



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Infermieristica

**“Approccio Evidence-Based degli  
Infermieri per l’assunzione delle decisioni  
nella pratica clinico-assistenziale.”**

Relatrice: Chiar.ma  
**Prof.ssa Valentina Simonetti**

Tesi di Laurea di:  
**Chiara De Iuliis**

Correlatore: Chiar.ma  
**Prof.ssa Marida Andreucci**

A.A. 2018/2019

Alla mia Mamma ed al mio Papà,

semplicemente voi ci siete,

semplicemente voi amate,

Grazie di tutto.

## Indice

<b>CAPITOLO 1 LA RICERCA INFERMIERISTICA</b> .....	1
<b>1.1 Definizione e caratteristiche della ricerca infermieristica</b> .....	1
<b>1.2 Metodologia della ricerca</b> .....	2
<b>1.3 Classificazione</b> .....	4
<b>1.4 Ambiti della ricerca infermieristica</b> .....	5
<b>1.5 Sviluppo della ricerca in Italia cenni storico-normativi</b> .....	6
<b>1.6 L'importanza della ricerca</b> .....	10
<b>1.7 Problemi etici nella ricerca infermieristica</b> .....	11
<b>CAPITOLO 2 L'”EVIDENCE BASED PRACTICE”</b> .....	16
<b>2.1 Definizione di Evidence Based Practice</b> .....	16
<b>2.3 La decisione clinico-assistenziale: il cambio di paradigma</b> .....	20
<b>2.4 Benefici, ostacoli e limiti allo sviluppo di una pratica basata sull'evidenza</b> .....	22
<b>2.4 EBN il processo</b> .....	26
<b>CAPITOLO 3 STUDIO OSSERVAZIONALE</b> .....	33
<b>3.1 Introduzione</b> .....	33
<b>3.2 Obiettivo</b> .....	36
<b>3.3 Materiali e metodi</b> .....	36
<b>Disegno di studio</b> .....	36
<b>Partecipanti e centri</b> .....	36
<b>Criteri di inclusione</b> .....	36
<b>Criteri di esclusione</b> .....	36
<b>Procedura di studio</b> .....	37
<b>Descrizione dello strumento di raccolta dati</b> .....	37
<b>3.4 Analisi statistica</b> .....	37
<b>3.5 Considerazioni etiche</b> .....	39
<b>3.6 Risultati</b> .....	39
<b>Dati anagrafici, attività professionale e percorsi formativi</b> .....	40
<b>Le fonti del sapere che gli infermieri trasferiscono nella pratica clinico-assistenziale</b> .....	42

<b>Confronto relativo alle risposte del questionario fornite dagli intervistati in base al livello di formazione .....</b>	<b>43</b>
<b>Confronto relativo alle risposte del questionario fornite dagli intervistati in base all'anzianità di servizio .....</b>	<b>49</b>
<b>Confronto relativo alle risposte del questionario fornite dagli intervistati in base alla regione di appartenenza. ....</b>	<b>52</b>
<b>La lettura delle riviste infermieristiche e la partecipazione all'attività scientifica .....</b>	<b>54</b>
<b>Barriere nell'implementazione dell'EBP .....</b>	<b>55</b>
<b>3.7 Discussioni.....</b>	<b>56</b>
<b>3.8 Limiti dello studio .....</b>	<b>60</b>
<b>3.9 Conclusioni.....</b>	<b>61</b>
<b>CAPITOLO IV: APPENDICE .....</b>	<b>62</b>
<b>4.1 Bibliografia .....</b>	<b>62</b>
<b>4.2 Allegati .....</b>	<b>67</b>
<b>Allegato 1: Strumento di raccolta dati .....</b>	<b>67</b>
<b>Allegato 2: Consenso informato.....</b>	<b>70</b>
<b>4.3 Ringraziamenti .....</b>	<b>71</b>

# **CAPITOLO 1 LA RICERCA INFERMIERISTICA**

## **1.1 Definizione e caratteristiche della ricerca infermieristica**

Con il termine ricerca si definisce “un processo intenzionale, sistematico, oggettivo e circolare finalizzato a confermare, modificare e aumentare le conoscenze sulla realtà fattuale e sui legami tra i diversi fenomeni” (Casati, 2005)

Diversi autori hanno dato la loro definizione alla ricerca:

- “Raccolta dei dati effettuata in una situazione rigorosamente controllata con fini di previsione e di spiegazione”; (Nkowane, 1993).
- “Indagine rigorosa e sistematica, condotta su piccola scala con dei metodi a misura del soggetto, e tendente ad apportare alle conoscenze, dei contributi conoscitivi suscettibili di generalizzazione;” (Department of Health London, 1993).
- “Indagine sistematica sui fenomeni che interessano la scienza infermieristica, per conoscere: l’adattamento individuale e di gruppo nei confronti di problemi reali e potenziali di salute, gli ambienti che ledono la salute degli individui, gli interventi terapeutici che hanno incidenza sull’evoluzione della malattia e sulla promozione della salute”. (Royal College of Nursing London, 1993).

Notiamo come il fulcro di ogni definizione sia: un approccio sistematico ed un metodo rigoroso per l’acquisizione di nuove conoscenze.

Per fare ricerca bisogna conoscere il metodo scientifico che non è il problem solving, spesso usato come sinonimo di ricerca; poiché esso utilizza la conoscenza prodotta, la ricerca, invece, mira a generare una nuova conoscenza. L’indagine scientifica è un processo attraverso cui i dati osservabili e verificabili del mondo che ci circonda sono raccolti attraverso i sensi, per descrivere, spiegare e prevedere gli eventi. Il metodo scientifico consta di varie fasi che sono rappresentate dalla selezione e definizione di un problema, dalla formulazione delle domande di ricerca o delle ipotesi, dalla raccolta e analisi dei dati e dalla comunicazione dei risultati. Due caratteristiche uniche del metodo scientifico, non presenti negli altri modi della conoscenza sono l’obiettività e l’uso dei dati empirici. L’obiettività, è la capacità del ricercatore di preservare il più possibile l’indagine scientifica dalle proprie credenze, valori e atteggiamenti. Il termine dati empirici si riferisce al fatto che essi sono evidenti e documentati e, in quanto tali, provengono dalla realtà piuttosto che dalle opinioni personali del ricercatore. Soltanto se il metodo di indagine è obbiettivo e in grado di raccogliere dati empirici, altri ricercatori potranno

fiducia nei risultati. Applicare il metodo scientifico significa verificare un'idea, un'intuizione o un'ipotesi. Il valore del metodo scientifico è che esso è replicabile da altri ricercatori. La replicabilità, un altro aspetto importante nella ricerca, è la possibilità che ha uno studio di essere ripetuto utilizzando le medesime variabili e metodi. Grazie alla possibilità di essere replicati, i risultati di uno studio possono essere verificati ed accresciuti di ulteriore validità, aumentandone il livello di generalizzabilità. La ricerca infermieristica non è altro che l'applicazione del metodo scientifico allo studio dei fenomeni di interesse per la professione infermieristica. Una delle maggiori sfide per il nursing è l'acquisizione di conoscenze affidabili e valide, relative ai problemi di salute, alle risorse in campo sanitario, ai bisogni ed alle azioni infermieristiche, nonché agli effetti dell'assistenza sulla salute, il benessere e la vita degli individui e dei gruppi, sia in istituzioni sanitarie che in strutture di comunità. Per realizzare tutto ciò devono trovare applicazione, ed ulteriore sviluppo, appropriate metodologie e metodi di ricerca. E' difficile definire una teoria perché esistono molti campi di indagine che contribuiscono allo sviluppo della conoscenza infermieristica.

Per osservare le situazioni e i fenomeni si possono usare due tipi di ragionamenti:

- Un ragionamento induttivo; un processo che parte dai dettagli dell'esperienza fino ad arrivare ad un quadro generale;
- Un ragionamento deduttivo; un processo che parte da un quadro generale e procede poi in una specifica direzione per la pratica e per la ricerca.

Sia il ragionamento induttivo che quello deduttivo sono i modelli teorici fondamentali della ricerca. Il ragionamento induttivo costituisce l'esempio dell'"immaginare cosa c'è" a partire dai dettagli dell'esperienza pratica delle scienze infermieristiche e costituisce il fondamento della maggior parte delle indagini qualitative di natura percettiva: che considera la natura unitaria della vita umana. Invece il ragionamento deduttivo parte da una struttura che guida una ricerca di "cosa c'è" ed è associato agli studi quantitativi di natura ricettiva: che considera la natura composita dell'uomo.

## **1.2 Metodologia della ricerca**

La ricerca infermieristica, come già detto in precedenza, si avvale di metodi sistematici e rigorosi che seguono un disegno ben preciso al fine di acquisire nuove conoscenze. E' un processo circolare di risoluzione dei problemi che, nel rigore della logica, raccoglie dati, li analizza, li elabora traendone nozioni generalizzabili evitando rischio di influenze e alterazioni

da parte del ricercatore. La ricerca produce quindi conoscenze condivise e accettate purché possieda le seguenti caratteristiche:

- “Neutralità”
- Merito scientifico
- Verificabilità
- Riproducibilità
- Pertinenza rispetto alla pratica e al problema.

La ricerca è strutturata in fasi:

- *Individuazione del problema (quesito)*: individuare cosa si intende indagare partendo dal problema concreto; individuare ogni variabile che sia in grado di influenzarlo modificando i dati (età, campione, tempo ecc);
- *Revisione della letteratura*: deve essere svolta una rigorosa e approfondita ricerca bibliografica che riesca a valutare le principali informazioni che riguardano il quesito di ricerca;
- *Individuazione delle ipotesi di studio*: dichiarare cosa si intende dimostrare, quale fattore indagare, se tra due fenomeni esiste una relazione, se un determinato “trattamento” è in grado di determinare un cambiamento rispetto ad una situazione preesistente;
- *Progettazione della ricerca*: dichiararne il metodo (descrittivo, di relazione o, infine, sperimentale) ed il disegno in termini di programma, di struttura e di strategia per controllarne ogni momento come ad esempio il tempo.
- *Individuazione del campione*: individuare il target, i criteri di selezione e di esclusione;
- *Individuazione degli strumenti di misura*: in base alle ipotesi di ricerca e delle variabili individuate verranno progettati e prodotti gli strumenti (indicatori, questionari, modelli di interviste) attraverso cui si raccoglieranno i dati.
- *Esecuzione della ricerca*: seguire precisamente il disegno ed il metodo di ricerca per il tempo previsto.
- *Raccolta e analisi dei dati*: i dati raccolti da strumenti, questionari, interviste o altro, saranno raccolti ed elaborati.
- *Pubblicazione e distribuzione dei dati*: evitare che la ricerca si fermi alla fase precedente e finisca in un cassetto, sarebbe stato un lavoro inutile. La diffusione può essere stata pensata per una singola U.O., per un presidio ospedaliero, ma deve poter essere

condivisa anche dall'intera comunità scientifica e quindi collocata su una piattaforma informatica e divenire patrimonio comune.

### 1.3 Classificazione

La qualità di una ricerca è determinata da:

- Rigore metodologico
- Buona progettazione
- Tipo di studio
- Ampiezza del campione.

In base alla qualità della ricerca e quindi alla loro capacità di restituire risultati validi ed utili permette di stilare la "Piramide delle evidenze" che crea una vera e propria graduatoria d'efficacia.

1. Revisione sistematica: revisione nella quale tutti gli studi su un certo argomento sono stati sistematicamente identificati, valutati e riassunti secondo criteri predeterminati
2. Trial randomizzato: studio che arruola casualmente il campione. E' possibile arruolare un secondo gruppo, in questo caso uno dei due gruppi è sperimentale, l'altro funge da controllo;
3. Studio di coorte: disegno di studio non sperimentale che analizza un gruppo di persone (coorte) andando a verificare come gli eventi differiscano all'interno del gruppo
4. Studio caso-controllo: disegno di studio che esamina un gruppo di persone che hanno avuto un certo evento (solitamente avverso) e un gruppo che non lo ha avuto per verificare esposizione a fattori sospetti
5. Opinione di esperti: è la medicina delle eminenze più che delle evidenze.

Inoltre, sulla base degli obiettivi di uno studio e il controllo effettuato sulle variabili si può stipulare una classificazione dei vari tipi di ricerca.

1. Ricerca di base: il suo scopo è quello di ottenere dati empirici che possano essere utilizzati per sviluppare, affinare o testare una teoria senza valutare un'applicazione immediata
2. Ricerca applicativa: si presuppone lo scopo di produrre una conoscenza utilizzabile nella pratica, modificandone le pratiche correnti



3. Ricerca sperimentale: è uno studio in cui il ricercatore manipola e controlla una o più variabili, osservandone gli effetti su altre variabili. Si applica un “trattamento” controllandone gli effetti
4. Ricerca non sperimentale: Vengono utilizzati principalmente studi descrittivi o esplorativi. L’obiettivo del ricercatore è descrivere ciò che già esiste
5. Ricerca retrospettiva: prende in esame dati già raccolti ad esempio da cartelle cliniche nelle quali sono riportati eventi già verificati e variabili già misurate.
6. Ricerca prospettica: Prende in esame dati raccolti nel presente al fine di formare intuizioni e pianificare azioni che devono essere realizzate in un momento futuro del tempo.
7. Ricerca longitudinale: raccoglie i dati in momenti differenti su una coorte di soggetti seguiti nel tempo per conoscere l’andamento di alcune variabili.
8. Ricerca trasversale: raccoglie i dati in un determinato momento senza follow up. I risultati sono una misurazione di quello che esiste al momento della raccolta.

#### **1.4 Ambiti della ricerca infermieristica**

Il campo della ricerca è vasto tanto quanto quello dell’assistenza infermieristica e si fonde perfettamente con quello che è l’essenza della professione stessa, ossia: parte integrante della cura sanitaria, promotrice della salute, della prevenzione della malattia e dell’indipendenza dell’assistito. Gli ambiti della ricerca infermieristica riguardano: - lo sviluppo delle conoscenze, al fine di fornire delle cure sanitarie reali ed efficaci; - la realizzazione di un Nursing sicuro, responsabile, affidabile, come processo di soluzioni dei problemi; -la creazione di metodi, modelli e strumenti per la verifica della qualità dell’assistenza, con lo scopo quindi di realizzare un efficace equilibrio tra la qualità ed il rapporto costo-beneficio. Gli ambiti della ricerca in generale:

1. Ambito organizzativo/gestionale,
2. Ambito formativo,
3. Ambito della ricerca,
4. Ambito clinico, declinato nelle varie specializzazioni dettate nel comma 566 della Legge di Stabilità 2015 (legge 23 dicembre 2014, n. 190, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 29 dicembre)

4.1 Cure primarie e servizi territoriali/distrettuali (infermiere di famiglia),

4.2 Area intensiva e dell’emergenza/urgenza,

4.3 Area medica,

4.4 Area chirurgica,

4.5 Area neonatale e pediatrica,

4.6 Area di salute mentale e dipendenze.

La ricerca può e deve essere condotta in tutti gli ambiti lavorativi della professione infermieristica. Qualunque sia il contesto, la ricerca infermieristica tende a sottolineare come gli infermieri possano esercitare un'influenza positiva sui fattori che contribuiscono a migliorare la salute ed a ridurre al minimo gli effetti della malattia.

