcome studies*. Stroke, 2004. 35: p. 1941-1945.
34. Bushnell, C.D., et al., *Impact of comorbidities on ischemic stroke outcomes in women*. Stroke, 2008. 39(7): p. 2138-40.
35. Tessier, A., et al., *Validation of the Charlson Comorbidity Index for predicting functional outcome of stroke*. Arch Phys Med Rehabil, 2008. 89(7): p. 1276-83.
36. Archbold, P.G., et al., *Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain*. Res Nurs Health, 1990. 13(6): p. 375-84.
37. Tanji, H., et al., *Mutuality of the marital relationship in Parkinson's disease*. Mov Disord, 2008.23(13): p. 1843-9.
38. Ostwald, S.K., et al., *Stress experienced by stroke survivors and spousal caregivers during the first year after discharge from inpatient rehabilitation*. Top Stroke Rehabil, 2009. 16(2): p. 93-104.
39. Chen, Y., et al., *Health-related quality of life in the family caregivers of stroke survivors*. Int J Rehabil Res.
40. Jonsson, A.C., et al., *Determinants of quality of life in stroke survivors and their informal caregivers*. Stroke, 2005. 36(4): p. 803-8.
41. Carod-Artal, F.J., et al., *Burden and perceived health status among caregivers of stroke patients*. Cerebrovasc Dis, 2009. 28(5): p. 472-80.

42. Molloy, G.J., et al., *Extending the demand-control model to informal caregiving*. J Psychosom Res, 2005. 58(3): p. 243-51.
43. Novak, M. and C. Guest, *Application of a multidimensional caregiver burden inventory*. Gerontologist, 1989. 29(6): p. 798-803.
44. Luchetti, L., et al., *The subjective feeling of burden in caregivers of elderly with dementia: how to intervene?* Arch Gerontol Geriatr, 2009. 49 Suppl 1: p. 153-61.
45. D'Amelio, M., et al., *Predictors of caregiver burden in partners of patients with Parkinson's disease*. Neurol Sci, 2009. 30(2): p. 171-4.
46. Tooth, L., et al., *Caregiver burden, time spent caring and health status in the first 12 months following stroke*. Brain Inj, 2005. 19(12): p. 963-74.
47. Schumacher, K.L., B.J. Stewart, and P.G. Archbold, *Mutuality and preparedness moderate the effects of caregiving demand on cancer family caregiver outcomes*. Nurs Res, 2007. 56(6): p. 425-33.
48. McKee, K.J., et al., *The COPE index--a first stage assessment of negative impact, positive value and quality of support of caregiving in informal carers of older people*. Aging Ment Health, 2003. 7(1): p. 39-52.
49. Nolan, M.R., G. Grant, and J. Keady, *Understanding family care: a multidimensional model of caring and coping*. 1996, Buckingham: Open University Press.
50. Balducci, C., et al., *Negative impact and positive value in caregiving: validation of the COPE index in a six-country sample of carers*. Gerontologist, 2008. 48(3): p. 276-86.
51. Zimet, G.D., et al., *The Multidimensional Scale of Perceived Social Support*. Journal of Personality Assessment, 1988. 52(30-41).
52. Davis, L.C., et al., *Medical and psychosocial predictors of caregiver distress and perceived burden following traumatic brain injury*. J Head Trauma Rehabil, 2009. 24(3): p. 145-54.
53. Sander, A.M., et al., *Preinjury emotional and family functioning in caregivers of persons with traumatic brain injury*. Arch Phys Med Rehabil, 2003. 84(2): p. 197-203.
54. White, J.H., et al., *Community-dwelling stroke survivors: function is not the whole story with quality of life*. Arch Phys Med Rehabil, 2007. 88(9): p. 1140-6.
55. Cicero, V., et al., *The role of attachment dimensions and perceived social support in predicting adjustment to cancer*. Psychooncology, 2009. 18(10): p. 1045-52.
56. Grassi, L., et al., *Effects of supportive-expressive group therapy in breast cancer patients with affective disorders: a pilot study*. Psychother Psychosom, 2010. 79(1): p. 39-47.

	Polo 2	POLO PER LA RICERCA		COD. 2.10.7
		TITOLO SINTETICO: ASCOLTARE IL SILENZIO		
		COORDINATORE PROGETTO	RESPONSABILE DEL POLO	
		Dott. Massimo Greco massimo.greco@ptvonline.it	Dott. Gennaro Rocco	
1.TITOLO PROGETTO Ascoltare il silenzio - il vissuto delle donne vittime di violenza che si rivolgono alle strutture sanitarie				

INDICE

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

2. ABSTRACT

Il fenomeno della violenza contro le donne è un problema non solo sociale e culturale ma comporta importanti bisogni sanitari, a cui il personale infermieristico è chiamato a rispondere. Essendo molto diffusa (la ricerca ISTAT del 2006 indica una percentuale del 30% di donne che nel corso della loro vita hanno subito un qualche tipo di violenza, psicologica, fisica, sessuale), la violenza contro le donne è materia anche di salute pubblica e gli esiti della violenza spesso richiedono il ricorso alle strutture sanitarie, sia nella dimensione acuta del Pronto Soccorso, sia nella dimensione a lungo termine, per le malattie e i disturbi molte volte conseguenti. Alcune situazioni di violenza (ad es. i maltrattamenti in famiglia) si articolano nel tempo e richiedono al personale di cura l'attivazione di una relazione d'aiuto complessa.

Quando le conseguenze della violenza portano la donna a rivolgersi alle strutture sanitarie, il più delle volte la vergogna, la paura, la preoccupazione per la propria famiglia, la rassegnazione al ruolo di vittima, la mancanza di indipendenza e autonomia, spingono la donna a chiudersi nel silenzio e a dissimulare in qualche modo i segni della violenza. Molto spesso la donna vittima di violenza non è da subito disposta a esplicitare la propria condizione di disagio: la probabilità quindi che all'interno delle strutture socio-sanitarie si incontri una donna vittima di violenza è più alta della eventualità che la stessa donna ammetta il suo disagio o che il suo disagio sia riconosciuto dai professionisti della cura.

In alcuni casi, la donna chiede esplicitamente aiuto e si rivolge alle strutture socio-sanitarie cercando accoglienza, comprensione, cura e sostegno. Molte donne vittime di violenza hanno raccontato di come spesso il personale sanitario, volutamente o inconsapevolmente, non abbia saputo vedere e di come chi si doveva prendere cura non abbia saputo ascoltare. In molti casi, quando hanno "visto", hanno giudicato e stigmatizzato la vittima. La letteratura scientifica e quella grigia riportano che le donne vittime di violenza, nei loro percorsi all'interno delle strutture sanitarie, incontrano operatori/trici sanitari/e, (infermieri/e compresi), incapaci di stabilire una comunicazione appropriata con loro: indifferenza, invisibilità, proiezione di stereotipi, giudizio...

Il ruolo che la professione infermieristica italiana deve avere nel determinare la qualità e l'appropriatezza degli interventi, sia nella fase acuta del bisogno sia nella prospettiva di uscita dalla situazione di disagio, richiede una crescita non solo nella capacità di rispondere ai bisogni di salute di tipo bio-medico e ai bisogni di natura medico-legale. In questo ambito, la capacità del professionista sanitario di riconoscere, accogliere, supportare e instradare verso un cambiamento è cruciale. Questo tipo di competenze non si raggiungono né si esplicano con approcci di tipo meramente tecnico, ma richiedono un'attenta sensibilizzazione, un lavoro riflessivo su di sé, un ascolto non giudicante, una capacità di accoglienza e di dialogo che sappia riconoscere ed ascoltare quel "silenzio" che la donna vittima di violenza spesso presenta come una maschera.

La ricerca vuole approfondire le informazioni sulla qualità della relazione di aiuto, di assistenza e di cura del personale infermieristico nei confronti delle donne vittime di violenza, aprendo con le donne stesse un'interlocuzione su questo tema. Si è scelto un approccio qualitativo, nell'ambito di un settore di pratiche e di ricerca abbastanza innovativo quale la Medicina Narrativa, perché si pensa che il potere esplicativo che hanno le storie personali ed i vissuti supera di gran lunga la forza dei numeri e delle statistiche. Le storie di vita ci permettono di immedesimarci e di confrontarci con i dilemmi e con la complessità etica di un settore dell'assistenza infermieristica che mette soprattutto in discussione l'operatore e l'operatrice stessi. Il materiale di tipo qualitativo raccolto dovrà così essere in grado non solo di avviare una riflessione professionale ed etica, ma anche di fornire spunti per percorsi educativi professionali che utilizzino strumenti narrativi.

Si spera anche che la diffusione e la discussione dei materiali raccolti all'interno della comunità professionale ed oltre possa rappresentare, per le donne vittime di violenza, una qualche forma di riconoscimento, possa dare testimonianza della loro condizione e dei loro bisogni, possa costituire per la professione infermieristica un esempio di centratura sulla voce della paziente.

3. BACKGROUND

Le statistiche illustrano che il problema della violenza sulle donne è ubiquitario: un'emergenza continua, sia a livello internazionale che nazionale. Sebbene alcune ricerche pongano in luce come la violenza interpersonale possa avvenire anche da parte delle donne nei confronti degli uomini, la violenza maschile contro le donne si manifesta con un ordine di grandezza, di intensità e di tipologia assolutamente preponderante.