### **1.5 Sviluppo della ricerca in Italia cenni storico-normativi**

Per definire lo sviluppo della ricerca infermieristica nel nostro Paese è opportuno considerare le varie tappe del percorso storico-normativo della professione infermieristica, laddove si evidenziano indirizzi e contenuti riguardante la ricerca infermieristica stessa, al fine di conoscere e valutare gli ambiti, le possibilità e gli spazi normativi. Di seguito le tappe normative più significative, che rendono l'idea del percorso nel quale si è sviluppata la ricerca infermieristica in Italia:

- Il D.P.R. 31.10.74 n. 878 “modificazioni allo Statuto dell'Università degli Studi di Milano”, istituisce dall'anno scolastico 1975/76, la Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche (S.U.D.I.) di durata biennale; è la terza scuola universitaria in Italia con un programma nuovo, elaborato con la consulenza O.M.S. Nel piano studio della scuola è previsto al II anno un corso di ricerca infermieristica.
- Il D.P.R. 20.12.79 n. 761 “stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali”, all'articolo 45 tratta le attività didattiche, di ricerca e di aggiornamento tecnico-scientifico, riportando che “il personale appartenente ai profili professionali per i quali è richiesto il possesso di un diploma di laurea o di un titolo di abilitazione professionale può, a domanda, essere autorizzato ad assumere incarichi di insegnamento o di ricerca scientifica sempre che compatibili con i doveri del servizio e non configuranti un distinto rapporto di impiego...”
- A livello di normativa universitaria, il D.P.R. 11.7.1980 n. 382 “riordinamento della docenza universitaria, relativa fascia di formazione nonché sperimentazione organizzativa e didattica”, introduce un nuovo assetto della docenza universitaria, istituendo il ruolo dei Ricercatori universitari che “contribuiscono allo sviluppo della

ricerca scientifica universitaria ed assolvono a compiti didattici integrativi dei corsi di insegnamento ufficiali”. Si rileva inoltre che l’Università è sede primaria della ricerca scientifica. Infatti, il contributo maggiore nel campo della ricerca, è proprio fornito dalle università, sedi primarie, per definizione, di ricerca.

- La Legge regionale della Lombardia 31.8.1981 n. 53 “procedure relative all’attuazione delle ricerche nel settore sanitario”, ove si dice che la Regione ai fini della formazione e dell’attuazione del Piano Sanitario Regionale lombardo, promuove l’organizzazione e ad obiettivi diversi lo svolgimento delle ricerche finalizzate. La Regione Lombardia ha quindi adottato un piano delle ricerche finalizzate di interesse regionale nel campo sanitario (aperto ad ASL, Enti culturali, sanitari e scientifici, gruppi di ricercatori o ricercatori singoli), non escludendo agli infermieri o a gruppi di infermieri, la possibilità di realizzare ricerche in ambito sanitario, di natura infermieristica, con le modalità ed i requisiti stabiliti dalla legge stessa. Ogni Regione italiana probabilmente attraverso proprie leggi, dovrebbe aver regolato le procedure per l’attuazione delle ricerche in campo sanitario.
- La Legge 19.11.1990 n. 341 “riforma degli ordinamenti didattici universitari”, che chiarisce e riordina i corsi universitari esistenti, all’articolo 1, stabilisce che “le università rilasciano i seguenti titoli:
  - A. diploma universitario (DU)
  - B. diploma di laurea (DL)
  - C. diploma di specializzazione (DS)
  - D. dottorato di ricerca (DR)
- I corsi di Dottorato di Ricerca sono regolati dal D.P.R. n. 382/80, già citato, che istituisce il dottorato di ricerca quale titolo accademico valutabile nell’ambito della ricerca scientifica. Esso si consegue in seguito allo svolgimento d’attività di ricerca successiva al conseguimento della laurea. Gli infermieri italiani hanno finalmente raggiunto il traguardo della laurea, che permetterà l’acquisizione a livelli più alti di questo titolo, avvicinandoli ad altri paesi nei quali il “dottorato di assistenza infermieristica” è una realtà raggiunta anche dagli infermieri che consente, anche nel campo dell’assistenza infermieristica, un impegno di questo genere.
- Il D.M. del Ministero della Sanità 14.9.1994 n. 739 “regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’infermiere”, individua appunto profilo dell’infermiere, definito forse impropriamente come “operatore sanitario”, dopo aver riportato le funzioni alle quali lo stesso è chiamato a

partecipare, al punto 4 sancisce che “l’infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all’aggiornamento relativo al proprio profilo professionale ed alla ricerca”. Quindi, ancora una volta, da una disposizione normativa, si nota e si afferma come il campo della ricerca, ovviamente infermieristica, sia un qualcosa che ha a che fare con l’infermiere; lo stesso è chiamato a partecipare a livelli diversi, utilizzando ciò che la ricerca scopre e proponendo ciò che la ricerca potrebbe indagare o ancora, realizzando una ricerca, al fine di comprendere la natura del comportamento umano in situazione di salute e malattia e ad intensificare gli interventi ai quali possono ricorrere gli infermieri per attenuare e migliorare le relazioni dei pazienti (per esempio, auto-cure, trattamento del dolore..). Infatti la ricerca infermieristica ricopre tutti gli aspetti dell’assistenza infermieristica e della professione infermieristica e, come per la pratica infermieristica, pone l’accento sulla persona cliente/paziente

- Profilo professionale D.M. 739/94 “il professionista contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre all’aggiornamento del proprio profilo professionale e alla ricerca”
- Legge 251/2000 sulla determinazione delle classi di lauree universitarie delle professioni sanitarie “[...] tali operatori concorrono direttamente all’aggiornamento relativo al loro profilo professionale e alla ricerca [...]”
- Anche il provvedimento normativo sulla formazione, il Decreto 2.4.2001 del MURST “determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie” laddove si esplicita la classe delle lauree nelle “professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica”, riconferma per i laureati nell’ambito della professione sanitaria d’infermiere, le attribuzioni già previste nel Decreto del Ministero della sanità n.739/94 (già sopra ricordato); in particolare, gli infermieri laureati “contribuiscono alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all’aggiornamento relativo al proprio profilo professionale ed alla ricerca.”
- Nel Decreto 2.4.2001 del MURST “determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie” nell’esposizione della classe delle lauree specialistiche nelle “scienze infermieristiche e ostetriche” tra gli obiettivi formativi qualificanti si recita “i laureati specialisti nella classe possiedono una formazione culturale e professionale avanzata per intervenire con elevate competenze nei processi assistenziali, gestionali, formativi e di ricerca in uno degli ambiti pertinenti alle diverse professioni sanitarie comprese nella classe (infermiere, ostetrica/o,

infermiere pediatrico). I medesimi laureati specialisti che “hanno acquisito le necessarie conoscenze scientifiche, [...] e hanno ulteriormente approfondito lo studio della disciplina e della ricerca scientifica [...] sono in grado di esprimere competenze avanzate di tipo assistenziale, educativo e preventivo in risposta ai problemi prioritari di salute della popolazione e ai problemi di qualità dei servizi [...]” Le conoscenze metodologiche acquisite consentono loro anche di intervenire nei processi formativi e di ricerca peculiari degli ambiti suddetti. Le competenze dei laureati specialisti nella classe comprendono, tra le altre: utilizzare i metodi e gli strumenti della ricerca, pertinenti alla figura professionale, nelle aree cliniche assistenziali, nell’organizzazione e nella formazione”. Inoltre, i laureati specialisti nella classe acquisiscono la capacità di: “Applicare i risultati di ricerche pertinenti per migliorare la qualità dell’assistenza, effettuare una ricerca bibliografica”. Gli stessi sono in grado di: “Applicare i fondamenti metodologici della ricerca scientifica all’assistenza, all’organizzazione dei servizi pertinenti e alla ricerca; approfondire i fondamenti teorici disciplinari al fine di analizzarli criticamente, produrre modelli interpretativi, orientare la ricerca e l’assistenza pertinente; progettare e rendere operativi modelli assistenziali innovativi basati su risultati di ricerca per la prevenzione e gestione dei problemi prioritari di salute della comunità; verificare l’applicazione dei risultati di ricerca in funzione del continuo miglioramento di qualità dell’assistenza; sviluppare la ricerca e l’insegnamento riguardo a specifici ambiti della disciplina pertinente alla specifica figura professionale e dell’assistenza”.

- Nella Legge numero 24 dell’8 marzo 2017 (cd. Legge Gelli-Bianco) all’art. 5 nel quale comma 1 gli operatori sanitari sono tenuti, nell’esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, ad attenersi alle raccomandazioni previste dalle linee guida (trattandosi di sintesi delle migliori evidenze scientifiche, permettono di definire standard assistenziali e criteri di appropriatezza con cui valutare le performance di professionisti e organizzazioni sanitarie e, pur mantenendo un orientamento più culturale che normativo, possono essere utili riferimenti nel contenzioso medico-legale) pubblicate ed elaborate da enti e istituzioni pubbliche e privati, nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco. Qualora dovessero mancare le suddette raccomandazioni, i professionisti sanitari si atterranno alle buone pratiche clinico-assistenziali. A tal proposito l’ulteriore novità del ddl Gelli definisce anche i requisiti che devono possedere le società

scientifiche e le associazioni tecnico-scientifiche, attraverso un successivo decreto del Ministero della Salute.

- Il Consiglio Nazionale dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche il 13 aprile 2019 ha approvato il testo del nuovo Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche. Tra le diverse novità inserite all'interno, al Capo II, "Responsabilità assistenziale", spicca l'importanza della ricerca infermieristica come dettato dall'art. 9 e dell'art. 10:  
Art. 9 L'Infermiere riconosce il valore della ricerca scientifica e della sperimentazione. Elabora, svolge e partecipa a percorsi di ricerca in ambito clinico assistenziale, organizzativo e formativo, rendendone disponibili i risultati.  
Art. 10 L'Infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica e aggiorna le competenze attraverso lo studio e la ricerca, il pensiero critico, la riflessione fondata sull'esperienza e le buone pratiche, al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle attività. Pianifica, svolge e partecipa ad attività di formazione e adempie agli obblighi derivanti dal programma di Educazione Continua in Medicina.

### **1.6 L'importanza della ricerca**

“La ricerca offre una base di conoscenze, scientifiche e specialistiche, che consentono alla professione infermieristica di prevenire e soddisfare le sempre mutevoli richieste e di sviluppare un ruolo rilevante all'interno della società”. (Lo Biondo, 2004)

L'introduzione di Lo Biondo mette in evidenza come la ricerca e lo sviluppo dell'assistenza infermieristica diventano sempre più essenziali per far fronte a nuovi e più ampi problemi sanitari e sociali, che hanno avuto come origine:

- Invecchiamento della popolazione che porta con sé l'aumento delle patologie croniche
- Problemi sanitari e di disabilità
- Stili di vita che possono portare a malattie croniche
- L'aumento del numero di persone che soffrono per problemi derivanti da incidenti
- L'aumento delle malattie a carattere maligno, ivi comprese le immunodeficienze
- L'aumento dei problemi cardiovascolari e di malattie delle vie respiratorie e del metabolismo
- L'aumento delle tecnologie mediche, compresi gli aiuti meccanici alla vita, trapianti d'organo e gli interventi di carattere genetico
- Le crescenti attese degli utenti di assistenza sanitaria

In particolare gli sviluppi tecnici e le nuove avanguardie mediche aumentano il numero di quanti hanno bisogno di assistenza infermieristica. Inoltre, i costi, da un punto di vista umano, sociale ed economico, sono altissimi. Pertanto, i sistemi di assistenza sanitaria non devono più focalizzarsi solo sulla cura bensì sulla prevenzione e sulla promozione della salute, campi nei quali l'assistenza infermieristica ha un ruolo di vitale importanza. Il Consiglio Internazionale delle Infermiere (I.C.N.) nel suo rapporto del 1986 ha dato delle indicazioni tuttora valide:

“la ricerca è una necessità attuale, poiché consente la realizzazione e la valutazione della pratica favorendo quindi il miglioramento qualitativo dell'assistenza individuale e di comunità, sia essa preventiva, curativa, palliativa o volta alla riabilitazione. La ricerca infermieristica permette di definire e di validare le conoscenze, in modo da poterle diffondere e consente di migliorare la formazione pratica iniziale e quella in corso di servizio. In ultima analisi essa favorisce il miglioramento della professione. La ricerca infermieristica si occuperà principalmente dell'assistenza infermieristica e della sua valutazione, della pianificazione ed organizzazione dell'assistenza sanitaria, della professione e della sua storia. Gli infermieri dovranno essere in grado di collaborare all'individuazione di strategie ed alla determinazione delle priorità, tramite la ricerca su obiettivi e la valutazione. La ricerca infermieristica aiuta anche ad estendere la collaborazione a settori scientifici ed a far conoscere a teams multi professionali e multidisciplinari i problemi dell'assistenza infermieristica”.

Con il grado di disciplina accademica e professionale, la pratica clinica è parte integrante delle attività infermieristiche, come pure la formazione dei nuovi professionisti e l'amministrazione dei servizi infermieristici. La ricerca infermieristica indaga in modo sistematico ognuna di queste aree. Gli infermieri fondano le loro decisioni cliniche su informazioni scientifiche documentate, agiscono in modo professionale, contribuiscono a sviluppare l'identità dell'infermieristica e promuovono l'eccellenza nella pratica attraverso lo sviluppo della conoscenza.

### **1.7 Problemi etici nella ricerca infermieristica**

Nel condurre la ricerca, gli infermieri devono impegnarsi ad osservare i codici etici e principi di carattere generale che si applicano a tutte le discipline. La ricerca infermieristica solleva importanti problemi deontologici, i principali riguardano la salvaguardia dei diritti e dell'autonomia degli individui che accettano di diventare soggetti di ricerca. Poiché gli studi infermieristici vertono principalmente su soggetti umani è importante che si operi con un substrato di conoscenze etiche. Per garantire la suddetta protezione, la professione

infermieristica ha sviluppato linee guida che traggono i loro principi base dal codice di Norimberga (1947) e dalla Dichiarazione di Helsinki (1964).

Il Codice di Norimberga è la prima pietra miliare nel campo della bioetica della sperimentazione umana. E' stato redatto nel 1947 in seguito alla sentenza che il Tribunale Internazionale ha emesso in quella città al termine del processo contro i medici nazisti che avevano eseguito criminali esperimenti nei campi di sterminio su prigionieri di guerra ed anche bambini. La sua importanza risiede nel fatto che per la prima volta viene introdotto il concetto del consenso informato di un soggetto a partecipare ad uno studio clinico dopo avere ricevuto informazioni circostanziate sugli scopi, le modalità di esecuzione dello stesso e sui possibili rischi inerenti alla partecipazione. I principi fondamentali su cui si basa il Codice di Norimberga sono:

1. Assolutamente necessario è il consenso libero degli individui. La persona in questione deve avere la capacità legale di dare il consenso, deve essere in grado di esercitare il libero arbitrio senza l'interventi di alcun elemento coercitivo, inganno, falsità, o altre forme d'imposizione o violenza; deve avere sufficiente conoscenza e comprensione degli elementi nella situazione in cui è coinvolto, tali da metterlo in posizione di prendere una decisione cosciente e illuminata.
2. L'esperimento deve essere tale da produrre risultati vantaggiosi con sufficienti certezze.
3. L'esperimento deve essere basato su conoscenze già acquisite e i risultati attesi devono giustificare l'esperimento
4. L'esperimento deve evitare di causare danni e sofferenze fisiche e psicologiche non necessarie
5. Nessun esperimento può essere condotto quando sussiste un ragionevole sospetto che si possa verificare morte o disabilità
6. Il rischio non deve essere mai superiore all'entità del problema.
7. Devono essere attuate opportune precauzioni al fine di proteggere i progetti dai danni. Si dovrà eseguire una preparazione particolare, e dovranno essere usate particolari attenzioni al fine di mettere al riparo il soggetto dall'esperimento da possibilità anche remote di lesione, invalidità o morte
8. L'esperimento deve essere condotto solo da persone scientificamente qualificate. Sarà richiesto il più alto grado di capacità e attenzione in tutte le fasi dell'esperimento a coloro che lo conducono o vi sono in ogni modo coinvolti.
9. Nel corso di un trattamento i soggetti devono avere la possibilità d'interrompere l'esperimento.