La prevalenza di violenza maschile contro le donne, le conseguenze sul piano della salute psico-fisica, il suo radicamento nei paradigmi culturali della mascolinità, tanto da diventare lecita o per lo meno tollerata in alcuni paesi, la sua diffusione trasversale nelle culture e nelle società del mondo rendono questo problema non solo una questione globale di sanità pubblica, come più volte ribadito dall'OMS, ma anche di civiltà.

L'entità del fenomeno sommerso è maggiore dei numeri che emergono dalle denunce e dagli accessi socio-sanitari. La questione della violenza contro le donne riguarda un arco di vita ampio che va dalla prima adolescenza fino alla compiuta maturità. Per quanto riguarda l'Italia, come riportano le curatrici della sezione del Rapporto 2006 sulla criminalità pubblicato nel 2007 dal Viminale, i dati sono impressionanti e diversificati, con in comune "la trasversalità della classe sociale e il silenzio che le circonda". Una donna su tre, fra i 16 e i 70 anni, ha subito nel corso della propria vita almeno una violenza fisica o sessuale. Nel corso del 2006, riferisce il Rapporto, riguardo alla stessa classe di popolazione "sono 1 milione 150.000 le donne che hanno subito violenza, pari al 5,4% delle donne dai 16 ai 70 anni. In particolare il 2,7% delle donne ha subito violenza fisica, il 3,5% violenza sessuale e lo 0,3% stupri o tentati stupri".

Le violenze, comprese quelle sessuali, non avvengono principalmente ad opera di sconosciuti, ma si realizzano spesso nell'ambito della relazione di coppia e della famiglia, con frequenti recidive. Soprattutto nel caso di violenze sessuali prima dei 16 anni, sono perpetrate in prevalenza da parenti stretti (il patrigno, il padre, il fratello, il nonno, lo zio). All'interno della famiglia, soprattutto a livello dei parenti, l'efferatezza delle violenze è maggiore e le ferite più gravi.

Come ci ricorda Tarantelli, un'importante studiosa del fenomeno, "I sintomi prodotti dalla reazione alla violenza domestica e allo stupro sono addirittura più gravi e duraturi dal punto di vista psicologico di quelli prodotti dalla rapina, dalla morte tragica di parenti o amici o dall'essere stati vittime di disastri naturali. Nella scala che misura la severità della reazione al trauma, la violenza alle donne occupa uno dei primi posti".

I dati messi a disposizione dall'ISTAT e i dati dell'OMS sulle vittime di violenza sessuale ci forniscono un quadro da analizzare attentamente. Ad es. nell'ambito della violenza sessuale (solo una delle tipologie di violenza che una donna può subire, come ci ricorda una tassonomia della violenza dell'OMS) le vittime possono soffrire una vasta gamma di lesioni fisiche, genitali e non, o, in casi estremi, morire. In aggiunta a ciò, aumenta per le vittime di violenza il rischio di gravidanze indesiderate, di aborti insicuri, di malattie sessualmente trasmesse, compreso l'HIV, di disfunzioni sessuali, di sterilità. Non bisogna dimenticare che le conseguenze forse più significative risiedono a lungo termine nella dimensione psicologica e che ciascun soggetto avrà la sua modalità specifica di reazione al trauma. Inoltre, le conseguenze della violenza sono anche sociali (distruzione dei legami familiari, isolamento, difficoltà ad impegnarsi nel lavoro, esigenze di cambiare residenza) ed economiche (costi sanitari e legali, assenteismo dal lavoro, mancato rendimento e produttività).

Anni fa è stata realizzata in Italia un'importante ricerca sul fenomeno dal titolo "Il silenzio e le parole". Il "silenzio" era quello delle vittime, chiuse nella loro condizione di sofferenza, inascoltate e invisibili anche per coloro i quali avrebbero dovuto accoglierle e proteggerle dal disagio. "Le parole" erano la loro voce ritrovata, il bisogno di far sapere al mondo l'esistenza del proprio problema e la possibilità di chiedere aiuto e di essere ascoltate. In Italia sono operativi centri di eccellenza per la gestione di questo tipo di bisogno, così come sono attive esperienze locali e singoli professionisti, a testimonianza della possibilità e necessità di una risposta appropriata. Proprio ora che la società guarda con attenzione a chi ha il dovere di prendersi cura e di prendere in carico questo problema, è richiesta condivisione e coordinamento dei saperi e delle buone pratiche infermieristiche in questo campo: bisogna "dare il nostro precipuo contributo in un ambito così delicato e socialmente importante. Il campo di intervento presenta anche delle interessanti sfide professionali, soprattutto nell'ottica delle competenze", anche nel "realizzare interventi con un approccio integrato e di rete", come è scritto in un articolo su questo tema apparso sulla rivista del Collegio IPASVI di Roma pochi anni fa.

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

Si vuole aprire uno spazio di dialogo tra le donne vittime di violenza che hanno avuto bisogno di ricorrere alle strutture sanitarie e la comunità professionale infermieristica, con la finalità non solo di raccogliere più dettagliatamente il loro vissuto e la loro percezione dell'assistenza ricevuta ma anche di restituire loro la dignità nel riconoscimento dei loro bisogni, nel dare testimonianze delle aspettative e delle necessità deluse così come delle buone pratiche e delle azioni appropriate, allo scopo di raccogliere elementi di cambiamento e miglioramento per una piena assunzione di responsabilità da parte della comunità professionale infermieristica, ma anche dell'intero sistema di servizi sanitari.

Obiettivi specifici

- Raccogliere informazioni sulle esperienze concrete vissute dalle donne vittime di violenza durante il loro percorso nelle strutture sanitarie, soprattutto per quanto riguarda il riconoscere, l'accogliere, l'entrare in relazione, l'assistere, il supportare ed il tutelare da parte degli/le operatori/trici sanitari/e coinvolti/e.
- Definire un'ipotesi di fabbisogno, di bilancio delle competenze relazionali (soprattutto a livello infermieristico), organizzative e strutturali necessarie e mancanti, evidenziando punti di forza e criticità.
- Fornire alle donne vittime di violenza uno strumento di espressione e di ascolto da parte della professione infermieristica e degli operatori coinvolti nei percorsi sanitari vissuti durante la loro esperienza di bisogno.
- Disseminare i risultati allo scopo di incidere sui processi di miglioramento continuo dell'assistenza alle donne vittime di violenza e di presa in carico responsabile da parte del personale infermieristico.

Indicatori

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

5. METODOLOGIA

Disegno dello studio

La ricerca di tipo qualitativo si sviluppa a partire da un quadro teorico vicino alla fenomenologia e all'ermeneutica, principalmente correlato alla Metodologia Autobiografica e alla sua declinazione nell'ambito della salute quale la Medicina Narrativa.

La strategia è quella di cogliere l'oggetto di studio nel contesto stesso dove esso appare come fenomeno, cercando ad esempio di far sì che i soggetti coinvolti esprimano essi stessi e alla loro maniera il senso dell'esperienza oggetto di studio. Il ricercatore si fa interprete di queste espressioni, traducendo e categorizzando i contenuti, il più possibile fedelmente e in maniera metodologicamente rigorosa, ad uso del dibattito scientifico e culturale. Nello stesso tempo, si dà valore e spazio al discorso originale così come espresso dai soggetti della ricerca.

Nel campo della ricerca sanitaria sulla violenza contro le donne, l'approccio qualitativo vuole dare testimonianza del punto di vista della vittima nei confronti dei suoi bisogni di salute e di come ad essi sia data risposta. Dare parola alle dirette interessate riesce a rendere conto della complessità e della

globalità bio-psico-sociale dei bisogni implicati. Proprio per evitare il rischio di dispersione, l'area di indagine è per questo circoscritta a poche domande specifiche di interesse infermieristico: “*Come vivono le donne vittime di violenza i percorsi sanitari?*”, “*Qual è la percezione dell’atteggiamento nei loro confronti da parte del personale infermieristico e sanitario?*”.

L’approccio qualitativo, inoltre, risulta appropriato per studiare in modo intensivo un numero abbastanza ristretto di casi (le donne ospiti dei Centri Anti-violenza rispetto all’insieme delle donne vittime di violenza), una tipologia particolare di vittime di violenza (donne che hanno scelto di intraprendere un percorso di uscita dal disagio rispetto al totale delle donne che sceglie di non denunciare né di riconvertire la propria vita), ma che risulta molto appropriato rispetto al focus della ricerca (donne capaci di prendere la parola, di autodeterminazione). Inoltre, la caratteristica dell’approccio qualitativo è di esplicitare il soggetto ricercatore non come elemento neutro, ma come forza implicata con le sue appartenenze sociali, i valori, gli interessi, le esperienze. E’ un punto di forza importante nel momento in cui si vogliono evidenziare dimensioni della questione che siano rilevanti per la professione infermieristica stessa.

Il grado di generalizzabilità delle risultanze è inversamente proporzionale alla capacità del materiale raccolto di generare interrogativi, di mettere in discussione i paradigmi della professionalità, di suscitare emozioni e apprendimento. Proprio in ragione del fatto che la ricerca vuole essere anche un momento di restituzione dell’ascolto e dell’accoglienza alle donne vittime di violenza (e quindi il partecipare stesso alla ricerca è già un momento di rivalse rispetto alla situazione originaria) e uno stimolo per un cambiamento nella professionalità del personale infermieristico, la ricerca può essere considerata appartenente alla tipologia della *Ricerca-azione*, ossia una strategia finalizzata anche nel suo processo stesso a trovare soluzione ad un problema in maniera partecipata tra soggetti ricercatori e soggetti coinvolti nella ricerca.

La Metodologia Autobiografica pone al centro dell’attenzione l’attitudine degli esseri umani a raccontare, a raccontarsi e a costruire in questo modo la propria identità e il proprio senso esistenziale. La Medicina Narrativa ne declina gli aspetti nell’ambito delle esperienze di malattia e di cura. La chiave di volta è nel prendersi cura delle storie di malattie e restituire ai soggetti coinvolti il diritto alla propria autobiografia.

Campione

La ricerca coinvolge, in modo volontario, le donne vittime di violenza seguite da Centri di Accoglienza e di Ospitalità dell’area della Provincia di Roma. Le donne vengono selezionate dalle responsabili dei Centri Antiviolenza in base all’opportunità di affrontare il ricordo e l’espressione di esso rispetto al percorso di uscita dal disagio. A discrezione e su indicazione delle responsabili dei Centri, possono essere contattate anche donne che hanno transitato nei Centri di Accoglienza e non ne sono ospiti. Le testimonianze sono raccolte nell’intervallo di tempo previsto nel progetto (fase 3 - durata sei mesi). Non è possibile calcolare la responsività a priori, ma si prevede un campione numericamente interessante in considerazione del numero di donne che contatta i Centri Antiviolenza (ad es. per il 2006, l’attività di accoglienza e ospitalità dei centri gestiti dall’Associazione Differenza Donna ha interessato 1500 donne, di cui quasi il 70% italiane).

Strumenti

Utilizzo di un dispositivo di scrittura autobiografica finalizzato a facilitare la ricostruzione e la descrizione dell’esperienza oggetto dello studio.

Procedure

Il dispositivo è definito e validato a livello metodologico, deontologico ed etico.


La somministrazione è effettuata dalle responsabili dei Centri Anti-violenza, che selezionano il campione, scegliendo le partecipanti in base all’appropriatezza non solo rispetto allo stato di salute psico-fisica ed esistenziale.

Il gruppo di ricerca raccoglie e studia il materiale autobiografico secondo le metodologie qualitative di analisi dei testi.

Il materiale autobiografico è reso pubblicabile con un’opera di *editing* che rispetti i requisiti letterari, deontologici, di privacy e di tutela medico-legale.

9. BIBLIOGRAFIA

- Bert G. *Medicina narrativa: storie e parole nelle relazioni di cura*. Roma: Il Pensiero Scientifico; 2007.
- Castiglioni M. *La ricerca in educazione degli adulti*. Milano: Unicopli; 2002.
- Cavarero A. *Tu che mi guardi, tu che mi racconti: filosofia della narrazione*. Milano: Feltrinelli; 2001.
- Charon R. *Narrative medicine: honoring the stories of illness*. New York: Oxford University Press; 2006.
- Demaziere D, Dubar C. *Dentro le storie*. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2000.
- Demetrio D. *Raccontarsi: l'autobiografia come cura di sé*. Milano: Raffaello Cortina; 1996.
- Good BJ. *Narrare la malattia: lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*. Torino: Einaudi; 2006.
- Greco MM. *Prendersi cura delle storie di malattia: la medicina narrativa*. *Pedagogika.it*. 2008 genn-febbr; 12(1).
- Greco MM. *Competenze infermieristiche per l'assistenza alle donne vittime di violenza*. *Infermiere Oggi*. 2008 luglio-sett; 18(3).
- Hurwitz B, Greenhalgh T, Skultans V. a cura di. *Narrative Research in Health and Illness*. Oxford: Blackwell Publishing; 2004.
- Mantovani S. a cura di. *La ricerca sul campo in educazione, i metodi qualitativi*. Milano: Mondadori; 2000.
- Portis L. *Storie allo specchio*. Milano: Unicopli; 2009.
- Zannini L. *Medical humanities e medicina narrativa*. Milano: Raffaello Cortina; 2008.

	Polo 2	POLO PER LA RICERCA		COD. 2.10.8
		TITOLO SINTETICO: RIDUZIONE DEGLI ERRORI DA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI		
		COORDINATORE PROGETTO	RESPONSABILE DEL POLO	
		Dott. Carlo Turci carloturci@yahoo.it	Dott. Gennaro Rocco	
Individuazione di uno strumento finalizzato alla riduzione degli errori da somministrazione di farmaci attraverso un abbigliamento dedicato e una cartellonistica di “non disturbo”				

INDICE

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

2. ABSTRACT

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

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

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

3. BACKGROUND

Dati italiani in merito alla problematica legata al rischio clinico scarseggiano sia perché forse non esiste ancora una reale consapevolezza del problema, sia perché vi è un forte timore della perseguibilità penale della responsabilità individuale. Si riporta la ricerca condotta dalla ASL 11 di Empoli dove sono stati monitorati gli errori per un periodo di 10 mesi (2000 - 2001) in cui il 55% delle segnalazioni degli errori sono attribuibili al trattamento infermieristico. Di questi il 61% riferisce alla trascrizione errata della terapia, il 15% alla preparazione non corretta del paziente per esami diagnostici, il 13% alle cadute accidentale del paziente, il 6% ai prelievi di sangue non eseguiti, e il 5% allo smarrimento delle provette.¹ Anche il Rapporto PiT Salute 2008 Cittadinanzattiva - Tribunale per i diritti del malato riporta segnalazioni dei cittadini che indicano prevalentemente errori durante lo svolgimento di interventi chirurgici (53%) piuttosto che errata diagnosi (26%). Degna di nota anche la percentuale (12%) di casi di errata terapia.² Per **Errore di somministrazione**, (oggetto dell'indagine) intendiamo la variazione della terapia farmacologia che il medico ha prescritto e il farmaco preso dal paziente. Gli errori in questa fase sono ascrivibili a diversi momenti: non coinvolgimento e non informazione del paziente circa la terapia che gli è stata prescritta inclusi gli effetti collaterali e non favorendo domande relativamente alla terapia, non controllo della prescrizione del dosaggio, della concentrazione, della via di somministrazione, della scadenza, dell'etichetta del farmaco, della velocità della pompa di infusione, della non verifica della corrispondenza fra quanto indicato nella scheda di terapia e quanto effettivamente presente sul carrello delle terapie, della non verifica dell'identità del paziente, del non rispetto norme di asepsi, della terapia preparata da un operatore e somministrata da altro (massima attenzione alla regola delle 6 G: giusto farmaco, giusta dose, giusta via, giusta ora, giusto paziente, giusta registrazione).

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

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

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

¹ URL http://www.aiio.it/altre/governo_napoli/mazzufero.pdf, 22 nov. 2009

² URL <http://www.cittadinanzattiva.it/i-tuoi-diritti-pit-salute/il-rapporto/rapporto-2008-form.html>, 23 nov. 2009

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

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

Obiettivi specifici

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

Indicatori

- N° dei Dirigenti Infermieristici presenti nella riunione di convocazione per la presentazione del Progetto / su N° invitati *100 (< 10%)
- N° delle Strutture Sanitarie di Roma e Provincia aderenti al Progetto / N° dei partecipanti all'incontro informativo *100 (< 10%)
- N° degli osservatori partecipanti all'evento formativo
- N° di griglie di osservazione compilati
- N° strutture che consolidano l'esperienza / strutture partecipanti *100 (< 10%)
- N° gruppi sperimentali
- N° gruppi di controllo

D = Distrazione

Tgg= Totale giorni osservati

DT = Totale Distrazioni registrate

DMg= Distrazione Media Giornaliera

DMPz= Distrazione Media Singolo paziente

TPz = Totale Pazienti sottoposti a terapia

D1 = Distrazione da parte dei degenti

D2 = Distrazione da parte di estranei alle attività di degenza

D3 = Distrazione da parte di altri operatori sanitari coinvolti

D4 = Distrazione da parte di Medici coinvolti

D5 = Distrazione da parte di Infermieri coinvolti

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

DMg= DT/Tgg

DMPz= DT/TPz

ID = Indicatore di Distrazione

ID = $DMg/TPz \times 100$

Accettabilità (A)

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

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

A = 1%

Rilevanza

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

5. METODOLOGIA

Disegno dello studio

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

Campione

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

Strumenti

Strutturati: questionari e griglie di osservazione.

Procedure

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

INCONTRO TRA I RICERCATORI PER:

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

IDENTIFICAZIONE DELLE STRUTTURE PER PROPORRE LA COLLABORAZIONE ALLA RICERCA:

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

CONVOCAZIONE DEI DIRIGENTI E REFERENTI

- presentazione ricerca
- descrizione degli strumenti
- aspettative

PERCORSO INFORMATIVO SULLA GESTIONE DEGLI STRUMENTI DI RICERCA ai referenti:

- griglia di osservazione
- questionario

VISITA PERSONALE DEI RICERCATORI PRESSO LE U.O.