10. Nel corso di un trattamento il ricercatore deve essere preparato per interrompere l'esperimento se si ravvisa la possibilità che una continuazione dello stesso porterebbe danni, disabilità o morte del soggetto.

La Dichiarazione di Helsinki è il documento deontologico sulla sperimentazione clinica stilato dalla World Medical Association (WMA) [Associazione Medica Mondiale] in occasione della sua diciottesima assemblea tenutasi ad Helsinki nel 1964. In questo documento vengono enunciati i principi fondamentali cui si deve ispirare la ricerca clinica. In primo luogo viene affermato che lo scopo del medico è la salute del paziente, la sperimentazione sull'uomo viene considerata come il mezzo per lo sviluppo della medicina, si afferma che nel corso di questa attività devono essere prese tutte le precauzioni per evitare danni all'ambiente e preservare il benessere degli animali utilizzati nelle ricerche e che deve essere effettuata una attenta valutazione del rapporto rischi/benefici. Viene ribadita, inoltre, l'importanza del consenso informato. Tuttavia, mentre il trattato di Norimberga lasciava ancora la richiesta del consenso nell'ambito del rapporto deontologico diretto tra paziente e medico, la Dichiarazione di Helsinki ha introdotto una innovazione agli «attori della ricerca» che sono non solo lo sperimentatore e il soggetto della ricerca ma anche il Comitato indipendente, cui spetta il compito di esaminare, a garanzia esterna, il protocollo dello studio e fornire eventuali commenti e suggerimenti allo sperimentatore. Il documento venne riveduto nelle successive riunioni della stessa Associazione tenutesi a Tokyo (1975), Venezia (1983) e Hong Kong (1989). Quest'ultima revisione ha raccomandato che tale comitato operi in conformità alle leggi, ai regolamenti e alle tradizioni del Paese in cui si svolge lo studio. Viene qui riportata la traduzione dell'ultima versione del 1996 stilata nell'assemblea tenutasi a Somerset West, Repubblica del Sud Africa, nella quale viene per la prima volta considerata la possibilità di includere un placebo come trattamento di un gruppo di soggetti di controllo.

Tali articoli hanno ispirato L'American Nurses Association (ANA) che nel 1985 ha emanato due direttive per la ricerca infermieristica e i suoi problemi etici:

- Guidelines for investigation function of nurse: nel quale sono individuate le competenze generali riguardo la ricerca che dovrebbero avere gli infermieri ai vari livelli di formazione
- Human rights guidelines for nurses in clinical and other research: nel quale si enfatizzano I principi dichiarati nel codice di Norimberga sulla partecipazione

volontaria dei soggetti, la loro protezione e consenso informato come esplicitano le seguenti direttive:

- Direttiva 1: diritto all'autodeterminazione.

Attuazione: quando la partecipazione alle attività di ricerca rappresenta una condizione per l'assunzione, gli infermieri dovranno essere informati preventivamente per iscritto sulla natura delle attività implicate. Qualora essi non siano informati dovranno in ogni caso avere la possibilità di non partecipare alla ricerca

- Direttiva 2: diritto all'esenzione da rischi o danni.

Attuazione: i ricercatori dovranno tutelare il diritto a non subire danni stimando preventivamente i potenziali rischi emotivi o fisici e i benefici implicati nella ricerca. I soggetti vulnerabili e con limitazioni alla libertà, quali gli studenti, i pazienti, i carcerati, i minorati mentali, i bambini gli anziani e i poveri dovranno essere monitorati attentamente al fine di garantire la loro tutela contro eventuali fonti di rischio

- Direttiva 3: Scopo dell'utilizzo.

Attuazione: le direttive per la tutela dei diritti umani devono essere applicate a tutti gli individui, in altre parole a tutti i soggetti coinvolti nella ricerca. L'impiego di soggetti con

limitazioni alla libertà civile può essere giustificato solamente se la ricerca può dare risultati utili a loro stessi o a persone in condizioni simili.

- Direttiva 4: Responsabilità a sostenere lo sviluppo del sapere.

Attuazione: Gli infermieri hanno l'obbligo di sostenere lo sviluppo del sapere allo scopo di ampliare e approfondire le conoscenze scientifiche o le basi della pratica clinica infermieristica.

- Direttiva 5: consenso informato.

Attuazione: il diritto all'autodeterminazione viene protetto nel momento in cui si ottiene il consenso informato da parte del potenziale soggetto o di colui che ne ha la tutela legale

- Direttiva 6: partecipazione alla commissione istituzionale per la revisione.

Attuazione: con il grado di professionisti responsabili verso il pubblico, composto dagli utenti dell'assistenza sanitaria, gli infermieri hanno l'obbligo di sostenere l'inclusione d'individui appartenenti alla loro categoria nei comitati istituzionali per la revisione. Gli infermieri devono inoltre analizzare le implicazioni etiche della ricerca in fase propositiva o attuativa. Tutti gli studi che implicano la raccolta di dati relativi a esseri umani, animali o documenti dovranno essere analizzati da una commissione per la

revisione composta da professionisti in campo sanitario e da rappresentanti dei cittadini, al fine di garantire la tutela dei diritti dei soggetti.

In conclusione possono essere sintetizzati 4 principi fondamentali nella ricerca infermieristica:

1. Il “principio di benevolenza”, che si riconduce ai benefici potenziali che i soggetti si attendono;
2. Il “principio della non malevolenza”, che implica l’astenersi dal peggiorare la situazione del paziente;
3. Il “principio del rispetto della dignità” e l’autonomia dell’individuo;
4. Il “principio di giustizia”, che si riferisce al diritto del paziente ad un trattamento imparziale ed alla riservatezza.

Per assicurarsi che i soggetti partecipano liberamente ad un processo di ricerca molte istituzioni e agenzie si avvalgono del lavoro di appositi comitati denominati Institutional review board (IRB). Questi comitati sono costituiti da un gruppo di revisori che hanno la responsabilità di controllare che il comportamento del ricercatore sia rispettoso dei principi etici e che gli studi non abbiano uno scarso valore scientifico. Essi sono composti da avvocati, laici e religiosi.

## CAPITOLO 2 L”EVIDENCE BASED PRACTICE”

### 2.1 Definizione di Evidence Based Practice

Evidence Based Practice (EBP) è descritta come il “fare la cosa giusta nel modo giusto” (Muir Gray 1997), questo significa non soltanto fare le cose più efficientemente e nel miglior standard possibile, ma anche assicurare che ciò che viene fatto sia giusto. Tale concetto non è nuovo, infatti, alcuni approcci evidence based sulla prevenzione delle infezioni incrociate sono presenti da molti anni. Per esempio nel 1940 Semmelweis insistette che i medici che effettuavano autopsie dovessero lavarsi le mani prima di assistere ai parti con una drastica riduzione della mortalità del 50% per sepsi. Nello stesso modo John Snow identificò con precisione un rubinetto in Broad Street come la causa della diffusione del colera a Londra. Questi due esempi dimostrano come la pratica sanitaria può e deve essere evidence based, ma dimostrano anche come attraverso il riflettere sulle domande e l’osservare attentamente porta i professionisti a scoprire evidenze all’interno della loro quotidianità professionale che, quando agita secondo questo modello, può migliorare la salute.

La definizione di EBN cui oggi quasi tutti i ricercatori fanno riferimento è quella di Di Censo, Cullum, Ciliska utilizzata in un importante editoriale del 1998 della rivista “Evidence Based Nursing”: “L’integrazione della migliore evidenza prodotta dalla ricerca con la competenza e l’esperienza clinica e con le preferenze e i valori del paziente”. Inoltre Di Censo et al (1998) affermarono: “nel mettere in pratica il nursing basato su prove, un infermiere deve decidere se la prova è rilevante per quel singolo paziente. La perizia clinica deve essere bilanciata con i rischi e i benefici di cure alternative per ogni paziente e dovrebbe prendere in considerazione le condizioni cliniche di ogni singolo paziente e le sue preferenze”.

Analizziamo le diverse componenti della definizione:

- Nel nursing **la migliore evidenza prodotta dalla ricerca** si riferisce a studi che siano metodologicamente corretti, e clinicamente rilevanti. Questi studi di ricerca possono riguardare l’efficacia e la sicurezza di interventi infermieristici, l’accuratezza e la precisione di misure di valutazione, il potere di indicatori prognostici, la forza di relazioni causali, il costo-efficacia degli interventi infermieristici e il significato della malattia e/o delle esperienze del paziente.
- **I valori, le preferenze e le azioni del paziente** si riferiscono alle aspettative che il paziente ha e che vanno integrate nella decisione clinica. Le azioni del paziente possono essere differenti da preferenze e/o desideri. Ad esempio un paziente può accettare,

desiderare, di perdere peso, smettere di fumare prendere la terapia prescritta ma le sue azioni possono fallire nel raggiungimento di questi obiettivi

- **Lo stato clinico, il setting e le circostanze:** ad esempio pazienti che vivono in aree lontane dall'ospedale non hanno accesso alle stesse opzioni diagnostiche/terapeutiche disponibili ai pazienti che vivono vicino all'ospedale. Le circostanze cliniche (gravità della malattia) influenzano la reazione del paziente all'assistenza infermieristica. L'elemento chiave delle decisioni cliniche basate sull'evidenza è quello di personalizzare l'evidenza alle specifiche circostanze del paziente
- Le **risorse disponibili** per erogare le cure sanitarie in un contesto organizzativo specifico in termini di materiali, presidi, personale e tempo.
- La **competenza e l'esperienza clinica** comprende l'abilità clinica e l'esperienza acquisita durante molti anni di professione che vengono usate per identificare lo stato di salute del paziente, i suoi valori e le sue preferenze, i benefici e i rischi degli interventi infermieristici. L'esperienza clinica è il mezzo per integrare le quattro componenti sopra citate. L'esperienza clinica si riferisce all'abilità di usare capacità cliniche e l'esperienza passata per identificare lo stato di salute dei pazienti o popolazione, i loro rischi, le loro preferenze e capacità di agire/affrontare e i potenziali benefici degli interventi; di comunicare le informazioni ai pazienti e ai loro familiari; e di fornire loro un ambiente che sia confortevole e supportivo.

Focus fondamentale dell'EBP è il concetto di singolo paziente. L'EBP assiste, infatti, i clinici nel ponderare la generalizzabilità dei risultati degli RCTs ai loro singoli pazienti, nelle loro specifiche circostanze.

Da un punto di vista semantico, invece, Evidence potrebbe essere tradotto dall'inglese con il termine di prova, piuttosto che evidenza, proponendo per la radice latina di "vid" (vedere, capire) che il termine inglese evidence richiama. L'EBN costituisce: "Una potente strategia di formazione autogestita; fornisce la base per il proprio autoapprendimento. Qualunque professionista, durante la propria attività, si trova nella necessità di trovare risposte a domande che il caso che sta affrontando gli sollecita:

- E' giusto quello che sto facendo?
- Potrei farlo in un altro modo?
- Ci sono alternative a questo trattamento?
- Da cosa può avere provocato questo problema? •

- Come posso migliorare il mio intervento?
- Quale potrebbe essere le reazioni della persona che sto assistendo? ecc.

Ognuno di noi si trova, quindi, in una condizione di dubbio e, come ben sappiamo, il dubbio è il generatore di ogni conoscenza. Sono i dubbi che permettono di innescare i meccanismi per apprendere e per conoscere” (centro studi sant’Orsola Malpighi Bologna).

### **2.3 Come si è sviluppato il movimento EBN-EBM, cenni storici**

L’Evidence Based Nursing vede le sue origine nel movimento dell’Evidence Based Medicine (EBM).

- Nel 1753 Lind osservò i trattamenti che sembravano più efficaci per lo scorbuto “Io presi 12 pazienti affetti da scorbuto a bordo del Salisbury in navigazione. I casi erano i più simili che potessi avere [...] essi giacevano insieme nello stesso posto e avevano una dieta in comune per tutti. A 2 di questi fu ordinato ¼ di sidro al dì, altri 2 prendevano 25 gtt di elisir di vetriolo, 2 altri 2 cucchiari di aceto, 2 furono sottoposti ad un ciclo di acqua di mare [...] a 2 venivano dati due aranci e un limone, 2 prendevano noce moscata. Si riscontò che gli effetti positivi più immediati e visibili derivavano dall’uso di aranci e limoni, uno di quelli a cui erano stati prescritti, dopo 6 mesi era in grado di tornare al lavoro, l’altro fu nominato infermiere fino alla fine della malattia [...]”
- Pierre Charles Alexandre Louis nella Parigi del 1830 era il promotore della Médecine d’Observation, un movimento culturale che sosteneva che i medici, piuttosto che affidarsi esclusivamente all’esperienza individuale oppure alle speculazioni sulle cause di malattia, dovrebbero operare in relazione ad ampie serie sperimentali che forniscano i reali effetti di un trattamento anche in termini numerici.
- Nel 1832 Ignaz Philipp Semmelweis collegò le morti dei neonati per sepsi al mancato lavaggio delle mani dei medici che dopo aver effettuato delle autopsie si recavano in sala parto: “perché così tante donne muoiono a causa di questa febbre dopo aver partorito senza problemi? Da secoli la scienza ci dice che ‘ un invisibile epidemia ad uccidere le madri. Le cause possono essere mutazioni dell’aria o influssi extraterrestri o un movimento della terra stessa, un terremoto”
- Florence Nightingale 1852-1855: una pensatrice sistematica ed una statistica appassionata. Numerosi suoi studi riflettono una struttura evidence-based, in particolare nei suoi primi lavori, dopo il suo lavoro come eroina dalla guerra di Crimea nel 1856. La Nightingale ritornò da tale guerra con una convinzione: la perdita disperata di vite di

cui ne era testimone non sarebbe accaduta ancora. Fece pressione per la creazione di una commissione reale per investigare le cause dell'alta mortalità. Lavorò con un gruppo di "esperti sanitari" tra cui William Farr, che era il maggior statistico sociale in Inghilterra. Essa studiò e calcolò gli indici di mortalità tra i soldati britannici della guerra di Crimea e sulla base dei dati raccolti elaborò un programma per ridurre il sovraffollamento militare. Il suo lavoro sull'infermieristica era pervaso da una fede religiosa e filosofica: "Dio fece il mondo e lo fece funzionare attraverso leggi che possiamo scoprire con la ricerca, sia nella sfera biofisica che sociale".

- 1934: viene istituito il primo corso per dottorato di ricerca in nursing presso la New York University
- 1959: vengono assegnati i primi finanziamenti agli infermieri per la ricerca infermieristica
- 1972 Archibald Cochrane, un epidemiologo inglese, sostiene che i risultati della ricerca hanno un impatto molto limitato sulla pratica clinica e che bisogna rendere disponibili ai pazienti solo gli interventi sanitari di documentata efficacia: "è causa di gran preoccupazione constatare come la professione medica non abbia saputo organizzare un sistema in grado di rendere disponibili, e costantemente aggiornate, delle revisioni critiche sugli effetti dell'assistenza sanitaria" 1974 La commissione ANA per la ricerca infermieristica propone di coinvolgere nella ricerca gli studenti ai vari livelli di formazione e di dare un'impronta Clinica alla ricerca.
- Nel 1981 McMaster Medical School in Canada "How to read clinical journals", una serie di articoli che descrive le strategie di approccio critico alla letteratura biomedica.
- Nel 1986 l'attenzione di Sackett e coll. si sposta progressivamente da "come leggere la letteratura biomedica" a "come utilizzare la letteratura biomedica per risolvere i problemi clinici".
- Nascita del National Centre for Nursing Research (NCNR) i quali obiettivi sono: sviluppare un programma di finanziamenti e riconoscimenti per finanziare la ricerca, promuovere la salute, sviluppare la prevenzione ed alleviare gli effetti delle malattie.
- Nel 1992 - 93 nel mese di novembre viene "presentato ufficialmente" su JAMA il movimento della Evidence-Based Medicine viene fondata la Cochrane Collaboration, un network internazionale nato per "preparare, aggiornare e disseminare revisioni sistematiche degli studi clinici controllati sugli effetti dell'assistenza sanitaria e, laddove non sono disponibili studi clinici controllati, revisioni sistematiche delle evidenze comunque esistenti".