- consegna questionari e griglie

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

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

RTIRO QUESTIONARI E GRIGLIE DI OSSERVAZIONE, CONTEGGIO, DECODIFICAZIONE ED INSERIMENTO DATI:

- rispondenza

ELABORAZIONE DATI SPECIFICI PER OGNI U.O. E COMPLESSIVI

STUDIO DATI E FORMULAZIONE IPOTESI

- strategie per il cambiamento ed il miglioramento

CONVEGNO E PUBBLICAZIONE

6. RISULTATI ATTESI

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

Indicatori

D = Distrazione

Tgg= Totale giorni osservati

DT = Totale Distrazioni registrate

DMg= Distrazione Media Giornaliera

DMPz= Distrazione Media Singolo paziente

TPz = Totale Pazienti sottoposti a terapia

D1 = Distrazione da parte dei degenti

D2 = Distrazione da parte di estranei alle attività di degenza

D3 = Distrazione da parte di altri operatori sanitari coinvolti

D4 = Distrazione da parte di Medici coinvolti

D5 = Distrazione da parte di Infermieri coinvolti

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

DMg= DT/Tgg

DMPz= DT/TPz

ID = Indicatore di Distrazione

ID = $DMg/TPz \times 100$

Accettabilità (A)

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

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

A = 1%

Rilevanza

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

7. PIANIFICAZIONE

FASI	RISORSE NECESSARIE	RESP	TEMPI
1. Preparazione 1.1. Approvazione dell'ipotesi di ricerca 1.2. Costituzione del Gruppo di Lavoro 1.3. Revisione bibliografica 1.4. Elaborazione del progetto dettagliato ricerca	15 gg stagista	Gruppo di progetto	Febbraio Marzo 2010
2. Identificazione del metodo/strumento 2.1. Elaborazione griglia di osservazione 2.2. Elaborazione data base ed analisi strumento 2.3. Presentazione del Progetto di ricerca ai Dirigenti dell'Area Infermieristica 2.4. Raccolta delle adesioni di partecipazione al progetto 2.5. Mappatura delle strutture oggetto dello studio	30 gg statistico 30 gg stagista	Gruppo di progetto	Aprile Agosto 2010
3. Attuazione 3.1. Individuazione degli osservatori aziendali a cura delle singole Aziende aderenti al 3.2. Acquisizione pettorine e avvisi 3.3. Programmazione dell' evento formativo accreditato ECM su l'uso degli strumenti 3.4. Stampa delle griglie di osservazione 3.5. Attività di supporto agli osservatori aziendali e ai data-entry 3.6. Monitoraggio e verifica del processo 3.7. Elaborazione dei dati	Materiale di progetto 15 gg stagista Evento formativo	Gruppo di progetto	Agosto Dicembre 2010
4. Validazione e pubblicazione 4.1. Analisi dei dati raccolti, interpretazione dei risultati ottenuti e stesura del rapporto finale 4.2. Consensus Conference con le Aziende che hanno aderito al Progetto di ricerca 4.3. Pubblicazione del rapporto di ricerca 4.4. Realizzazione di un evento per la presentazione dei risultati della ricerca	15gg stagista Editing Evento	Gruppo di progetto	Gennaio Aprile 2011

8. DIAGRAMMA GANTT

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

9. BIBLIOGRAFIA

Alvaro R, Bagnasco A, Del Negro L, Lancia L, Rubbi I, Sasso L et al. La sicurezza nella somministrazione della terapia farmacologica: una revisione narrativa della letteratura. *L'Infermiere* 2009;53(3):22-6.

Beyea SC. Distractions, interruptions, and patient safety. *AORN J* 2007 Jul;86(1):109-10,112.

Borgia L. Ecco la strategia anti errore. *Il sole 24 ore Sanità* 27 marzo 2006:26.

Falli F, Ottomanelli G. *Imparare dagli errori*. IPASVI La Spezia 2006.

Festini F, Sperotto S, Neri S. La sicurezza della terapia: strategie e strumenti per gli infermieri. *Assist Inferm Ric* 2007; 26(3):165-79.

Joanna Briggs Institute. Strategie per diminuire gli errori di terapia riferite alla popolazione anziana. *Best Practice* 2005; 9(4).

Jones SW. Reducing medication administration errors in nursing practice. *Nurs Stand* 2009 Aug19-25;23(50)::40-6.

Kreckler S, Catchpole K, Bottomley M, Handa A, McCulloch P. Interruptions during drug rounds: an observational study. *Br J Nurs*, 2008 Nov 27-Dec 10;17(21):1326,1328-30.

Ministero della Salute. Dipartimento della qualità Direzione generale della programmazione Sanitaria, dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema - ufficio III, Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologia. Raccomandazione n. 7, Marzo 2008.

Ministero della Salute. Dipartimento della qualità, direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema ufficio III. Risk management in Sanità. Il problema degli errori. Commissione Tecnica sul Rischio Clinico DM 5 marzo 2003.

Santell JP, Hicks RW, Protzel MRN. News watch: drug update. Error watch: annoyance asid e, distractions spell trouble. *RN* 2003 Dec; 66(12):96,76-7.

Tomassetti R. Se gli infermieri sono pochi le terapie falliscono (e si muore di più). *L'infermiere* 2003;1:20-8.

Zhan C, Hicks RW, Blanchette CM, Keyes MA, Cousins DD. Potential benefits and problems with computerized prescriber order entry: analysis of a voluntary medication error-reporting database. *Am J Health Syst Pharm* 2006 Feb 15; 63(4):353-8.

	Polo 2	POLO PER LA RICERCA		COD. 2.10.9
		TITOLO SINTETICO: SELF-CARE NEL PAZIENTE CON SCOMPENSO CARDIACO		
		COORDINATORE PROGETTO	RESP. DEL POLO	
		Dott. Ercole Vellone ercole.vellone@unirona2.it	Dott. Gennaro Rocco	
1.TITOLO PROGETTO Self-care nel paziente con scompenso cardiaco				

INDICE

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

3. BACKGROUND

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

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

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

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

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

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

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

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

5. METODOLOGIA

Disegno dello studio

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

Strumenti

Per raccogliere i dati verranno utilizzati i seguenti strumenti:

Per i pazienti

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

Per il Caregiver

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

Campionamento e criteri di inclusione/esclusione

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

Procedure per la raccolta dati

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

9. BIBLIOGRAFIA

1. Remme, W.J., et al., Public awareness of heart failure in Europe: first results from SHAPE. *Eur Heart J*, 2005. 26(22): p. 2413-21.
2. Mosterd, A., et al., Prevalence of heart failure and left ventricular dysfunction in the general population; The Rotterdam Study. *Eur Heart J*, 1999. 20(6): p. 447-55.
3. Hunt, S.A., ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). *J Am Coll Cardiol*, 2005. 46(6): p. e1-82.
4. Dickstein, K., et al., ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA) and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM). *Eur Heart J*, 2008. 29(19): p. 2388-442.
5. Ministero_della_Salute. Analisi dei ricoveri per insufficienza cardiaca in Italia anni 2001 - 2003. 2007 [cited 2010 9 marzo 2010]; Available from: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_663_allegato.pdf.
6. Ministero_della-Salute. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2007. 2007 [cited 2010 9 marzo 2010]; Available from: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1152_allegato.pdf.
7. Dickson, V.V., J.A. Deatrck, and B. Riegel, A typology of heart failure self-care management in non-elders. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 2008. 7(3): p. 171-81.
8. Orem, D., *Concepts of practice*. 2001, St Louis: Morby.
9. Tsuyuki, R.T., et al., Acute precipitants of congestive heart failure exacerbations. *Arch Intern Med*, 2001. 161(19): p. 2337-42.
10. Chin, M.H. and L. Goldman, Factors contributing to the hospitalization of patients with congestive heart failure. *Am J Public Health*, 1997. 87(4): p. 643-8.
11. Fonarow, G.C., et al., Factors identified as precipitating hospital admissions for heart failure and clinical outcomes: findings from OPTIMIZE-HF. *Arch Intern Med*, 2008. 168(8): p. 847-54.
12. Michalsen, A., G. Konig, and W. Thimme, Preventable causative factors leading to hospital admission with decompensated heart failure. *Heart*, 1998. 80(5): p. 437-41.
13. Ghali, J.K., et al., Precipitating factors leading to decompensation of heart failure. Traits among urban blacks. *Arch Intern Med*, 1988. 148(9): p. 2013-6.
14. Bennett, S.J., et al., Characterization of the precipitants of hospitalization for heart failure decompensation. *Am J Crit Care*, 1998. 7(3): p. 168-74.
15. Riegel, B., B. Carlson, and D. Glaser, Development and testing of a clinical tool measuring self-management of heart failure. *Heart Lung*, 2000. 29(1): p. 4-15.
16. Jaarsma, T., et al., Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *Eur J Heart Fail*, 2003. 5(3): p. 363-70.
17. Zigmond, A.S. and R.P. Snaith, The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1983. 67: p. 361-370.
18. Ware, J., M. Kosinski, and S. Keller, A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*, 1996. 34: p. 220-233.
19. Folstein, M.F., S.E. Folstein, and P.R. McHugh, Mini Mental State. A practical method for grading the cognitive state of the patients for the clinicians. *Journal of Psychiatric Research*, 1975. 12: p. 189-198.
20. Rector, T., S. Kubo, and J. Cohn, Patient's self-assessment of their congestive heart failure. Part 2: content, reliability and validity of a new measure, The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire. *Heart Failure*, 1987. 1: p. 198-209.
21. Charlson, M.E., et al., A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis*, 1987. 40(5): p. 373-83.
22. Mahoney, F.I. and D.W. Barthel, Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J*, 1965. 14: p. 61-65.
23. Novak, M. and C. Guest, Caregiver Burden Inventory (CBI). *Gerontologist*, 1989. 29: p. 798-803.