- Nel 1996 Sackett definisce l'Ebm come: L'uso scrupoloso, esplicito e ragionevole delle migliori prove scientifiche attualmente disponibili, nel formulare decisioni relative all'assistenza dei singoli pazienti. "Le decisioni cliniche, nell'assistenza al singolo paziente, devono risultare dall'integrazione tra l'esperienza del medico e l'utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze scientifiche disponibili, moderate dalle preferenze del paziente"
- Nel 1997, in Italia, troviamo il termine EBN per la prima volta nella rivista della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI.
- Nel 1998 l'Ebn si definisce come: "Il processo per mezzo del quale le infermiere e gli infermieri assumono le decisioni cliniche utilizzando le migliori ricerche disponibili, la loro esperienza clinica e le preferenze del paziente, in un contesto di risorse disponibili" (DiCenso et al., 1998)
- Nel 1999 "La vera novità dell'EBM consiste nell'utilizzo esplicito e sistematico della letteratura per prendere decisioni cliniche. I gap di conoscenza generati dall'incontro con il paziente devono essere immediatamente soddisfatti: La EBM nasce dal paziente e finisce con il paziente". A Cartabellotta.

### **2.3 La decisione clinico-assistenziale: il cambio di paradigma**

Diversamente dal paradigma tradizionale, l'EBN considera l'intuizione, l'esperienza clinica non sistematica, le giustificazioni fisiopatologiche non sufficienti a sostenere il processo decisionale clinico. L'EBN suggerisce che devono esistere delle regole formali per interpretare i risultati della ricerca clinica e che queste regole devono essere insegnate come parte della regolare formazione infermieristica. Per l'EBN l'autorità (quella degli "esperti", quella che troviamo nei libri) non ha più molto peso come nel paradigma tradizionale. Tuttavia c'è un senso di disagio crescente tra gli addetti nei confronti di tale interpretazione limitata alla ricerca e si è andata affermando l'idea che la pratica dipenda da diverse fonti di prova, come hanno sottolineato per la prima volta Sackett et al (1993) e Muir Gray (1997). In considerazione di ciò, è opportuno valutare cosa costituisca una prova ed ampliare la definizione fino ad includere tutti gli aspetti che in definitiva influiscono sul processo decisionale. La complessità e l'abilità del lavoro degli infermieri consiste nel riuscire a mettere insieme le tessere che formano una prova, raccolte da fonti diverse nel tentativo di avere un quadro globale e di ottenere l'efficacia clinica. Per fare questo la definizione deve essere ampliata fino ad includere le diverse prove che influenzano la pratica, come:

*Prove derivanti dalla ricerca*



Implicano lo studio della letteratura, delle relazioni originali di ricerca (fonte primaria), delle riviste (fonte secondaria) e dei riferimenti citati in altre relazioni di ricerca (fonte secondaria). Per raccogliere tali prove è necessario creare dei contatti personali con esperti del settore studiato, usare delle linee guida cliniche e standard di cura basati sulla ricerca.

*Prove basate sull'esperienza*

Implicano una riflessione sulla pratica, la messa in atto di tali riflessioni, la condivisione e discussione delle stesse e lo studio della letteratura.

*Prove basate sulle teorie*

Implicano lo studio della letteratura, l'imparare da altri (per esempio attraverso la didattica formale) e l'utilizzare queste conoscenze per prendere le decisioni a supporto della pratica (esempio motivazioni fisiologiche, modelli psicologici per interpretare reazioni alla malattia).

*Prove raccolte da clienti/pazienti e/o da chi si prende cura di loro*

Implicano lo studio della letteratura specifica e/o dei risultati delle ricerche, l'uso dei dati raccolti, l'analisi del livello di soddisfazione e/o di scontentezza degli utenti e il favorire di discussioni e di decisioni comuni (esempio tenere conto delle testimonianze dei caregiver delle persone affette da demenza).

*Prove ottenute da esperti*

Implicano il favorire la discussione, l'osservazione e la consultazione di professionisti esperti in un certo settore al fine di elaborare direttive o raccomandazioni. Questa modalità presuppone lo studio della letteratura e la ricerca del consenso attraverso: indagini Delphi (indagini che comprendono diversi sondaggi, raccolta dati e analisi per raggiungere il consenso), tecniche di gruppo (determinare le priorità di un gruppo usando un sistema di votazione per raggiungere il consenso) e conferenze.

*Prove derivanti da linee guida*

Implicano lo studio della letteratura, l'utilizzo di internet, il favorire discussioni, l'utilizzo di linee guida cliniche e di standard di cura pubblicati e basati sulla ricerca, l'analisi delle realtà e dei piani locali.

Nella tabella che segue vengono riportate le differenze sostanziali nel prendere la decisione clinico-assistenziale tra paradigma tradizionale e quello evidence based. La costante tra i paradigmi è l'esperienza. È ritenuta fondamentale, ma l'osservazione deve avvenire in modo sistematico, riproducibile e misurabile.

Paradigma tradizionale	Paradigma Evidence Based
<p>a. possesso di un bagaglio di esperienze ed osservazioni derivati dalla propria esperienza personale</p> <p>b. la comprensione e conoscenza dei meccanismi fisiopatologici come guida alla pratica clinica</p> <p>c. il possesso di una esperienza specifica di settore per poter generare delle valide linee-guida di comportamento clinico</p> <p>d. il professionista sanitario sa cosa è meglio per il paziente e decide per lui</p> <p>La medicina si basa sulla maggiore esperienza, sulla conoscenza dei meccanismi biofisiologici, sul buon senso e sull'autorità delle discipline.</p>	<p>a. l'esperienza ma anche strumenti per rendere valide e riproducibili le proprie osservazioni</p> <p>b. lo studio delle basi fisiopatologiche non è sufficiente per derivare linee di condotta clinica</p> <p>c. la comprensione di regole metodologiche di base è fondamentale per poter interpretare la letteratura scientifica</p> <p>d. il professionista sanitario cerca le migliori informazioni e le sottopone all'attenzione del paziente: le decisioni rispetto al percorso di cura vengono prese insieme</p> <p>La medicina basata sulle evidenze scientifiche si basa sulle prove di efficacia, sulla ricerca i cui risultati vengono applicati al paziente, su di una pratica ed una formazione che viene realizzata utilizzando le evidenze che provengono dalla ricerca</p>

## 2.4 Benefici, ostacoli e limiti allo sviluppo di una pratica basata sull'evidenza.

### I benefici per i pazienti e per i professionisti

Heater et al. (1988) hanno condotto, già 16 anni fa, una meta-analisi per vedere se la pratica basata sulle evidenze produceva delle differenze per i pazienti. Heater et al. hanno riassunto 84

studi condotti da infermieri che comprendevano 4.146 pazienti. I pazienti assistiti da professionisti che praticavano l'infermieristica basata sull'evidenza avevano miglioramenti considerevoli in comportamenti, conoscenze, parametri fisiologici e psicosociali rispetto ai pazienti assistiti in maniera tradizionale. Praticare un'infermieristica basata sull'evidenza anziché sulla tradizione è necessario non solo per rispettare l'obbligo degli infermieri verso la società, ma anche per mantenere credibilità di fronte ad altre professioni sanitarie e per costruire una base di conoscenze infermieristiche che potranno essere usate per influenzare decisioni su grande scala, sia a livello aziendale che a livello governativo regionale e nazionale.

### **Ostacoli e limiti**

Nella ricerca delle evidenze il professionista deve essere in grado di ritrovare nella letteratura sanitaria le migliori prove di efficacia disponibili. In realtà, nella pratica quotidiana, l'accesso alle fonti di informazione e la loro valutazione critica sono ostacolati da diversi fattori. Ne descriviamo alcuni:

### **Le zone grigie dove non ci sono evidenze**

In molti settori dell'assistenza, come più in generale della medicina, non esistono ricerche di buona qualità, ma numerose ed ampie zone grigie dove non sono reperibili evidenze sull'efficacia di un intervento assistenziale e/o delle sue alternative. Questo aspetto non può in ogni caso determinare la paralisi decisionale, perché l'EBN richiede di fondare le decisioni cliniche sulle "migliori evidenze disponibili" e non sulle "migliori evidenze possibili" che in alcune aree della medicina, per motivi etici, economici o metodologici, potrebbero non essere mai disponibili. Nelle zone grigie le scelte terapeutiche si devono ricavare da conoscenze fisiopatologiche (per es.: come associare i diuretici in un paziente con cirrosi ascitica parzialmente refrattaria; il cambio di posizione per prevenire le lesioni da decubito), o da studi non controllati in piccole serie di pazienti (come trattare un paziente con ipercalcemia da immobilizzazione), o su case report. Le scelte terapeutiche devono tenere conto delle preferenze dei pazienti. La delimitazione delle aree grigie non deve rappresentare un limite invalicabile ma essere un punto di partenza per la pianificazione dei futuri progetti di ricerca.

### **Esplosione continua di prove di efficacia**

C'è stata un'esplosione di volume di pubblicazioni di ricerche nelle ultime decadi ed è impossibile, per qualsiasi professionista impegnato mantenersi al passo con la letteratura. Ogni singolo anno, più di 660.000 nuovi articoli vengono inseriti nel database di Pubmed, di cui oltre 12.000 sono RCT.

## **Educazione continua**

L'educazione continua è attualmente accettata come principio importante, dai professionisti sanitari che necessitano di tenersi aggiornati nel loro campo e di adattarsi ai continui cambiamenti di ruolo e di competenze richieste. Per i professionisti coinvolti nell'assistenza sanitaria, impregnati di tradizione e caratterizzati dall'ethos dell'expertise, l'affermazione che le procedure usate potrebbero non essere basate su evidenze forti o che le nuove conoscenze potrebbero cambiare alcuni principi in cui credono è destabilizzante.

## **Trasferibilità dei risultati delle ricerche**

Il fatto che sia stata condotta una ricerca, non significa automaticamente che i risultati debbano essere trasferiti direttamente nel setting clinico. Gli studi di ricerca singoli devono essere esaminati nel contesto di altre evidenze prima di cambiare la pratica clinica. Esempio: il reflusso gastro-esofageo, una condizione in cui possono essere presenti vomito ricorrente e dolore addominale; sembra avere un miglioramento della sintomatologia quando i bambini vengono posizionati proni o in decubito laterale sinistro (Kumar & Sarvanathan, 2004) rispetto alla posizione supina. Sebbene questo sia un buon risultato, una serie di ricerche ha dimostrato che la posizione prona e il decubito laterale sinistro nei bambini è un fattore di rischio per la morte improvvisa. Alcune prove di efficacia hanno bisogno di essere prese in considerazione quando ai genitori devono essere dati dei consigli sensibili e sicuri.

## **Reperibilità e qualità degli studi**

- I mezzi utilizzati per la ricerca bibliografica non sono infallibili: per esempio, numerosi studi clinici controllati non sono ritrovabili con Medline nemmeno dagli esperti
- Qualità dell'informazione: l'utilizzo di una corretta metodologia è limitata solo a pochi studi, buona parte della produzione scientifica, anche su riviste autorevoli, risulta poco affidabile per le decisioni cliniche.

## **Ulteriori limiti presenti nella realtà italiana**

- La formazione universitaria fornisce solo in parte competenze specifiche per la ricerca e l'approccio critico alla letteratura sanitaria
- La mancata integrazione tra epidemiologia e clinica
- La conoscenza della lingua inglese
- La limitata diffusione dei moderni strumenti d'informazione nelle nostre strutture assistenziali

- La scarsa familiarità dei professionisti sanitari con l'informatica
- Le limitate disponibilità di tempo per l'aggiornamento.

### **Ostacoli alla diffusione e all'utilizzo del nursing basato sulle evidenze e possibili soluzioni**

Molti studi inoltre hanno analizzato i maggiori ostacoli alla diffusione e all'utilizzo del nursing basato sulle evidenze come ad esempio:

- le caratteristiche organizzative dei posti di lavoro: uno degli ostacoli ad uno sviluppo soddisfacente dell'EBN in Italia è rappresentato dalla sostanziale conservazione della tradizionale organizzazione per compiti e la consuetudine alle routine e prassi, in particolare nell'ambiente ospedaliero. L'assenza di sufficiente razionalità organizzativa dell'assistenza e di adeguate motivazioni scientifiche a supporto delle attività assistenziali determinano spreco di risorse professionali e bassa efficacia complessiva dell'assistenza a cui conseguono spesso demotivazione e abbassamento dei livelli di professionalità dell'équipe infermieristica
- la mancanza di autonomia e di autorità nel mettere in pratica dei cambiamenti nelle metodiche di assistenza al paziente

### **Le soluzioni alternative**

Per ognuno di questi ostacoli possiamo pensare a numerose soluzioni alternative. Per esempio, Ciliska e colleghi suggeriscono alcune strategie per facilitare il supporto che le organizzazioni possono fornire all'EBN. Esse includono:

- dare alle infermiere tempo per attività legate all'EBN (andare in biblioteca, imparare a condurre ricerche su database elettronici e tenere incontri di gruppo organizzati attorno a specifici problemi incontrati nella clinica);
- creare figure di infermieri ricercatori e formalizzare comitati di ricerca infermieristica;
- mettere in contatto le infermiere di unità operativa e le infermiere specializzate con gli infermieri ricercatori delle Università;
- assicurare che l'azienda sanitaria abbia una biblioteca fornita di riviste di nursing;
- rendere disponibili risorse come Clinical Evidence e la Cochrane Library e le riviste che riassumono ricerca selezionata come Evidence-Based Nursing

- diffondere, attraverso l'educazione continua, abilità metodologiche per reperire, leggere, interpretare la letteratura.

## **2.4 EBN il processo**

Il primo passo nel processo EBP è convertire il bisogno di informazioni in quesiti clinici ben definiti; Il quesito può essere

### **FOREGROUND**

Riguardano informazioni e conoscenze specifiche circa la gestione di un particolare paziente affetto da una determinata malattia o riguardano una specifica situazione.

### **BACKGROUND**

Riguardano informazioni e conoscenze generali intorno a una malattia, un bisogno o un intervento. La loro formulazione richiede due componenti essenziali: - un introduttore interrogativo (cosa, come, quando, perché) con un verbo - un bisogno, una malattia, un aspetto di una malattia, un tipo di intervento assistenziale, diagnostico, organizzativo etc.

La composizione del quesito segue l'acronimo PICO:

**P** paziente o problema: descrizione in termini generali del gruppo di pazienti in cui fa parte il paziente.

**I** intervento o esposizione: descrizione dell'azione clinica che vorrei compiere sul paziente e di cui voglio conoscere la validità scientifica.