	Polo 3	POLO PER LA FORMAZIONE DEI RICERCATORI		COD. 3.10.1
		TITOLO SINTETICO: INFERMIERI CLINICI E RICERCA INFERMIERISTICA		
		COORDINATORE PROGETTO	RESPONSABILE DEL POLO	
		Dott.ssa Maria Grazia Proietti mg_proietti@alice.it Dott. Mario Esposito marioesposito@gmail.com Dott. Stefano Casciato stefano.casciato@libero.it	Dott.ssa Maria Grazia Proietti	
1.TITOLO PROGETTO Infermieri clinici e ricerca infermieristica				

INDICE

1. TITOLO PROGETTO
2. ABSTRACT
3. OBIETTIVI DI PROGETTO
4. METODOLOGIA
5. PIANIFICAZIONE
6. DIAGRAMMA GANTT

2. ABSTRACT

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

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

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

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

Il progetto formativo “Infermieri clinici e ricerca infermieristica” è prioritariamente rivolto agli infermieri clinici. La sinergia principale è con il Polo Ricerca Scientifica, giacché l'acquisizione delle competenze metodologiche è finalizzata alla realizzazione di specifici progetti di ricerca, e con il Polo Pratica Clinica, per la coincidenza del ruolo di infermiere clinico e di infermiere ricercatore

3. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

Lo scopo del progetto formativo è favorire lo sviluppo di una cultura condivisa della ricerca infermieristica nella clinica, attraverso il coinvolgimento degli infermieri clinici nei filoni di ricerca infermieristica

Obiettivi specifici

Il project work mira ad applicare le conoscenze e le tecniche apprese in ambito d'aula e a trasferirle nella pratica clinica. I risultati che si intendono raggiungere con il project work sono i seguenti:

- valorizzare l'esperienza clinica e le capacità di lettura dei problemi di assistenza infermieristica da parte dei partecipanti;
- favorire la costruzione e la diffusione di buone pratiche nei contesti lavorativi di riferimento;
- stimolare lo scambio di esperienze e la formazione di reti fra professionisti impegnati in contesti differenti.

Indicatori

- numero di partecipanti al corso di formazione: 25 (minimo 20)
- frequenza media alle lezioni: 100% (minimo 90%)
- produzione di resoconti in itinere e consuntivi agli step previsti: 5 (1/UD)
- 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.

	Polo 3	POLO PER LA FORMAZIONE DEI RICERCATORI		COD. 3.10.2
		TITOLO SINTETICO: METODOLOGIA DELLA RICERCA INFERMIERISTICA		
		COORDINATORE PROGETTO	RESPONSABILE DEL POLO	
		Dott.ssa Maria Grazia Proietti mg_proietti@alice.it Dott. Mario Esposito marioesposito@gmail.com	Dott.ssa Maria Grazia Proietti	
1.TITOLO PROGETTO Corso di formazione teorico-pratica: “Metodologia della ricerca infermieristica”				

INDICE

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

2. ABSTRACT

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

- 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”.

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

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

3. BACKGROUND

La professione infermieristica è in rapido cambiamento sospinta dalle innumerevoli innovazioni di carattere legislativo, formativo, tecnologico e dal costante e continuo consolidarsi delle conoscenze scientifiche che sostengono la disciplina. la disciplina infermieristica ha come oggetto di studio i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della sua famiglia, nelle loro dimensioni bio-fisiologiche, psicologiche e socioculturali. la funzione della ricerca rientra nel ruolo dell'infermiere e l'international council of nurses da tempo ne sottolinea l'importanza. la connotazione infermieristica della ricerca è legata alla prospettiva con cui ci si relaziona all'ad-sistere e 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 e' legata anche ai pregi e ai limiti degli approcci e delle tecniche utilizzabili per lo studio delle diverse dimensioni. le connotazioni delle attivita' di ricerca (qualitativa e quantitativa) e i diversi disegni di ricerca (non sperimentale, semisperimentale, sperimentale) utili nelle attività di ricerca infermieristica, creano 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 affiancano studi che riguardano l'assistenza infermieristica diretta alle persone assistite e al loro entourage; l'evoluzione della ricerca infermieristica in

Italia ha visto, in linea con le tendenze generali, progetti di ricerca inizialmente più rivolti allo studio della professione infermieristica; negli ultimi vent'anni si è assistito gradualmente a un aumento del numero di pubblicazioni infermieristiche.

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

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

Obiettivi specifici

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

Indicatori

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

5. METODOLOGIA

Disegno dello studio

- Sviluppo di un "sistema di rete" per la raccolta dei dati nella ricerca infermieristica, analisi sul campo dei fenomeni correlati alla assistenza infermieristica, verifica delle ricadute nella clinica della ricerca infermieristica.
- Supporto scientifico sulle buone pratiche nella clinica attraverso il contributo di ricerche comparative.
- Sviluppo di una risorsa strategica per la competitività culturale della professione infermieristica.

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

- Selezione dei partecipanti sulla base di una prova di ammissione, la quale verte, oltre che sui titoli, sulla conoscenza dell'inglese, dell'epidemiologia e della statistica; per la prima edizione del corso si intende tuttavia privilegiare la partecipazione di infermieri docenti nei corsi di laurea in infermieristica, affinché possano, a loro volta, trasmettere agli studenti le competenze metodologiche.
- Accredimento 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.

6. RISULTATI ATTESI

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

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

7. PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
0	Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Consiglio Direttivo	Marzo
1	Accreditamento ECM	Collegio IPASVI di Roma	Marzo
2	Realizzazione del corso di formazione teorico-pratica	Comitato scientifico, docenti, tutor	Giugno-Novembre
3	Disseminazione dei risultati della ricerca	Comitato Scientifico	2011

8. DIAGRAMMA GANTT

	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic	2011
Fase 0											
Fase 1											
Fase 2											
Fase 3											

9. BIBLIOGRAFIA

Chiari P, Mosci D, Naldi E, Centro studi EBN. L'infermieristica basata su prove di efficacia. Guida operativa per l'evidence based nursing. Milano: McGraw Hill; 2006.

Nebuloni Giorgio. Introduzione alla ricerca per infermieri ed altri operatori sanitari. Milano: Sorbona; 1995.

Vellone E, Sciuto M. La ricerca bibliografica: applicazione nel nursing e nelle scienze sanitarie. Milano: McGraw Hill; 2001.

Vellone E, Piredda M. La ricerca bibliografica. Milano: McGraw Hill; 2009.

	Polo 3	POLO PER LA FORMAZIONE DEI RICERCATORI		COD. 3.10.3
		TITOLO SINTETICO: CORSO DI ALTA FORMAZIONE “RICERCA SCIENTIFICA”		
		COORDINATORE PROGETTO	RESP. DEL POLO	
		Dott.ssa Maria Grazia Proietti mg_proietti@alice.it Dott. Mario Esposito marioesposito@gmail.com	Dott.ssa Maria Grazia Proietti	
1.TITOLO PROGETTO Corso di alta formazione: “Metodologia della ricerca scientifica nell’infermieristica”				

INDICE

1. TITOLO PROGETTO
2. ABSTRACT
3. OBIETTIVI DI PROGETTO
4. METODOLOGIA
5. PIANIFICAZIONE
6. DIAGRAMMA GANTT

2. ABSTRACT

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

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

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

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 Alta Formazione in Metodologia della ricerca scientifica nell'infermieristica è un corso di formazione avanzata, rivolto preminentemente a infermieri in possesso di laurea specialistica, che hanno già conoscenze ed esperienze di ricerca scientifica e sono interessati ad approfondire gli strumenti metodologici di natura epidemiologica, statistica e valutativa, fondamentali al fine di progettare e condurre studi di ricerca infermieristica. La sinergia principale è con il Polo Ricerca Scientifica, giacché l'acquisizione delle competenze metodologiche è finalizzata alla realizzazione di specifici progetti di ricerca, e con il Polo Istruzione, in quanto potrebbe essere inteso come una parte del percorso formativo del Dottorato di Ricerca nell'Infermieristica.

3. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

Lo scopo del Corso Di Alta Formazione è approfondire gli strumenti metodologici di natura epidemiologica, statistica e valutativa, fondamentali al fine di progettare e condurre studi di ricerca infermieristica.

Obiettivi specifici

- metodologia epidemiologica applicata alla ricerca scientifica
 - epidemiologia descrittiva ed analitica
 - elementi di statistica descrittiva ed inferenziale
 - Evidence Based Medicine ed Evidence Based Nursing con particolare riferimento ai trials clinici, alle revisioni sistematiche ed alla meta-analisi
 - epidemiologia valutativa, con particolare riferimento alle metodologie per la ricerca bibliografica in biomedicina ed infermieristica ed allo sviluppo di tecniche di analisi critica degli studi pubblicati in letteratura
 - applicazioni alla pratica professionale infermieristica, quali la valutazione dell'appropriatezza, la valutazione della qualità percepita dell'assistenza sanitaria, lo sviluppo di linee-guida e la sperimentazione di progetti di formazione del personale.
-
- *Indicatori*
 - numero di partecipanti al corso di formazione: 15 (minimo 12)
 - frequenza media alle lezioni: 100% (minimo 90%)
 - produzione di resoconti in itinere e consuntivi agli step previsti: 6 (1/modulo)
 - rispetto dei tempi previsti nel diagramma di Gantt
 - pubblicazione di uno o più articoli
 - rapporto spese effettuate per il progetto/spese previste.