**C** confronto: descrizione della possibile azione clinica alternativa.

**O** outcome (esito): descrizione dell'effetto che spero che l'intervento produca sul paziente

La necessità di formulare quesiti di background dipende dalle conoscenze e dall'esperienza che il professionista ha in relazione a quella patologia o intervento. E' infatti ovvio che più aumenta la dimestichezza nei confronti di una procedura o di una patologia, meno si avrà necessità di avere informazioni di base. Tuttavia il progredire delle conoscenze comporta che la necessità di rispondere a quesiti di background non si annulli mai, neanche per i più esperti. I documenti che più frequentemente forniscono le risposte ai quesiti di background sono i testi, documenti che, per esempio, descrivono una procedura o una malattia nei suoi aspetti generali (eziologia, epidemiologia, complicanze). Questa è la tipologia di informazioni generalmente contenuta nei tradizionali libri di testo che costituiscono perciò un'importante risorsa per la risoluzione dei quesiti di background. Altri documenti a nostra disposizione sono le revisioni narrative

(reperibili in banche dati bibliografiche, su siti di associazioni, etc..), e i documenti contenuti in banche dati o accessibili su siti professionali;

Passo successivo è quello di ricercare con la massima efficacia le evidenze disponibili;

Considerata l'enorme mole d'articoli e lavori, la ricerca bibliografica deve essere fatta in modo sistematico e con un metodo definito e rigoroso. Nel cercare le risposte vi sono due approcci:

1. Lo SCANNING: Consultare periodicamente alcune riviste per individuare novità sui temi d'abituale interesse (es: invio dei TOC via email)
2. Il SEARCHING: cercare attivamente nelle banche dati riguardo ad un quesito specifico

Le fonti d'informazioni a disposizione dell'infermiere sono molte:

### **Collega esperto:**

L'infermiere ricorre spesso al collega esperto, una fonte d'informazione gratuita e generalmente disponibile. Tuttavia, nessun collega per quanto esperto può garantire attualità, obiettività e completezza delle informazioni fornite, perché i dati derivati dall'esperienza non possono essere generalizzati; infatti il loro confronto con standard evidence-based, suggerisce che questo strumento non è adeguato per trasferire i risultati della ricerca alla pratica clinica. Inoltre, è fondamentale distinguere il collega autoritario, che può fornire solo il contributo dell'opinione personale, dalla vera autorità clinica che, consapevole dei limiti dell'esperienza individuale e del valore della ricerca clinica, motiva qualunque risposta con precisi riferimenti alla letteratura originale.

### **Trattati**

Sintetizzano le conoscenze disponibili relative ad uno o più settori della medicina e costituiscono la fonte d'aggiornamento più utilizzata dagli infermieri, ma contribuiscono a ritardare l'introduzione di interventi efficaci ed al mancato abbandono di procedure inefficaci e/o dannose. In realtà i trattati tradizionali hanno numerosi limiti, al punto che potrebbe non sopravvivere alla rivoluzione elettronica dei mezzi d'aggiornamento, come avvenne ai dinosauri nell'era delle glaciazioni. La selezione delle evidenze scientifiche non è mai sistematica né segue criteri espliciti, per cui spesso costituiscono un mix inestricabile tra l'opinione/esperienza degli autori e gli studi clinici originali, abitualmente riportati in numero insufficiente.

- Sono datati al momento della pubblicazione: infatti, occorrono in media due anni per la stampa, gli autori si riferiscono a lavori ancora precedenti e bisogna considerare anche i tempi necessari per l'eventuale traduzione in lingua italiana.
- Sono poco utili per la formulazione d'ipotesi diagnostiche, perché ordinati per malattie e non per presentazioni cliniche; inoltre le informazioni riportate spesso mancano di dati quantitativi sulla frequenza e la cronologia delle manifestazioni cliniche di malattia.
- Gli indici analitici poco dettagliati limitano la ricerca di specifici quesiti clinici.
- La bibliografia è spesso limitata a poche voci, talora nemmeno richiamate nel testo.

## **Riviste**

Sono rappresentate dalle riviste infermieristiche, mediche, e quelle delle scienze sociali e psicologiche. Poiché il tempo di pubblicazione dei libri è più lungo, le riviste scientifiche sono la modalità preferita per comunicare e ritrovare gli ultimi risultati di ricerca. Un esempio di rivista è “L’infermieristica basata sulle evidenze”. I temi che tratta riguardano aspetti critici dell’assistenza sia in ambienti di cura sia nel contesto della comunità e che della famiglia. La revisione che è stata fatta dei lavori pubblicati nelle riviste, pur nel breve tempo e disposizione dei revisori, ha prodotto delle sintesi strutturate che guideranno il professionista dell’assistenza a cogliere il significato dei risultati prodotti dalla ricerca rispetto al proprio ambito lavorativo, fornendo un prezioso aiuto per valutare non solo la significatività clinica e statistica, bensì anche stimoli e suggerimenti per l’innovazione rispetto alle tradizionali attività d’assistenza. Alcuni dei temi scelti per gli abstract risulteranno molto familiari, in particolare la misura del rischio per piaghe da decubito; l’intento in questo caso, è di offrire un contributo al dibattito sul tema che rischierebbe altrimenti di focalizzarsi troppo su “tecniche” d’intervento trascurando la valutazione critica sulla validità degli strumenti da cui dipende l’identificazione dei soggetti da trattare. Altri temi riguardano tali ambiti: il sostegno che l’infermiere può offrire per lo sviluppo di capacità d’autocure o di cura migliore da parte dell’assistente informale, prevenzione con azioni di natura educativa o di sviluppo d’abilità. In tale ambito si è ritenuto utile inserire una prima revisione d’efficacia di tecniche non tradizionali per la gestione del dolore. L’intento è di sviluppare tale settore per offrire all’infermiere elementi di consapevolezza per eseguire con maggiore incisività e competenza interventi palliativi per soggetti con sintomatologia disturbante o invalidante, ambito importante del profilo professionale dell’infermiere. Esistono tuttavia alcuni problemi che ostacolano l'utilizzo efficiente delle riviste:



- Il numero estremamente elevato
- La frammentazione degli argomenti
- La rarità di studi definitivi da trasferire alla pratica clinica la scarsa efficacia della lettura non finalizzata.

### **Revisioni narrative**

Sommersi dall'enorme volume della letteratura, medici e studenti preferiscono leggere le revisioni narrative (RN) agli studi primari. Tuttavia, anche se pubblicate da riviste autorevoli, le RN hanno numerosi limiti:

- Costituiscono un mix inestricabile tra l'opinione dell'autore e gli studi originali, perché non sono basate su una ricerca sistematica delle evidenze disponibili, ma su una loro selezione legata a diversi fattori: reperibilità, accessibilità linguistica, sintonia con le idee dell'autore;
- Hanno generalmente obiettivi molti ampi: analogamente al capitolo di un trattato, generalmente una RN discute d'epidemiologia, eziologia, anatomia patologica, presentazione clinica, diagnosi, prognosi, prevenzione e trattamento;
- Il processo di selezione, interpretazione e sintesi delle evidenze, non essendo reso esplicito dagli autori, risulta poco riproducibile e non verificabile.

Pertanto, considerato che il rapporto tra risultati della ricerca e raccomandazioni cliniche è sfumato e spesso inconsistente, le RN contribuiscono sia a ritardare l'introduzione d'interventi sanitari efficaci, sia al persistente impiego di procedure obsolete, inutili o addirittura dannose per il paziente. Rimane storico il lavoro di Antman e coll. che hanno dimostrato come le raccomandazioni delle RN (e dei trattati) relative ad alcune terapie per l'infarto del miocardio, sono inadeguate rispetto ai risultati della ricerca progressivamente disponibili negli anni:

- L'efficacia della trombolisi è stata ignorata dagli autori delle RN e dei trattati sino alla fine degli anni '80.
- La lidocaina nel post-infarto è stata raccomandata dagli stessi autori per molti anni, anche se numerosi studi ne avevano dimostrato, oltre che l'inefficacia, anche un rischio maggiore nei pazienti trattati.

In definitiva, se le RN rimangono uno strumento utile per approfondire i quesiti di background, sono poco affidabili per fornire risposte quantitative a specifici quesiti clinico-assistenziali. I

limiti delle RN hanno contribuito allo sviluppo delle revisioni sistematiche, un nuovo strumento editoriale che ha aperto una nuova era nella scienza della sintesi delle conoscenze.

### **Fonti secondarie**

Le pubblicazioni secondarie - uno dei principali prodotti editoriali dell'EBM - offrono un agevole e qualificato strumento per "sorvegliare" della letteratura (scanning). Infatti, non contengono articoli originali, ma "filtrano" un considerevole volume di letteratura in relazione a due criteri: rilevanza clinica ed aderenza a standard metodologici predefiniti. Ciascun articolo selezionato viene presentato in una sola pagina, in forma di un abstract strutturato accompagnato da un commento critico.

### **Linee guida**

La crescente limitazione delle risorse economiche contemporanee alla crescita della domanda di salute ed all'uso inappropriato di interventi sanitari, ha stimolato l'interesse per le linee-guida (LG), rese necessarie dall'esigenza comune di ridistribuire le risorse in maniera adeguata senza rinunciare alla qualità dell'assistenza. Definite come "raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico, coerenti con le conoscenze sul rapporto costo/beneficio degli interventi sanitari, per assistere sia i medici che i pazienti nella scelta delle modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche", le linee guida hanno l'obiettivo di concentrare un ampio volume di conoscenze scientifiche in un formato facilmente utilizzabile dal medico ed applicabile al paziente individuale. Le linee guida, piuttosto che strumento di pratica professionale, devono oggi essere interpretate come il principale riferimento per definire gli standard clinico-assistenziali per misurare l'appropriatezza degli interventi sanitari: in altre parole costituiscono uno degli strumenti della clinical govern. Esiste, in rete, un'ampia disponibilità gratuita di banche dati di linee guida. (National guideline clearing house- [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov)- fornisce linee guida cliniche basate sull'evidenza)

### **Revisioni sistematiche**

Il concetto di "revisione" non rappresenta un elemento nuovo dell'informazione biomedica: infatti, le revisioni narrative (RN) - o tradizionali - costituiscono da sempre un tentativo di superare le difficoltà legate alla ricerca ed alla interpretazione degli studi originali. Considerato che tutte le revisioni sono studi osservazionali e retrospettivi - e pertanto soggette a numerosi bias - l'obiettivo principale delle RS è di ridurre tali bias attraverso la stesura preliminare di un protocollo che definisce:

- Un obiettivo ben preciso: generalmente una RS risponde ad un quesito di foreground
- Descrizione esplicita delle metodologie utilizzate per ricercare, valutare, selezionare e sintetizzare gli studi originali

Quando i risultati dei singoli studi vengono combinati statisticamente con tecniche di meta-analisi, la RS viene definita "quantitativa", altrimenti se l'eterogeneità degli studi non consente la combinazione dei dati si parla di RS qualitativa. Anche se le metaanalisi iniziano ad essere pubblicate agli inizi degli anni '80, il massimo impulso alla diffusione delle revisioni sistematiche coincide con la fondazione della Cochrane Collaboration, un network internazionale con l'obiettivo di "preparare, aggiornare e disseminare revisioni sistematiche degli studi clinici controllati sugli effetti dell'assistenza sanitaria e, laddove non sono disponibili studi clinici controllati, revisioni sistematiche delle evidenze comunque esistenti".

### **Banche dati biomediche**

#### **PUBMED**

PubMed è un motore di ricerca (gestito dalla National Library of Medicine) che permette di interrogare Medline la più grande banca dati elettronica di ricerca su argomenti di salute. È pubblicata dalla National Library of Medicine statunitense.

Indirizzi web: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>

Medline è la più grande e la più importante banca dati della National Library of Medicine. Indicizza circa 4.600 riviste scientifiche di tutto il mondo ed esiste anche in una versione elettronica. Si tratta di un vero e proprio database, consultabile on-line, che contiene l'abstract di uno studio/rapporto e dei relativi risultati. Un riassunto di buona qualità esplicita le finalità dello studio, il motivo per cui i ricercatori si sono posti questo obiettivo e i risultati più rilevanti. Negli articoli scientifici il riassunto segue in genere una struttura precisa, che si articola in: obiettivo dello studio; disegno dello studio (materiali e metodi); setting (contesto in cui è stato condotto lo studio, ad esempio medicina del territorio o medicina ospedaliera); partecipanti; principali misure di esito; risultati; conclusioni. e link ad articoli full-text. La consultazione degli abstract è sempre gratuita. Mentre, nella maggior parte dei casi, la consultazione di un articolo full text è a pagamento.

PubMed fa parte Entrez, un sistema di ricerca complesso che integra diverse banche dati (tra cui, appunto, quella di Medline).

Ha un'interfaccia grafica essenziale e semplice da usare. Per effettuare una ricerca, basta inserire delle parole chiavi nel query box posizionato in alto al centro della pagina. È possibile cercare un articolo o una citazione bibliografica per argomento, per data di pubblicazione, per nome dell'autore e per titolo della rivista di pubblicazione.

PubMed è uno strumento utile ed efficace. Facile e intuitivo da usare, può essere consultato anche dagli utenti meno esperti. All'interno del sito, alla voce "Tutorial", c'è infatti una vera e propria guida interattiva all'uso del motore di ricerca. Si tratta di una sezione molto utile che, attraverso una serie guidata di animazioni, esercitazioni e dimostrazioni pratiche, spiega nel dettaglio come effettuare una ricerca nel database, come salvare i risultati ottenuti, come ordinarli e spedirli per e-mail.

Dopo aver consultato e trovate le evidenze attraverso le modalità sopra elencate il passo successivo è quello di valutare criticamente la loro validità ed applicabilità clinica. Occorre rispondere alle seguenti domande: Lo studio è valido? (ovvero riesce a dimostrare oltre ogni dubbio che le sue ipotesi sono vere, che lo saranno per un lungo periodo e che sarà possibile riprodurle in ogni altro luogo che possieda le medesime caratteristiche?). I risultati dello studio sono clinicamente significativi? I risultati dello studio sono applicabili al paziente individuale?

Una volta che la ricerca è stata criticata ed è stata determinata la sua applicabilità, si può decidere se implementare un'innovazione. Prima di ciò devono essere stabiliti outcome clinici specifici e bisogna considerare la formazione di tutto il personale coinvolto. I membri dello staff devono comprendere chiaramente la natura specifica del cambiamento, le ragioni e i benefici potenziali, in modo che l'implementazione nella pratica clinica avvenga con minori resistenze e con maggior efficacia.

Nella valutazione delle innovazioni, dopo che queste sono state implementate nella pratica, può essere utile riesaminare il problema iniziale. Lo scopo generale di questa fase è di valutare se l'assistenza infermieristica ha avuto miglioramenti. Per poter valutare l'efficacia/inefficacia è essenziale sviluppare misure di outcome specifici che siano realistici, misurabili e comprensibili, come ad esempio interviste o la revisione della documentazione clinica dei pazienti.

## **CAPITOLO 3 STUDIO OSSERVAZIONALE**

### **3.1 Introduzione**

La ricerca infermieristica è definita come: “un’indagine sistematica progettata per sviluppare prove affidabili su questioni di preoccupazioni per gli infermieri e i loro clienti” (Polit e Beck, 2018). Le prove, inoltre, sono la coesione della ricerca con l’esperienza clinica e le preferenze del paziente (Kitson et al., 1998). Tutto ciò coincide con quella che è la definizione della pratica basata sull’evidenza (EBP) intesa come processo decisionale che combina i risultati della ricerca con i valori dei pazienti e le conoscenze cliniche (Sackett et al., 2000).

Il valore della ricerca infermieristica è conosciuto ormai da molto; la prima ad applicare il metodo scientifico attraverso l’utilizzo della statistica fu, infatti, Florence Nightingale nella seconda metà dell’Ottocento. Noto è il suo ruolo nella guerra di Crimea quando, arrivò negli ospedali militari con 37 volontarie. Trovò una situazione al limite del concepibile: assoluta assenza di igiene, i feriti giacevano in letti senza lenzuola, spesso denutriti, non venivano curati e lasciati per giorni con le loro uniformi sporche di sangue; condizioni che lasciavano ampio spazio a malattie come il tifo, il colera e la dissenteria. Una volta osservata la situazione, Florence Nightingale riorganizzò al meglio le condizioni igieniche dell’ospedale. Nel contempo elaborò meticolosi grafici per dimostrare in modo statistico con le percentuali le probabilità di insorgenza delle malattie, delle terapie, dei ricoveri, dei decessi e delle guarigioni. Nonostante le difficoltà l’ospedale fu rivoluzionato e in pochi mesi del 1855 la mortalità scese dal 60% al 40%. (Ernesto Boldini, 2014).

E’ quindi logico pensare adesso che gli infermieri di tutti i livelli dovrebbero usare le prove in modo esplicito, giudizioso e coscienzioso (Hannes et al., 2007) e avere le competenze necessarie per recuperare, valutare e applicare i risultati della ricerca alla pratica (McCaughan et al., 2005).

La letteratura ha anche prodotto testi per supportare e promuovere tale approccio (Barker et al., 2016). Tuttavia, è stato dimostrato che la maggior parte degli infermieri usano come principali fonti di informazione: la propria esperienza clinica, (Gerrish et al., 2011) seguita dalle nozioni acquisite nella formazione di base e/o post base, pareri di esperti, intuizioni personali, libri di testo, usanze, consuetudini; lasciando l’ultimo posto alle riviste infermieristiche e quindi alla ricerca (Estabrook, 1998).

Una recente revisione integrativa della letteratura mostra come sebbene gli infermieri ospedalieri abbiano atteggiamenti favorevoli nei confronti dell’EBP e credano che la ricerca

contribuisca al progresso dell'assistenza infermieristica, avere un ruolo basato sulla prova della ricerca scientifica è una sfida a livello globale; considerando che i termini più frequenti trovati come fonti di evidenza più utilizzate dagli infermieri ospedalieri: esperienza personale e protocolli di assistenza locali. In molti casi, i professionisti hanno presentato debolezze nell'attuazione di questo approccio, legate alla mancanza di conoscenza per la valutazione delle prove, il sovraccarico di lavoro e la resistenza al cambiamento delle pratiche (Fernanda Carolina Camargo et al., 2018).

A tal punto viene spontaneo chiedersi il perché di un atteggiamento così distaccato da quello che è il gold standard dell'EBP; studi condotti in America, Canada e Regno Unito a questo proposito dimostrano che i fattori strumentali esterni come il tempo la scarsa formazione nel loro uso (Abrahamson et al., 2012; Ring et al., 2005; Sinuff et al., 2007) insieme ad una resistenza al cambiamento delle pratiche (Ring et al., 2005; Sinuff et al., 2007) possono fungere da ostacoli all'implementazione dell'EBP come principale fonte di informazione per la decisione sulla pratica clinico-assistenziale.

Gli ostacoli all'uso della ricerca da parte degli infermieri nella pratica sono stati ampiamente segnalati da studi condotti in vari paesi; questi includono tempo insufficiente a causa di carichi di lavoro pesanti, conoscenze inadeguate sull'individuazione e la comprensione della ricerca pertinente, opinioni negative sui benefici della ricerca nella pratica e sul suo contributo all'assistenza infermieristica o supporto limitato da parte dei colleghi ( Gifford et al., 2018; Hart et al., 2008 ; Moloney, 2013 ; Nkrumah et al., 2018 ).

E' evidente, a questo punto, il divario tra ricerca e pratica; semplicemente insegnare la ricerca non è sufficiente per garantire che l'apprendimento si traduca in pratica. Sarebbe, infatti, opportuno inserire nel corso della formazione degli infermieri non solo delle nozioni accademiche sull'EBP ma anche la sua applicazione nell'ambito clinico (Fineout-Overholt et al., 2010).

Volgendo lo sguardo a quella che è la nostra realtà in questo momento sono numerose le direttive e le norme che puntano sull'applicazione e la collaborazione sulla ricerca scientifica e l'implementazione dell'EBP.

Il Consiglio Nazionale dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche il 13 aprile 2019 ha approvato il testo del nuovo Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche. Tra le diverse novità inserite all'interno, al Capo II, "Responsabilità assistenziale", spicca l'importanza della ricerca infermieristica come dettato dall'art. 9 e dell'art. 10:

Art. L'Infermiere riconosce il valore della ricerca scientifica e della sperimentazione. Elabora, svolge e partecipa a percorsi di ricerca in ambito clinico assistenziale, organizzativo e formativo, rendendone disponibili i risultati.

Art. 10 L'Infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica e aggiorna le competenze attraverso lo studio e la ricerca, il pensiero critico, la riflessione fondata sull'esperienza e le buone pratiche, al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle attività. Pianifica, svolge e partecipa ad attività di formazione e adempie agli obblighi derivanti dal programma di Educazione Continua in Medicina.

Protagonista ancora una volta è l'evidenza scientifica nella Legge numero 24 dell'8 marzo 2017 (cd. Legge Gelli-Bianco) all'art. 5 nel quale comma 1 gli operatori sanitari sono tenuti, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, ad attenersi alle raccomandazioni previste dalle linee guida (trattandosi di sintesi delle migliori evidenze scientifiche, permettono di definire standard assistenziali e criteri di appropriatezza con cui valutare le performance di professionisti e organizzazioni sanitarie e, pur mantenendo un orientamento più culturale che normativo, possono essere utili riferimenti nel contenzioso medico-legale) pubblicate ed elaborate da enti e istituzioni pubbliche e privati, nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco.

Qualora dovessero mancare le suddette raccomandazioni, i professionisti sanitari si atterranno alle buone pratiche clinico-assistenziali. A tal proposito l'ulteriore novità del ddl Gelli definisce anche i requisiti che devono possedere le società scientifiche e le associazioni tecnico-scientifiche, attraverso un successivo decreto del Ministero della Salute.

E' da queste norme che è partito lo studio che ha portato alla stesura della presente tesi di Laurea. Alla luce di queste nuove direttive sia legali che deontologiche è naturale chiedersi a che livello sia la ricerca infermieristica e in che direzione si stia muovendo; non è perdonabile infatti che una professione come la nostra, che interviene pesantemente nel determinare lo stato di salute di coloro che ogni giorno necessitano di cure sanitarie, non si prodighi a migliorare e aggiornare le sue conoscenze. Qual è, quindi, la reale ed attuale condizione della ricerca infermieristica?

### **3.2 Obiettivo**

Lo studio seguente ha lo scopo di indagare se e come gli infermieri utilizzano l'approccio Evidence-Based per l'assunzione delle decisioni nella pratica clinico-assistenziale ed il loro rapporto con la ricerca infermieristica, in particolare indagando: le principali fonti del sapere infermieristico, l'abitudine alla lettura delle riviste e la partecipazione ad attività scientifiche ed infine i fattori influenzanti il raggiungimento dell'Evidence Based Practice.

### **3.3 Materiali e metodi**

#### **Disegno di studio**

Lo studio osservazionale multicentrico, dal disegno cross-sectional, è stato condotto dal 30 Febbraio 2019 al 30 Settembre 2019.

#### **Partecipanti e centri**

Tutti gli infermieri in servizio nelle Unità Operative (UUOO) di: Cardiologia, Chirurgia, Day Surgery, Ematologia/BCM, Medicina Ovest, Medicina Est, Ortopedia, Pronto soccorso/Murg, Pediatria/Patologia Neonatale, Pneumologia, Rianimazione, Urologia, UTIC, Aritmologia/Emodinamica, Centrale Operativa 118 del Presidio Ospedaliero (PO) di Ascoli Piceno che, informati sulle modalità e le finalità dello studio, hanno accettato di parteciparvi, sono stati arruolati per l'indagine conoscitiva. Inoltre, sono stati arruolati tutti gli infermieri che nel periodo di studio erano in possesso di una casella di posta elettronica, contatto Facebook o Instagram, che avevano la possibilità di collegarsi online al Link: [https://docs.google.com/forms/d/1XnyGGfLYKvf-j6KGav0C-KbhIanzoPFFzg\\_57Ynw-Vs/edit](https://docs.google.com/forms/d/1XnyGGfLYKvf-j6KGav0C-KbhIanzoPFFzg_57Ynw-Vs/edit) per la partecipazione volontaria allo studio. Il reclutamento è avvenuto mediante un campionamento di convenienza. Sono stati presi in considerazione ed invitati a partecipare allo studio tutti gli infermieri in servizio nelle UUOO precedentemente elencate.

#### **Criteri di inclusione**

Il requisito per la partecipazione allo studio è stata la sottoscrizione del consenso informato. Inoltre sono stati presi in considerazione solo i questionari compilati in ogni sua parte e consegnati entro la fine del periodo d'indagine.

Per lo svolgimento del questionario online sono stati inclusi tutti gli infermieri che hanno risposto a tutte le domande segnalate come obbligatorie.

#### **Criteri di esclusione**

Sono stati esclusi gli infermieri che hanno accettato di partecipare allo studio, che non hanno fornito il consenso informato, che non hanno compilato il questionario in ogni sua parte.



Nella variante del questionario online sono stati esclusi tutti gli infermieri che non hanno risposto alle domande segnalate come obbligatorie.

### **Procedura di studio**

Lo strumento di raccolta dati era rappresentato da un questionario, che è stato somministrato in orari concordati preventivamente con coordinatori infermieristici delle UO partecipanti, in modo da non interferire in alcun modo con le normali attività clinico-assistenziali. La somministrazione è avvenuta da parte della ricercatrice responsabile dello studio (CDI), appositamente formata sulla modalità di raccolta dati e sulle procedure di studio. Il questionario veniva consegnato all'inizio di ogni turno e ritirato alla fine dello stesso. Gli infermieri tramite auto somministrazione qualora interessati a partecipare dovevano completare il foglio in ogni sua parte.

I dati raccolti sono stati successivamente soggetti ad elaborazione statistica e trasformati in forma totalmente anonima.

### **Descrizione dello strumento di raccolta dati**

Il questionario (Allegato 1) è costituito da 4 parti: la prima parte mira ad indagare le caratteristiche socio demografiche dei partecipanti; prendendo in considerazioni variabili anagrafiche, variabili professionali e variabili formative. La seconda parte è costituita da un questionario validato di Estabrooks 1998, nella versione italiana di Chiari et al. (2010) formato da 16 item, volti ad esplorare quali sono le principali fonti del sapere che gli infermieri trasferiscono nella pratica clinico assistenziale. La terza parte è costituita da un questionario validato di D'Aglio et al. (2010) formato da 4 domande riguardanti l'abitudine alla lettura delle riviste scientifiche e tre domande riguardanti la partecipazione ad attività scientifiche da parte degli infermieri. La quarta parte è costituita da un questionario di (Gerrish & Clayton) 2004 formato da 8 item, volti ad esplorare le principali barriere che gli infermieri percepiscono nell'applicazione della ricerca nella pratica clinico assistenziale.

### **3.4 Analisi statistica**

I dati categorici sono stati presentati come frequenze assolute e percentuali. Le variabili continue, sono state sintetizzate tramite misure di tendenza centrale (media e mediana) e di variabilità (deviazione standard e range). Le analisi statistiche sono state condotte mediante l'applicazione del Test F e del Test T.

Il test-t verifica se la differenza tra le medie di due gruppi sia uguale a un valore specificato dall'ipotesi nulla per la differenza (nel nostro caso, valuteremo sempre una differenza pari a zero). Come è noto il test-t ha la seguente formula:

$$t = \frac{(\bar{x}_1 - \bar{x}_2)}{\sqrt{\frac{(s_1)^2}{n_1} + \frac{(s_2)^2}{n_2}}}$$

Dove:

- $\bar{x}_1$  è la media del campione 1
- $S_1$  è la deviazione standard del campione 1
- $N_1$  è la dimensione del campione 1

Le assunzioni che occorrono per eseguire il test sono che: entrambi i campioni sono casuali, la variabile numerica ha una distribuzione normale in entrambe le popolazioni e la deviazione standard della distribuzione è la stessa nelle due popolazioni. Quest'ultimo assunto viene verificato appunto dal test F che testa se le varianze di due popolazioni siano uguali. Nel caso in cui le due varianze fossero diverse allora si usa il test-t approssimato di Welch. Il test-t di Welch è simile al test t per due campioni, ad eccezione del fatto che l'errore standard e i suoi gradi di libertà vengono calcolati in modo diverso. Come abbiamo già detto, quando si esegue un test inferenziale occorre formulare un'ipotesi iniziale e l'ipotesi più semplice è l'ipotesi zero, ovvero che le due medie ottenute dai due gruppi di dati, siano statisticamente uguali in quanto rappresentano la stima di un'unica popolazione,  $H_0: \mu_1 = \mu_2$ . L'aggettivo "statisticamente" sta ad indicare che le medie non saranno mai "esattamente" uguali a causa di un "errore" statistico dovuto alla variabilità intrinseca dei componenti dei due gruppi. Pertanto, quello che dobbiamo verificare è se questa differenza sia dovuta solo alla componente stocastica (casuale) oppure alla variabile di raggruppamento, ciò al fatto che le medie sono state ottenute a partire da due categorie distinte e quindi sono stime di due popolazioni differenti,  $H_1: (\bar{x}_1 = \mu_1) \neq (\bar{x}_2 = \mu_2)$ .

Le decisioni statistiche possono comportare possibilità di compiere errori per questo vi è la necessità di stabilire dei limiti di probabilità massima di cadere nell'errore.

Tali limiti vengono chiamati “livelli di significatività” del test. Quelli più frequenti sono:

<b>Livello di significatività</b>	<b>Livello di fiducia</b>
<b>0.10=10% *</b>	90%
<b>0.05=5% **</b>	95%
<b>0.01=1% ***</b>	99%

Il software utilizzato è stato Microsoft Office Excel 2013.

### **3.5 Considerazioni etiche**

Per l'espletamento dell'indagine conoscitiva è stata chiesta l'autorizzazione di frequenza, somministrazione, rilevazione e ricerca dati ai: Direttori Sanitari dell'ASUR Aria Vasta 5-sede di Ascoli Piceno, P.O. “C.G: Mazzoni”; al Dirigente delle professioni Sanitarie; al Dirigente Dipartimentale.

Ogni informazione personale acquisita è stata trattata dal ricercatore attenendosi alle indicazioni fornite dalle norme di Buona Pratica Clinica (Decreto Ministero della Sanità 14 Luglio 1997) nonché a quelle per la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali (Legge 31 Dicembre 1996, n.675 e successive modifiche e integrazioni, D.Lgs n.196/2003).

Tale tutela veniva garantita attraverso la sottoscrizione da parte dei partecipanti allo studio del consenso informato. Si precisa che il questionario è stato somministrato in forma anonima.

### **3.6 Risultati**

In seguito alla raccolta dati sono pervenuti 152 questionari dei quali 2 sono stati eliminati in quanto contrastanti con i criteri di inclusione.

E' stato disponibile per l'analisi statistica un totale di 150 questionari dei quali 45 (30%), pervenuti tramite partecipazione volontaria allo studio con compilazione del questionario online e 105 (70%) pervenuti tramite compilazione cartacea del questionario.

## **Dati anagrafici, attività professionale e percorsi formativi**

La tabella I illustra le diverse caratteristiche del campione: aspetti anagrafici, professionali e formativi.

I partecipanti sono per lo più di genere femminile (77%) e la distribuzione in fasce d'età evidenzia una prevalenza di infermieri tra i 40 e i 49 anni.