4. METODOLOGIA

Disegno dello studio

- Selezione dei partecipanti tra gli infermieri in possesso di laurea specialistica, che abbiano già conoscenze ed esperienze di ricerca scientifica e siano interessati ad approfondire gli strumenti metodologici di natura epidemiologica, statistica e valutativa, sulla base di una prova di ammissione.
- Accredimento 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, i partecipanti al corso di alta formazione realizzano un elaborato su una tematica già affrontata nell'ambito della propria attività, riesaminata con gli strumenti operativi appresi durante il Corso, che viene presentato e discusso in occasione della Giornata Conclusiva del Corso.
- Gli obiettivi formativi sono coerenti con la mission del Centro di Eccellenza e del Polo per la Formazione dei Ricercatori.
- Il problema scientifico affrontato nell'elaborato finale è rilevante per la pratica clinica infermieristica e rispetta i principi deontologici ed etici

5. PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ		RISORSE IMPEGNATE	DURATA
0	Approvazione del progetto e nomina del team di progetto	Consiglio Direttivo	30 gg (maggio)
1	Accreditamento ECM	Collegio IPASVI di Roma	30gg (giugno)
2	Realizzazione del corso di alta formazione	Comitato scientifico, docenti, tutor	6 mesi (settembre 2010-febbraio 2011)
3	Disseminazione dei risultati della ricerca	Comitato Scientifico	2 mesi (marzo-aprile 2011)

6. DIAGRAMMA GANTT

Anno	MAG	GIU	LUG	AGO	SET	OTT	NOV	DIC	GEN 11	FEB 11	MAR 11	APR 11
Fase 0												
Fase 1												
Fase 2												
Fase 3												

	Polo 3	POLO PER LA FORMAZIONE DEI RICERCATORI		COD. 3.10.4
		TITOLO SINTETICO: CORSO DI BIBLIOGRAFIA E RICERCA BIBLIOGRAFICA		
		COORDINATORE PROGETTO	RESP. DEL POLO	
		Dott.ssa Maria Grazia Proietti mg_proietti@alice.it Dott. Carlo Turci carloturci@yahoo.it	Dott.ssa Maria Grazia Proietti	
1.TITOLO PROGETTO Corso: “Bibliografia e ricerca bibliografica nelle scienze infermieristiche: teoria e prassi per le procedure tecniche di ricerca e accesso alle risorse”				

INDICE

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

2. ABSTRACT

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

3. BACKGROUND

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

- 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”.

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

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

Obiettivi specifici

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

Indicatori

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

5. METODOLOGIA

Disegno dello studio

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

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

Requisiti richiesti dal committente

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

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

6. RISULTATI ATTESI

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

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

7. PIANIFICAZIONE


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

8. DIAGRAMMA GANTT

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

9. BIBLIOGRAFIA

- Gruppo di ricerca sull'indicizzazione per soggetto. Guida all'indicizzazione per soggetto. Roma: AIB; 1996.
- Barazia C. La ricerca nelle banche dati bibliografiche: l'esempio di PubMed. Ultimo aggiornamento 15 genn. 2007. Disponibile presso: <http://www.aib.it/aib/contr/barazia1.htm>. [accesso 5 febr. 2011].
- Chiari P, Mosci D, Naldi E. Infermieristica basata su prove di efficacia: guida operativa per l'Evidence-Based Nursing. Milano: McGraw Hill; 2006.
- De Robbio A. Banche dati su CD-Rom e on-line. 1999. Disponibile presso: <http://www.math.unipd.it/~adr/database/index.htm>. [accesso 1 febr 2011].
- Di Domenico G, Innocenti P. Teoria e pratica della redazione. Milano: Editrice Bibliografica; 1994.
- Eco U. Come si fa una tesi di laurea. Milano: Bompiani; 2001.
- Gnoli C. Le citazioni bibliografiche: una guida introduttiva per interpretare e redigere correttamente le citazioni delle fonti bibliografiche. Disponibile da: <http://www.aib.it/aib/contr/gnoli2.htm>. [accesso 1 marzo 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: AIB; 1997.
- Ridi R. Ricerca e selezione delle fonti di informazione. Milano: Editrice Bibliografica; 1998.
- Spinelli S. Introduzione all'indicizzazione. 2006. Disponibile presso <http://biocfarm.unibo.it/~spinelli/indicizzazione/>. [accesso 19 febr. 2011].
- Vellone E, Sciuto M. La ricerca bibliografica. Applicazione nel nursing e nelle scienze sanitarie. Milano: McGraw Hill; 2001.
- Vellone E, Piredda M. La ricerca bibliografica. Milano: McGraw Hill; 2009.
- Castillet S, De Filippis P, De Mare A, Di Martino R. a cura di. Glossario di biblioteconomia. Disponibile da: www.oldweb.ceda.unina2.it. [accesso 30 apr 2011].

	Polo 3	POLO PER LA FORMAZIONE DEI RICERCATORI		COD. 3.10.5
		TITOLO SINTETICO: MIGLIORARE LA PRATICA CLINICA		
		COORDINATORE PROGETTO	RESP. DEL POLO	
		Dott.ssa Maria Ausilia Pulimeno lia.pulimeno@uniroma1.it Dott.ssa Maria Grazia Proietti mg_proietti@alice.it Dott. Stefano Casciato stefano.casciato@libero.it	Dott.ssa Maria Grazia Proietti	
1.TITOLO PROGETTO Conferenza: “Migliorare la pratica clinica a partire dai risultati della ricerca scientifica”				

INDICE

1. TITOLO PROGETTO
2. ABSTRACT
3. OBIETTIVI DI PROGETTO
4. METODOLOGIA
5. PIANIFICAZIONE
6. DIAGRAMMA GANTT
7. BIBLIOGRAFIA

2. ABSTRACT

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

- 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”.

La revisione della letteratura scientifica riguardante argomenti di infermieristica è già una realtà consolidata per l'insegnamento di Metodologia della Ricerca Infermieristica 1 presso il Corso di Laurea Specialistica dell'Università di Tor Vergata. La Conferenza “Migliorare la pratica clinica a partire dai risultati della ricerca scientifica” rappresenta pertanto un modo per sistematizzare l'attività degli studenti, orientando la revisione della letteratura ai temi rilevanti dell'infermieristica, formandoli, nel contempo, a organizzare e presentare pubblicamente i risultati del proprio lavoro.

Il progetto è in sinergia con il Polo Pratica Clinica, giacché le revisioni bibliografiche sono il presupposto di qualsiasi tentativo di migliorare la pratica clinica a partire dai risultati della ricerca scientifica, con il Polo Istruzione, poiché la Conferenza rappresenta un interessante esempio di metodologia didattica per il Corso di Laurea Specialistica in Infermieristica, con il Polo Ricerca Scientifica, in quanto le revisioni bibliografiche orientano circa le priorità della ricerca scientifica.

3. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi specifici

- sistematizzare l'attività degli studenti, orientando la revisione della letteratura ai temi rilevanti dell'infermieristica
- formare gli studenti a organizzare e presentare pubblicamente i risultati del proprio lavoro di revisione bibliografica

Indicatori

- numero di partecipanti a ciascuna edizione della conferenza: 60 (minimo 50)
- pubblicazione e distribuzione degli atti ai partecipanti alle conferenze
- produzione di un resoconto per ogni edizione: 12
- rapporto spese effettuate per il progetto/spese previste

4. METODOLOGIA

Disegno dello studio

- Ampia accessibilità: 12 edizioni nel 2011 x 60 partecipanti.
- Accreditemento ECM
- Gratuità della partecipazione al corso
- Sede gratuita (UTV).

Requisiti richiesti dal committente

- Il Comitato Scientifico e i docenti hanno conoscenze ed esperienze specifiche riguardanti l'applicazione delle metodologie proposte.
- La Conferenza rappresenta un modo per sistematizzare l'attività degli studenti, orientando la revisione della letteratura ai temi rilevanti dell'infermieristica.
- Contestualmente all'apprendimento della metodologia e delle tecniche della ricerca bibliografica, gli studenti del Corso di Laurea Specialistica dell'Università di Tor Vergata imparano a organizzare e presentare pubblicamente i risultati del proprio lavoro.

Gli obiettivi della Conferenza, per i partecipanti e per gli studenti del Corso di Laurea Specialistica dell'Università di Tor Vergata, sono coerenti con la mission del Centro di Eccellenza e dei Poli per la Formazione dei Ricercatori, per la Pratica Clinica, per la Ricerca Scientifica e Istruzione.

5. 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	ottobre
2	Pubblicazione degli atti	Comitato Scientifico	novembre-dicembre
3	Realizzazione delle 12 edizioni della conferenza	Comitato scientifico, docenti, studenti	2011

6. DIAGRAMMA GANTT

Anno 2010	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET	OTT	NOV	DIC	2011
Fase 0											
Fase 1											
Fase 2											
Fase 3											
Fase 4											

7. BIBLIOGRAFIA

De Marinis MG, Matarese M, Tartaglini D, Binetti P. Dalla tesi di diploma universitario alla tesi di laurea: un'analisi dei contenuti e delle metodologie. *International nursing perspectives* 2001;1(2-3):84-93.