Il personale intervistato risulta essere composto prevalentemente da infermieri (96%) con un'anzianità di servizio dai 20 ai 29 anni (27%), seguita dalla fascia >4 (26%). Il 34% di essi lavora in Emergenza/Terapia Intensiva, il 33% in quella Medica ed il 17% nell'Area Chirurgica.

Per quanto riguarda i percorsi formativi, la laurea triennale è il titolo di studi più frequente (54%), seguito dal diploma regionale (31%).

La formazione post-base è rappresentata principalmente dai master di studio (32%); tuttavia la maggioranza del campione non ha proseguito la formazione dopo il titolo di studio (48%).

Gli infermieri con formazione in metodologia di ricerca e/o EBN risultano essere il 28% del campione.

Il campione si distribuisce nella nostra nazione con una maggioranza di riscontri provenienti dal Centro Italia (79%), ove hanno partecipato: Lazio, Marche e Toscana; a seguire troviamo il Nord Italia con Liguria, Lombardia, Emilia-Romagna, Trentino Alto Adige, Piemonte e Veneto (17%); l'Italia del Sud e l'Italia Insulare con Abruzzo, Puglia e Sardegna rappresentano solo il 5% del campione.

**Tabella I. Caratteristiche socio-anagrafiche e demografiche del campione (n = 150)**

<b>Variabili</b>	<b>Frequenza (n)</b>	<b>Percentuale (%)</b>
<b>Genere:</b>		
Maschi	35	23
Femmine	115	77
<b>Età:</b>		
20-29	34	23
30-39	31	21
40-49	52	35

50-59	27	18
>60	6	1

#### **Provenienza**

Nord Italia	25	17
Centro Italia		
Sud Italia	118	79
	7	5

#### **Qualifica professionale:**

Infermiere	144	96
Infermiere coordinatore	4	3
Infermiere dirigente	0	0
Infermiere tutor universitario	1	1

#### **Anni di servizio:**

<4	39	26
5-9	14	9
10-19	35	23
20-29	41	27
>30	18	12

#### **Aree di lavoro**

Area medica	50	33
Area chirurgica	26	17
Emergenza/Terapia intensiva	51	34
Area materno/infantile	13	9
Sanità pubblica	8	5
Libero Professionista	2	1

#### **Titolo di studi:**

Diploma regionale	46	31
Diploma universitario	17	11
Laurea triennale	78	52

Dottorato di ricerca	2	1
<b>Formazione post-base:</b>		
Master	48	32
Formazione post-diploma	11	7
Corsi di specializzazione regionale	16	11
Corsi di perfezionamento universitari	3	2
Nessuna	72	48
<b>Corsi in metodologia e/o EBN:</b>		
Si	42	28
No	108	72

### **Le fonti del sapere che gli infermieri trasferiscono nella pratica clinico-assistenziale**

La Tabella II illustra le risposte degli infermieri riguardo all'applicazione dell'EBP nella pratica clinica.

Le principali fonti del sapere che gli infermieri utilizzano nel contesto clinico-assistenziale sono quelle ottenute da protocolli e procedure, avendo ottenuto un punteggio medio pari a 4.35 (DS=0.67) corrispondente ad una frequenza di impiego collocabile tra "spesso" e "sempre", seguite dall'esperienza personale con punteggio medio di 4.25 (DS=0.71) e dalle informazioni acquisite durante la formazione di base con un punteggio medio di 4.22 (DS=0.78). Le fonti del sapere che gli infermieri impiegano "raramente" o "occasionalmente" nella pratica clinico-assistenziale sono quelle ottenute dai mass media commerciali, televisione, internet, etc. con un punteggio medio di 2.14 (DS=1.09) seguite da articoli pubblicati in riviste mediche con punteggio medio di 2.97 (DS=1.24).

**Tabella II. Risposte del campione sulle principali fonti del sapere (n=150)**

<b>Item</b>	<b>Media</b>	<b>Deviazione standard (DS)</b>
<b>La conoscenza che uso nella pratica, si basa su...</b>		
Le informazioni che acquisisco da ogni assistito	3.25	1.21
Le mie intuizioni, su quello che sembra essere "giusto" per l'assistito	3.13	1.11

La mia esperienza personale di assistenza agli assistiti acquisita nel tempo	3.96	0.91
Informazioni che ho acquisito durante la mia formazione di base	4.22	0.78
Quello che i medici discutono con me	3.52	1.06
Nuove procedure e terapie di cui sono venuto/a a conoscenza dopo che i medici le hanno prescritte ai pazienti	3.48	0.97
Articoli pubblicati in riviste mediche	2.97	1.24
Articoli pubblicati in riviste infermieristica	3.31	1.18
Articoli pubblicati in riviste di ricerca infermieristica	3.39	1.18
Informazioni tratte dai libri di testo	3.57	1.08
La mia esperienza lavorativa	4.25	0.71
Ciò che ho sempre fatto	2.68	1.25
Informazioni acquisite dai mie colleghi infermieri	3.18	0.90
Informazioni ottenute frequentando convegni e conferenze	3.96	0.62
Informazioni ottenute da protocolli e procedure	4.35	0.67
Informazioni ottenute dai mass media commerciali, televisione, internet, etc.	2.14	1.09

### **Confronto relativo alle risposte del questionario fornite dagli intervistati in base al livello di formazione**

Come evidenziato in tabella III, 46 infermieri (30.6%) possiedono una formazione regionale; invece 95 infermieri (63.3%) possiedono una formazione universitaria di I livello intesa come diploma universitario o laurea triennale.

La tipologia di formazione, come mostra la Tabella III, sembra influenzare i punteggi medi di alcuni items riguardanti l'utilizzo delle fonti del sapere degli infermieri nella pratica clinica prendendo come statisticamente significativi a livelli di fiducia del 90% con  $p < 0.10$  (\*), 95% con  $p < 0.05$  (\*\*), 99% con  $p < 0.01$  (\*\*\*) (Alta significatività). Si nota come gli infermieri che hanno una formazione universitaria di I livello preferiscono come fonte di informazione per la loro pratica clinica: informazioni tratte dai libri di testo ( $p < 0.01$ ), articoli pubblicati in riviste

di ricerca infermieristica ( $p<0.05$ ), informazioni acquisite dai colleghi infermieri ( $p<0.05$ ) e articoli pubblicati in riviste mediche ( $p<0.05$ ).

**Tabella III. Confronto fra formazione Regionale ed universitaria di I livello**

<b>Item</b>	<b>Formazione Regionale (n=46) Media</b>	<b>Formazione e universitari a I livello (n=95) Media</b>	<b>P-value</b>	
<b>La conoscenza che uso nella pratica, si basa su...</b>	3.04	3.39	0.12	
Le informazioni che acquisisco da ogni assistito	3.15	3.17	0.95	
Le mie intuizioni, su quello che sembra essere “giusto” per l’assistito	4.11	3.96	0.36	
La mia esperienza personale di assistenza agli assistiti acquisita nel tempo	4.01	3.95	0.36	
Informazioni che ho acquisito durante la mia formazione di base	4.24	4.26	0.89	
Quello che i medici discutono con me	3.37	3.63	0.18	
Nuove procedure e terapie di cui sono venuto/a a conoscenza dopo che i medici le hanno prescritte ai pazienti	3.39	3.54	0.39	
Articoli pubblicati in riviste mediche	2.5	3.10	0.007	**
Articoli pubblicati in riviste infermieristica	3.02	3.36	0.14	
Articoli pubblicati in riviste di ricerca infermieristica	3.00	3.5	0.03	**
Informazioni tratte dai libri di testo	3.08	3.8	0.0001	***
La mia esperienza lavorativa	4.39	4.22	0.19	
Ciò che ho sempre fatto	2.74	2.73	0.98	
Informazioni acquisite dai miei colleghi infermieri	3	3.36	0.02	**



Informazioni ottenute frequentando convegni e conferenze	3.96	3.95	0.94
Informazioni ottenute da protocolli e procedure	4.43	4.32	0.34
Informazioni ottenute dai mass media commerciali, televisione, internet, etc.	1.98	2.21	0.25

Stratificando ulteriormente il campione e mettendo a confronto gli infermieri con formazione regionale (n=46) e gli infermieri con una formazione universitaria di II livello (n=9) (Tab. IV) si evidenziano le stesse differenze nei punteggi medi degli items ma con una probabilità maggiore assumendo valori di p inferiori rispetto alla Tabella III. Infatti, gli infermieri che hanno avuto una formazione universitaria di II livello preferiscono come fonte di informazione per la loro pratica clinica: informazioni tratte dai libri di testo (p<0.01), articoli pubblicati in riviste di ricerca infermieristica (p<0.01), informazioni acquisite da colleghi infermieri (p<0.05) ed articoli pubblicati in riviste mediche (p<0.01).

**Tabella IV. Confronto fra formazione Regionale vs universitaria di II livello**

Item	Formazione Regionale (n=46) Media	Formazione universitaria II livello (n=9) Media	P-value
<b>La conoscenza che uso nella pratica, si basa su...</b>			
Le informazioni che acquisisco da ogni assistito	3.04	3.39	0.12
Le mie intuizioni, su quello che sembra essere “giusto” per l’assistito	3.15	3.17	0.95
La mia esperienza personale di assistenza agli assistiti acquisita nel tempo	4.11	3.96	0.36
Informazioni che ho acquisito durante la mia formazione di base	4.24	4.26	0.89
Quello che i medici discutono con me	3.37	3.63	0.18

Nuove procedure e terapie di cui sono venuto/a a conoscenza dopo che i medici le hanno prescritte ai pazienti	3.39	3.54	0.39	
Articoli pubblicati in riviste mediche	2.5	3.10	0.008	***
Articoli pubblicati in riviste infermieristica	3.02	3.36	0.14	
Articoli pubblicati in riviste di ricerca infermieristica	3	3.5	0.004	***
Informazioni tratte dai libri di testo	3.08	3.8	0.0001	***
La mia esperienza lavorativa	4.39	4.22	0.18	
Ciò che ho sempre fatto	2.74	2.73	0.98	
Informazioni acquisite dai mie colleghi infermieri	3	3.36	0.02	**
Informazioni ottenute frequentando convegni e conferenze	3.96	3.95	0.94	
Informazioni ottenute da protocolli e procedure	4.43	4.32	0.35	
Informazioni ottenute dai mass media commerciali, televisione, internet, etc.	1.97	2.21	0.25	

La Tabella V, inoltre, mostra che 78 infermieri (52%) possiedono una formazione post base di primo livello (Master) o di secondo livello (Laurea Magistrale/Dottorato di ricerca).

Il livello di formazione post-base sembra influenzare, anche se in piccola parte, il punteggio medio di alcuni items riguardanti l'utilizzo delle fonti del sapere degli infermieri nella pratica clinica. I punteggi medi significativamente influenzanti riguardano: informazioni acquisite durante la formazione di base ( $p < 0.01$ ), l'utilizzo di nuove procedure e terapie di cui si viene a conoscenza dopo che i medici le hanno prescritte ai pazienti ( $p < 0.10$ ), l'esperienza lavorativa ( $p < 0.10$ ), l'utilizzo dei mass media commerciali, televisione, internet etc. ( $p < 0.10$ ), ed informazioni ottenute da protocolli e procedure ( $p < 0.10$ ). Si nota come una formazione post-base diminuisca la frequenza con cui si utilizzano tali fonti di informazione.

**Tabella V. Confronto fra formazione di base vs avanzata**

<b>Item</b>	<b>Formazione di base (n=72) Media (DS)</b>	<b>Formazione avanzata (n=78) Media (DS)</b>	<b>P-value</b>	
<b>La conoscenza che uso nella pratica, si basa su...</b>				
Le informazioni che acquisisco da ogni assistito	3.19 (1.31)	3.29 (1.11)	0.61	
Le mie intuizioni, su quello che sembra essere “giusto” per l’assistito	3.01 (1,17)	3.23 (1.06)	0.23	
La mia esperienza personale di assistenza agli assistiti acquisita nel tempo	4 (0.96)	3.92 (0.85)	0.61	
Informazioni che ho acquisito durante la mia formazione di base	4.41 (0.70)	4.04 (0.82)	0.003	***
Quello che i medici discutono con me	3.59 (0.99)	3.45 (1.08)	0.39	
Nuove procedure e terapie di cui sono venuto/a a conoscenza dopo che i medici le hanno prescritte ai pazienti	3.64 (0.95)	3.34 (0.97)	0.06	*
Articoli pubblicati in riviste mediche	2.85 (1.25)	3.09 (1.20)	0.23	
Articoli pubblicati in riviste infermieristica	3.22 (1.18)	3.38 (1.18)	0.40	
Articoli pubblicati in riviste di ricerca infermieristica	3.22 (1.21)	3.54 (1.14)	0.11	
Informazioni tratte dai libri di testo	3.62 (1.08)	3.62 (1.07)	0.53	
La mia esperienza lavorativa	4.36 (0.65)	4.15 (0.76)	0.08	*
Ciò che ho sempre fatto	2.65 (1.26)	2.71 (1.26)	0.77	
Informazioni acquisite dai mie colleghi infermieri	3.17 (0.94)	3.19 (0.87)	0.85	
Informazioni ottenute frequentando convegni e conferenze	3.97 (0.66)	3.95 (0.58)	0.81	
Informazioni ottenute da protocolli e procedure	4.46 (0.59)	4.25 (0.71)	0.07	*
Informazioni ottenute dai mass media commerciali, televisione, internet, etc.	2.32 (1.18)	1.97 (0.99)	0.06	*

La Tabella VI mostra differenze ancora maggiori tra i punteggi medi degli items tra gli infermieri che hanno seguito un corso specifico in metodologia della ricerca e/o EBN e chi non ha seguito tale formazione; rispetto a coloro che avevano una formazione regionale messi a confronto con chi aveva invece una formazione universitaria di I o II livello (Tabella III, IV). Gli infermieri formati in metodologia della ricerca e/o EBN utilizzano maggiormente informazioni che derivano da articoli pubblicati in riviste infermieristiche ( $p<0.01$ ), mediche ( $p<0.01$ ), di ricerca infermieristica ( $p<0.01$ ) e libri di testo ( $p<0.01$ ); mentre chi non ha svolto questo specifico tipo di formazione ricorre maggiormente ad utilizzo delle informazioni acquisite durante la formazione di base ( $p<0.10$ ), ed informazioni ottenute dai mass media commerciali, televisione, internet, etc. ( $p<0.05$ ).