Finocchi G, De Marinis MG. Un sistema di classificazione delle tesi del corso di laurea in Infermieristica (SCT). *Giornale italiano di Scienze infermieristiche* 2007;3(5):41-52.

	Polo 4	POLO DELLA PRATICA CLINICA		COD. 4.10.1
		TITOLO SINTETICO: MIGLIORAMENTO DELLA PRATICA ASSISTENZIALE		
		COORDINATORE PROGETTO	RESP. DEL POLO	
		Dott. Stefano Casciato stefano.casciato@libero.it Dott. Nicola Barbato Nicola.barbato@libero.it Dott.ssa Maria Matarese M.Matarese@unicampus.it	Dott. Stefano Casciato	
1.TITOLO PROGETTO Miglioramento della pratica assistenziale attraverso l'uso di infermieri clinici esperti in <i>Evidence Based Practice</i>				

INDICE

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

2. ABSTRACT

Il miglioramento della pratica clinica infermieristica, così come enfatizzato dalla letteratura internazionale, è raggiungibile incoraggiando i professionisti infermieri a riflettere criticamente sulla loro esperienza e stimolandoli ad applicare nella pratica i risultati della ricerca. Varie strategie sono state suggerite per raggiungere tali obiettivi, e la letteratura più recente si è soffermata a valutare quali, tra queste, fossero più efficaci per implementare i risultati nella pratica ed ottenere i cambiamenti desiderati nel comportamento dei professionisti sanitari. Per questo motivo il progetto prevede la creazione di una struttura articolata che permetterà di arrivare nei vari contesti di clinica e rendere non solo facilmente fruibili i risultati della ricerca, ma anche permetterà di discuterli, sperimentarli e valutarli nella loro applicazione nei singoli contesti. Questo sistema si basa principalmente sulla creazione di un comitato formato da infermieri clinici esperti con capacità di leadership (Clinical Nurse Leader) adeguatamente formati, che costituiranno a loro volta dei gruppi operativi (task force) all'interno delle strutture ospedaliere, costituiti da infermieri clinici che applicheranno le strategie di implementazione della evidence based practice prima citate. La loro presenza capillare nei contesti clinici permetterà anche di individuare quali problemi di pratica clinica non ancora una soluzione efficace e potrà dare indicazione ai ricercatori sui possibili campi di indagine. La formazione dei CNL risulterà quindi fondamentale per l'attuazione della mission del Polo per la pratica clinica.

Il progetto è in sinergia con gli altri Poli: con il Polo Formazione dei Ricercatori, in quanto gli infermieri clinici esperti andranno adeguatamente formati per fornire loro gli strumenti metodologici per la ricerca delle evidenze utili per migliorare la pratica clinica; con il Polo Istruzione, poiché gli infermieri esperti clinici rappresentano un modello ottimale di tutorship per gli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica, integrando esperienza clinica e approccio scientifico; con il Polo Ricerca Scientifica, in quanto da una parte i risultati delle ricerche prodotte dal polo costituiscono stimolo per rivalutare e riorientare la pratica clinica degli infermieri clinici e dall'altra i problemi insoluti di pratica clinica identificati degli infermieri clinici devono stimolare i ricercatori ad avviare progetti di ricerca che diano risposte applicative.

Il nuovo modello prevede anche l'intervento sull'organizzazione sanitaria con l'obiettivo di valorizzare e utilizzare al meglio i CNL; le direzioni infermieristiche saranno stimolate ad agire con interventi di cambiamento capaci di modificare i modelli, enfatizzando e sviluppando un ambiente di conoscenza e sapere. In questo modo la conoscenza applicata alla pratica professionale infermieristica diviene non l'eccezione ma il normale e fisiologico sviluppo della migliore azione professionale.

3. BACKGROUND

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

- k) 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*.
- l) 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 pratica clinica è "Migliorare la pratica clinica infermieristica, promuovendo innovazioni cliniche attraverso la pratica clinica e traslazionale".

Una revisione della letteratura della *Cochrane Effective Practice and Organisation of care review Group* (Bero et al, 1998) suggerisce che 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, promemoria manuali o elettronici, incontri con opinion leader locali, e seminari interattivi. Di efficacia limitata o

nulla è il ricorso a conferenze e distribuzione di materiale divulgativo cartaceo o audiovisivo. Inoltre ricercatori internazionali hanno evidenziato che gli infermieri preferiscono fonti di informazione di tipo sociale ed umano rispetto ad altre (Thompson et al., 2001; Larsen et al., 2002). L'importante influenza dei fattori umani sulla produzione e trasferimento delle conoscenze ha aperto la strada a esperienze di utilizzo di figure di professionisti "intermediari" in grado di collegare conoscenze e pratica. Gli intermediari sono figure presenti nell'ambiente di pratica clinica che si trovano nella posizione di influenzare gli infermieri clinici su specifici obiettivi. Essi sono competenti dal punto di vista clinico nella loro area di pratica e spesso possiedono conoscenze ed abilità che permettono loro di facilitare l'uso della ricerca nei setting di pratica. In ambiente internazionale figure intermedie che sono utilizzate nei contesti di pratica sono, ad esempio, i clinical nurse leader, i clinical nurse educator, gli staff development educator, i practice developer, clinical nurse specialist (Milner et al., 2006), con differenze legate ai contesti e alle competenze acquisite.

In Italia sono molto limitate le esperienze di utilizzo di figure intermedie, cioè portatrici di competenze esperte nell'ambito dell'applicazione dei risultati della ricerca, utilizzate con questa finalità nelle unità operative. A differenza delle realtà estere i modelli organizzativi più diffusi prevedono soltanto due ruoli all'interno delle unità operative: il coordinatore e gli infermieri di staff. Alcuni infermieri di staff possono svolgere attività di supporto al coordinatore di reparto per funzioni più prettamente organizzative.

Poiché non è possibile pensare ad un progetto esteso a tutti i contesti assistenziali, sulla base dei problemi prioritari di salute della popolazione italiana identificati nel piano sanitario nazionale 2006-2008 e dal documento programmatico del marzo 2009 sono state identificate come aree di assistenza, che avranno la priorità nel progetto di miglioramento, l'area delle malattie cronico-degenerative, con particolare attenzione alle malattie cardiovascolari e l'area della disabilità e fragilità, considerate di rilevante importanza, in quanto sono destinate ad assorbire crescenti risorse nell'ambito dei servizi sanitari.

In Italia le persone che soffrono di malattie croniche cardiovascolari sono il 25% della popolazione, e dalla relazione sullo stato sanitario del Paese 2007 - 2008 si evince che nel 2003 le malattie cardiovascolari hanno provocato 240253 morti, pari al 42% dei decessi totali. Secondi i dati ISTAT 2007 le persone con disabilità e fragilità sono 2 milioni e 600 mila, di cui 2 milioni sono costituiti dagli over 65. Il 52,7% delle persone disabili presenta più tipi di disabilità. E' la famiglia che generalmente si fa carico della persona con disabilità. Il 10,3% delle famiglie ha almeno un componente con problemi di disabilità. Oltre un terzo (35,4%) di queste famiglie è composto da persone disabili che vivono sole, il 6,4% da famiglie con tutti i componenti disabili. Sono le persone di status sociale basso a presentare peggiori condizioni di salute in termini di morbosità cronica o di disabilità: soffrono di una patologia cronica grave il 32,5% di quanti hanno al massimo la licenza elementare mentre solo l'8,2% delle persone con laurea o diploma e (Ministero della Salute). Inoltre la recente "Classificazione internazionale del funzionamento, disabilità e salute (ICF)" ha ampliato il campo di azione degli interventi necessari per l'integrazione delle persone affette da disabilità per il miglior inserimento o reinserimento nel contesto familiare, lavorativo, relazionale e sociale di questi pazienti.

I contesti di cura e riabilitazione per persone con problemi neurologici, geriatrici e reumatologici acquisteranno perciò sempre maggiore rilevanza in Italia. Tuttavia in questi contesti assistenziali, a differenza delle aree in cui vengono trattati pazienti acuti e intensivi, le evidenze scientifiche sono spesso applicate con un certo ritardo così come si fa ancora poco ricorso alla tecnologia sanitaria. Per questo motivo ci sembra di vitale importanza mirare ad un miglioramento della pratica clinica in questi contesti assistenziali.

4. OBIETTIVI DI PROGETTO

Obiettivi generali

Innovare la pratica clinica infermieristica attraverso la promozione della pratica riflessiva e traslazionale

Obiettivi specifici

1. individuare i contesti territoriali e di pratica clinica in cui avviare il progetto attraverso il coinvolgimento dei dirigenti dei servizi infermieristici e delle direzioni generali della ASL-policlinici universitari e delle associazioni professionali italiane
2. identificare e formare gli infermieri clinici esperti in grado di guidare la revisione della pratica clinica negli ambiti di pratica considerati prioritari, selezionati sulla base di criteri stabiliti
3. rendere uniformi ed accrescere le competenze degli infermieri clinici esperti individuati anche attraverso attività formative (ad es. seminari, workshop, giornate di studio)
4. costituire il comitato dei clinical nurse leader
5. costituire i nuclei operativi nelle strutture sanitarie in cui sono presenti i clinical nurse leader
6. creare una rete di collegamento con i Centri nazionali ed internazionali EBN, con le associazioni professionali italiane e internazionali per condividere strategie e modelli
7. individuare problemi di pratica clinica considerati prioritari e verificare l'esistenza di evidenze scientifiche a supporto dei cambiamenti
8. formare i gruppi operativi (task force locale) sui problemi di pratica clinica su cui è necessario operare il cambiamento
9. verificare l'applicazione dei cambiamenti e valutare l'efficacia degli interventi proposti
10. rivedere e/o creare gli standard di pratica clinica relativi alle aree individuate
11. organizzare iniziative che diffondano le esperienze di miglioramento della pratica clinica, anche attraverso la presentazione degli aspetti deontologici, legali, di strategia sanitaria, ecc.

Indicatori

- Sono individuate almeno tre Aziende sanitarie, ospedaliere e/o universitarie da coinvolgere nel progetto, dopo un'attenta analisi dei contesti territoriali e delle realtà interessate al progetto stesso;
- Sono scelte le aree cliniche in cui avviare in maniera prioritaria i progetti di miglioramento (ad es. l'area della disabilità, che includerà le aree clinico-assistenziali della geriatria, neurologia, reumatologia, riabilitazione, e l'area delle malattie cronico-degenerative, che includerà le aree delle malattie cardiovascolari)
- Sono individuati i requisiti che i nurse leader devono possedere per partecipare al progetto (esperienza clinica consolidata nell'area prescelta, qualità e quantità di esperienza professionale, conoscenza della lingua inglese, percorsi di formazione specifica nell'area di pratica clinica, possesso di leadership valutata attraverso diverse metodologie)
- Sono selezionati gli infermieri clinici esperti, coinvolgendo i dirigenti dei servizi infermieristici delle ASL-AO-policlinici universitari e le associazioni professionali individuate
- Sono organizzati incontri con gli infermieri clinici esperti per illustrare il progetto
- Sono organizzati corsi sulla ricerca bibliografica e sull'EBN base ed avanzato con la collaborazione dei centri EBN nazionali ed internazionali
- E' creato un network degli infermieri clinici esperti e degli esperti in EBN che hanno contribuito alla loro formazione
- Sono organizzati incontri con gli infermieri delle unità interessate
- Sono organizzati eventi formativi per l'aggiornamento degli infermieri
- E' promosso il cambiamento dei protocolli assistenziali di reparto relativamente ai problemi individuati
- Sono registrati ed evidenziati gli esiti sui pazienti

5. METODOLOGIA

Disegno dello studio

Il progetto sarà svolto sotto forma di ricerca-azione che permetterà di valutare l'efficacia del progetto pianificato nelle varie fasi costitutive.

La prima fase prevede l'individuazione e la formazione delle figure degli infermieri clinici esperti (ICE) in EBP e l'individuazione dei clinical nurse leader (CNL) tra gli ICE formati o gli infermieri esperti in EBP già presenti nei contesti individuati di pratica clinica.

La seconda fase prevede l'avvio di progetti di miglioramento della pratica clinica nei contesti clinici in cui sono inseriti i CNL, attraverso anche la creazione di una rete formale ed informale tra CNL e tra CNL ed esperti nazionali ed internazionali, con l'ausilio anche di una piattaforma informatica.

La terza fase prevede la valutazione della ricaduta dei progetti sull'assistenza nelle unità operative selezionate sulla base di indicatori specifici di risultato definiti nella seconda fase.

Campione

Saranno selezionati circa 20 infermieri esperti (clinical nurse leader in EBP) che lavorano presso 3-4 ASL romane nelle aree della disabilità (neurologia, geriatria, reumatologia) e delle malattie cardiovascolari.

Strumenti 1 fase

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

Procedure 1 fase

Il progetto si basa principalmente sulla formazione di un gruppo di infermieri esperti clinici con elevate capacità di leadership che costituiranno a loro volta dei gruppi operativi (task force) costituiti da infermieri clinici, che applicheranno le strategie di implementazione della *evidence based practice* prima citate. La loro presenza capillare nei contesti clinici permetterà anche di individuare quali problemi di pratica clinica non hanno ancora una soluzione efficace e darà indicazione ai ricercatori sui possibili campi di indagine.

6. RISULTATI ATTESI

Saranno formati 20 infermieri Clinical Nurse Leader, con competenze avanzate in EBN, capaci di costituire task force in grado di innovare la pratica clinica infermieristica, nelle Aziende Sanitarie individuate.

Indicatori

- -Sono individuate le caratteristiche che devono possedere gli infermieri per essere arruolati come potenziali CNL;
- -Sono Individuati almeno 20 CNL;
- -I CNL hanno partecipato ad almeno il 90% degli incontri del corso di formazione in EBN.

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 che possono fungere da intermediari tra ricerca e applicazione dei risultati della ricerca potrebbe rilevarsi un modello efficace riproponibile anche in altri contesti di pratica.

7. PIANIFICAZIONE

DESCRIZIONE ATTIVITÀ	RISORSE IMPEGNATE	DURATA
0	Costituzione del gruppo di progetto.	Sala Collegio 1 pomeriggio
1	<p>Organizzazione di una riunione nella sede del Collegio, nel mese di maggio 2011, con i responsabili delle sezioni regionali delle Associazioni professionali e con i Direttori/Dirigenti dei Servizi Infermieristici romani per presentare il progetto e chiedere la loro disponibilità a farne parte.</p> <p>Raccolta delle candidature volontarie delle strutture presso il Collegio anche tramite comunicazione personale o e-mail al responsabile del polo.</p> <p>Nel caso di un numero di candidature superiore a 3, il comitato del polo si riunirà presso il Collegio per valutare, sulla base di criteri stabiliti, in quali Asl attuare il progetto e ne darà comunicazione alle direzioni interessate.</p>	<p>Sala Collegio per la riunione.</p> <p>Personale amministrativo per la preparazione della convocazione e per i contatti telefonici e per posta elettronica.</p> <p>1 pomeriggio</p> <p>1 amministrativo per 2 o 3 giorni.</p>
2	<p>Incontro del comitato del polo per definire i criteri di selezione dei nurse clinical leader da comunicare ai dirigenti dei servizi infermieristici selezionati. Tali criteri terranno conto, tra l'altro, dell'esperienza clinica dell'infermiere nell'area individuata come prioritaria, delle caratteristiche di leadership, del curriculum professionale e delle attività formative, nonché della conoscenza della lingua inglese.</p> <p>Comunicazione dei criteri ai dirigenti dei servizi selezionati durante un incontro organizzato nella sede del Collegio o presso le direzioni infermieristiche delle aziende.</p> <p>Comunicazione al responsabile del polo, da parte dei dirigenti dei servizi, dei nominativi di possibili candidati, anche tramite e-mail (almeno 40 infermieri).</p> <p>Selezione degli infermieri clinici esperti attraverso valutazione del curriculum e/o colloquio motivazionale.</p>	<p>Sala Collegio per la riunione</p> <p>4 pomeriggi</p>
3	<p>Pianificazione di almeno 4 edizioni di un corso residenziale sulla ricerca bibliografica, in collaborazione con il polo 3, per fornire le conoscenze base per la ricerca della letteratura scientifica, della durata di 3 giorni, e di almeno un'edizione di un corso sull'EBN della durata di 4 giorni, suddivisi in più moduli, per permettere la partecipazione di tutti gli ICE.</p> <p>I docenti dovranno essere esclusivamente esperti nazionali ed internazionali di EBN (ad es. Centro McMaster Canadese, Centro EBN italiano del S.Orsola) che predisporranno un programma di formazione sulla base delle necessità formative individuate dai responsabili del polo.</p>	<p>Sala collegio per riunione</p> <p>3 pomeriggi</p>
4	Realizzazione degli eventi formativi, con la partecipazione ad almeno il 90% delle lezioni di tutti i candidati CNL.	<p>Comitato scientifico, docenti, tutor</p> <p>Sala Collegio nella</p> <p>14 giorni complessivamente</p>

9. BIBLIOGRAFIA

Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group. *Br Med J* 1998;317(7156):465-8.

Accordo per la realizzazione degli obiettivi prioritari del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2009. Disponibile presso: <http://www.salute.gov.it/dettaglio/phPrimoPianoNew.jsp?id=230>. [Accesso 30 apr 2011].

Milner M, Estabrooks CA. Research utilization and clinical nurse educators: a systematic review. *J Eval clin pract* 2006;12(6):639-55.

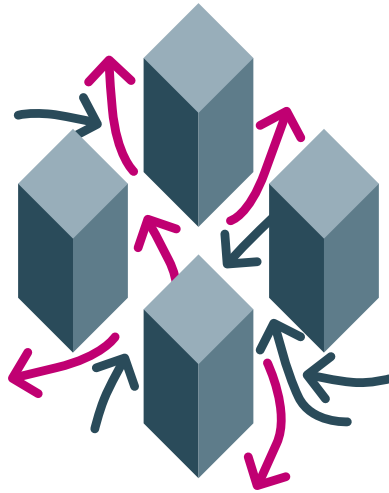
Speziale Streubert H, Carpenter D. *La ricerca qualitativa: un imperativo umanistico*. Napoli: Idelson-Gnocchi; 2005.

Thompson C, McCaughan D, Cullum N, Sheldon TA, Mulhall A, Thompson DR. Research utilization in nurses' clinical decision-making: what is useful? *J Adv Nur* 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. *Nurs outlook* 2002;50:204-12.



Collegio Ipasvi di Roma



Centro di Eccellenza
per la Cultura
e la Ricerca Infermieristica