**Tabella VI. Confronto fra formazione EBN vs nessuna formazione specifica**

Item	Formazione EBN (n=42) Media (DS)	No formazione EBN (n=108) Media (DS)	P-value	
<b>La conoscenza che uso nella pratica, si basa su...</b>				
Le informazioni che acquisisco da ogni assistito	3.43 (1.24)	3.17 (1.19)	0.25	
Le mie intuizioni, su quello che sembra essere "giusto" per l'assistito	3.07 (1.14)	3.15 (1.10)	0.70	
La mia esperienza personale di assistenza agli assistiti acquisita nel tempo	3.78 (0.96)	4.03 (0.88)	0.14	
Informazioni che ho acquisito durante la mia formazione di base	4.05 (0.84)	4.29 (0.75)	0.09	*
Quello che i medici discutono con me	3.52 (1.03)	3.52 (1.07)	0.98	
Nuove procedure e terapie di cui sono venuto/a a conoscenza dopo che i medici le hanno prescritte ai pazienti	3.29 (1.06)	3.55 (0.93)	0.14	
Articoli pubblicati in riviste mediche	3.38 (1.21)	2.81 (1.21)	0.01	***
Articoli pubblicati in riviste infermieristica	3.76 (1.06)	3.13 (1.17)	0.003	***
Articoli pubblicati in riviste di ricerca infermieristica	3.88 (1.06)	3.20 (1.17)	0.002	***
Informazioni tratte dai libri di testo	3.83 (1.04)	3.46 (1.07)	0.06	*

La mia esperienza lavorativa	4.09 (0.88)	4.31 (0.63)	0.17	
Ciò che ho sempre fatto	2 (1.10)	2.94 (1.21)	2.96	
Informazioni acquisite dai mie colleghi infermieri	3.09 (0.93)	3.21 (0.89)	0.49	
Informazioni ottenute frequentando convegni e conferenze	3.93 (0.71)	3.97 (0.58)	0.72	
Informazioni ottenute da protocolli e procedure	4.39 (0.62)	4.34 (0.68)	0.70	
Informazioni ottenute dai mass media commerciali, televisione, internet, etc.	1.80 (0.94)	2.27(1.12)	0.02	**

### **Confronto relativo alle risposte del questionario fornite dagli intervistati in base all'anzianità di servizio**

Stratificando il campione in base all'anzianità di servizio (0-19 anni, >20) come descritto in Tabella VII, si nota che l'utilizzo delle fonti quali nuove procedure e terapie di cui sono venuto/a a conoscenza dopo che i medici le hanno prescritte ai pazienti ( $p<0.05$ ), articoli pubblicati in riviste mediche ( $p<0.01$ ), articoli pubblicati in riviste di ricerca infermieristica ( $p<0.05$ ), informazioni tratte dai libri di testo ( $p<0.01$ ) diminuiscono con l'aumentare dell'anzianità di servizio.

La classe di anzianità di servizio dai 0 ai 19 anni risulta essere più propensa alla ricerca e alla letteratura.

**Tabella VII. Punteggi medi per anni di servizio 0-19 vs 20 e più.**

Item	0-19 anni	>20 anni	P-value
	(n=88)	(n=62)	
	Media	Media	
<b>La conoscenza che uso nella pratica, si basa su...</b>			
Le informazioni che acquisisco da ogni assistito	3.37	3.06	0.12
Le mie intuizioni, su quello che sembra essere "giusto" per l'assistito	3.06	3.23	0.35

La mia esperienza personale di assistenza agli assistiti acquisita nel tempo	3.92	4.02	0.53	
Informazioni che ho acquisito durante la mia formazione di base	4.26	4.16	0.46	
Quello che i medici discutono con me	3.41	3.16	0.22	
Nuove procedure e terapie di cui sono venuto/a a conoscenza dopo che i medici le hanno prescritte ai pazienti	3.63	3.27	0.03	**
Articoli pubblicati in riviste mediche	3.19	2.65	0.008	***
Articoli pubblicati in riviste infermieristica	3.41	3.16	0.21	
Articoli pubblicati in riviste di ricerca infermieristica	3.56	3.15	0.05	**
Informazioni tratte dai libri di testo	3.82	3.21	0.001	***
La mia esperienza lavorativa	4.18	4.35	0.14	
Ciò che ho sempre fatto	2.55	2.87	0.13	
Informazioni acquisite dai mie colleghi infermieri	3.25	3.08	0.25	
Informazioni ottenute frequentando convegni e conferenze	3.93	4.00	0.51	
Informazioni ottenute da protocolli e procedure	4.30	4.43	0.22	
Informazioni ottenute dai mass media commerciali, televisione, internet, etc.	2.17	2.10	0.68	

Un'ulteriore stratificazione del campione per età (20-49, <50) mostra come la fascia di età più giovane sia più propensa alla ricerca, alla letteratura e al confronto con altre figure quali medici ed altri colleghi infermieri come illustra la Tabella VIII.

Infatti, si nota come l'utilizzo delle fonti quali articoli pubblicati in riviste mediche ( $p < 0.05$ ), informazioni tratte dai libri di testo ( $p < 0.01$ ), informazioni acquisite dai colleghi infermieri ( $p < 0.10$ ) ed informazioni acquisite dai medici ( $p < 0.05$ ) diminuisca all'aumentare dell'età.

**Tabella VIII. Punteggi medi per età 20-49 vs 50 e più**

<b>Item</b>	<b>20-49 anni (n=117) Media</b>	<b>&gt;50 anni (n=33) Media</b>	<b>P-value</b>	
<b>La conoscenza che uso nella pratica, si basa su...</b>				
Le informazioni che acquisisco da ogni assistito	3.29	3.09	0.41	
Le mie intuizioni, su quello che sembra essere “giusto” per l’assistito	3.13	3.12	0.99	
La mia esperienza personale di assistenza agli assistiti acquisita nel tempo	4	3.82	0.40	
Informazioni che ho acquisito durante la mia formazione di base	4.26	4.06	0.20	
Quello che i medici discutono con me	3.64	3.09	0.03	**
Nuove procedure e terapie di cui sono venuto/a a conoscenza dopo che i medici le hanno prescritte ai pazienti	3.55	3.24	0.11	
Articoli pubblicati in riviste mediche	3.12	2.44	0.005	***
Articoli pubblicati in riviste infermieristica	3.37	3.09	0.24	
Articoli pubblicati in riviste di ricerca infermieristica	3.43	3.22	0.36	
Informazioni tratte dai libri di testo	3.73	3	0.0005	***

La mia esperienza lavorativa	4.26	4.24	0.91
Ciò che ho sempre fatto	2.73	2.51	0.38
Informazioni acquisite dai miei colleghi infermieri	3.25	2.94	0.08 *
Informazioni ottenute frequentando convegni e conferenze	3.97	3.90	0.60
Informazioni ottenute da protocolli e procedure	4.36	4.33	0.83
Informazioni ottenute dai mass media commerciali, televisione, internet, etc.	2.18	2	0.41

**Confronto relativo alle risposte del questionario fornite dagli intervistati in base alla regione di appartenenza.**

Maggiori sono le differenze osservate nei punteggi medi degli items che riguardano le fonti del sapere degli infermieri nella loro pratica clinica, stratificando il campione per regione di appartenenza (Centro +Sud, Nord) come mostra la Tabella IX.

Si nota come chi proviene dal Centro o Sud Italia preferiscano assumere come fonte del sapere l'intuizione ( $p < 0.10$ ), l'esperienza ( $p < 0.10$ ), usi e consuetudini ( $p < 0.01$ ), informazioni ottenute da protocolli e procedure ( $p < 0.05$ ) ed informazioni ottenute dai mass media commerciali, televisione internet etc.; mentre invece chi proviene da una regione del Nord Italia preferisce assumere come fonte informazioni ottenute da articoli pubblicati in riviste di ricerca infermieristica ( $p < 0.05$ ), nuove procedure e terapie di cui sono venuti a conoscenza dopo che i medici le hanno prescritte ai pazienti ( $p < 0.01$ ) ed informazioni ottenute discutendo con i medici ( $p < 0.01$ ).

**Tabella IX. Punteggi medi per regione di appartenenza Sud + Centro vs Nord**

Item	Sud + Centro (n=125)  Media	Nord (n=25)  Media	P-value
------	---	-----------------------------	---------



<b>La conoscenza che uso nella pratica, si basa su...</b>				
Le informazioni che acquisisco da ogni assistito	3.26	3.2	0.83	
Le mie intuizioni, su quello che sembra essere “giusto” per l’assistito	3.20	2.76	0.07	*
La mia esperienza personale di assistenza agli assistiti acquisita nel tempo	4.02	3.68	0.09	*
Informazioni che ho acquisito durante la mia formazione di base	4.19	4.36	0.34	
Quello che i medici discutono con me	3.45	3.88	0.007	***
Nuove procedure e terapie di cui sono venuto/a a conoscenza dopo che i medici le hanno prescritte ai pazienti	3.39	3.96	0.004	***
Articoli pubblicati in riviste mediche	2.92	3.24	0.24	
Articoli pubblicati in riviste infermieristica	3.25	3.6	0.17	
Articoli pubblicati in riviste di ricerca infermieristica	3.30	3.84	0.04	**
Informazioni tratte dai libri di testo	3.50	3.88	0.11	
La mia esperienza lavorativa	4.27	4.16	0.47	
Ciò che ho sempre fatto	2.80	2.12	0.01	***
Informazioni acquisite dai mie colleghi infermieri	3.22	3	0.27	
Informazioni ottenute frequentando convegni e conferenze	3.98	3.84	0.29	
Informazioni ottenute da protocolli e procedure	4.40	4.12	0.05	**
Informazioni ottenute dai mass media commerciali, televisione, internet, etc.	2.26	1.56	0.0002	***

### **La lettura delle riviste infermieristiche e la partecipazione all'attività scientifica**

Per quanto riguarda la consultazione della letteratura scientifica professionale (Tabella X), possiamo considerare il campione diviso in tre parti: il 36.7% degli infermieri legge occasionalmente riviste infermieristiche, il 26.7% legge raramente ed il 20% legge spesso.

Il 64% degli infermieri dichiara di preferire riviste Italiane, come prima scelta, "L'infermiere" con il 37.3% è la rivista più consultata.

La maggioranza del campione, 41.3% dichiara di aver letto nell'ultimo anno una rivista infermieristica.

I dati riguardanti la partecipazione degli infermieri all'attività scientifica mostrano che: il 71.3% non ha mai partecipato a progetti di ricerca; è stato relatore ad un convegno il 26.7% e ha pubblicato articoli scientifici il 9.3% degli infermieri partecipanti alla ricerca.

**Tabella X. Risposte del campione sull'abitudine alla lettura delle riviste scientifiche e alla partecipazione ad attività scientifiche (n=150)**

<b>Variabili</b>	<b>Frequenza (n)</b>	<b>Percentuale (%)</b>
<b>Leggi riviste infermieristiche?</b>		
Mai	13	8.7
Raramente	40	26.7
Occasionalmente	55	36.7
Spesso	38	20
Sempre	4	2.7
<b>Che tipologia di riviste preferisci?</b>		
Italiane	96	64
Estere	3	2
Entrambe	49	32.7
Nessuna	1	0.7
<b>Quali riviste leggi tra quelle indicate?</b>		
Professioni infermieristiche	50	33.3
Management infermieristico	12	8

Assistenza infermieristica e ricerca	39	26
L'infermiere	56	37.3
Infermiere oggi	31	20.7
Nursing oggi	55	36.7
GISI	1	0.7
Scenario	5	3.3
AICO	5	3.3
Altro...	3	3.3

**Quante riviste hai letto nell'ultimo anno?**

Una	62	41.3
Due	49	32.7
>3	39	26
Nessuna	3	2

**Hai partecipato a progetti di ricerca?**

Si	43	28.7
No	107	71.3

**Sei stato relatore ad un convegno?**

Si	40	26.7
No	110	73.3

**Hai pubblicato articoli scientifici?**

Si	14	9.3
No	136	90.6

**Barriere nell'implementazione dell'EBP**

L'ultima parte del questionario indaga quali sono le principali barriere che gli infermieri percepiscono nell'applicazione della ricerca nella pratica clinico-assistenziale. (Tabella XI)

Gli aspetti messi in evidenza riguardano l'inadeguatezza delle risorse della struttura con un punteggio medio di 3.65 (DS=1.04) e la mancanza di autorità da parte degli infermieri per modificare le procedure in base alla ricerca con un punteggio di 3.57 (DS=1.01)

**Tabella XI. Risposte de campione riguardanti le principali barriere percepite (n=150)**

<b>Item</b>	<b>Media</b>	<b>Deviazione standard (DS)</b>
<b>La conoscenza che uso nella pratica, si basa su...</b>		
Il tempo è insufficiente per leggere il materiale di ricerca	3.23	1.12
Il tempo è insufficiente per implementare nuove idee	3.09	1.17
Il materiale è difficile da reperire	2.87	1.07
I risultati degli studi sono poco chiari	2.70	1.00
I risultati degli studi riportano dati contrastanti	2.65	0.80
Le risorse della struttura sono inadeguate per l'attuazione pratica della ricerca	3.65	1.04
Non ho l'autorità per modificare la procedura in base alla ricerca	3.57	1.16
Non riscontro vantaggi nell'attuazione della ricerca	2.13	1.01

### **3.7 Discussioni**

L'obiettivo primario di questo studio è stato quello di indagare se e come gli infermieri utilizzano l'approccio Evidence-Based per l'assunzione delle decisioni nella pratica clinico-assistenziale. Per arrivare ad una conclusione abbiamo preso in esame 4 variabili che abbiamo ritenuto possano influenzare l'implementazione nella pratica dell'EBP: le principali fonti del sapere infermieristico, l'abitudine alla lettura delle riviste, la partecipazione ad attività scientifiche ed infine i fattori influenzanti il raggiungimento dell'Evidence Based Practice.

I risultati relativi a "le principali fonti del sapere infermieristico" ricavati dall'intero campione stilano una graduatoria. Prendendo in considerazione gli item che hanno raggiunto un valore tale da collocarsi in una frequenza d'impegno mediamente prossimale a "spesso" e tra "spesso" e "sempre" hanno evidenziato che le cinque principali fonti utilizzate dagli infermieri sono: protocolli e procedure, l'esperienza lavorativa, informazioni acquisite durante la formazione di

base, informazioni ottenute frequentando convegni e conferenze, informazioni tratte dai libri di testo.

Lo studio di Estabrooks (1998) mostrava come principale fonte del sapere infermieristico le informazioni acquisite da ogni assistito, seguita dall'esperienza personale, informazioni acquisite durante la formazione di base, informazioni ottenute frequentando convegni e conferenze e informazioni ottenute da protocolli e procedure.

Lo studio di Chiari et al. (2010) ha evidenziato una conformità nei risultati con lo studio di Estabrooks, lasciando trasparire, allo stesso tempo, una lenta progressione nel cambiamento delle principali fonti del sapere infermieristico.

Comparando i risultati ottenuti da questa ricerca con quelli di Estabrooks (1998) si notano leggere discordanze. Infatti, dai dati ottenuti dal nostro studio emerge come gli infermieri facciano riferimento ai protocolli e alle procedure nella pratica clinica (media 4.35), mentre nello studio di Estabrooks (1998) gli operatori davano meno importanza a tale fonte (media 3.60). Questi dati rappresentano un passo in avanti verso l'EBP; dimostrando che gli infermieri hanno compreso e adottato l'importanza di basare i loro comportamenti sulle evidenze.

La formazione di base rimane una fonte importante di conoscenza, è infatti la base su cui costruire la propria professione e professionalità (media (4.22)).

L'esperienza lavorativa risulta essere una valida fonte nell'implementazione della pratica clinica (media 4.25). L'esperienza, nonostante sia un valore molto discusso, rappresenta un processo decisionale indispensabile tanto da essere citata nella definizione stessa di EBN: "integrazione della migliore evidenza prodotta dalla ricerca con la competenza e l'esperienza clinica e con le preferenze e i valori del paziente" (Di Censo, 1998).

Con una media di 3.96 troviamo come importante fonte del sapere le informazioni acquisite da convegni e conferenze. Questo risultato, aggiunto alle informazioni ottenute da protocolli e procedure e libri di testo (media 3.57) evidenzia quanto, ad oggi, non sia ancora preferito da parte dei professionisti il ricorso alle fonti primarie (media 3.39 per gli articoli in riviste di ricerca infermieristica). Oggi la tendenza è di ricorrere alla letteratura secondaria già sintetizzata e al territorio, come già definito da Estabrooks (1998); anche se queste fonti costituiscono ugualmente un'occasione di disseminazione dei risultati della ricerca e uno stimolo per i professionisti a studiare e tenerne conto.

Tuttavia le stratificazioni campionarie effettuate hanno creato delle variabili per quanto riguarda gli items inerenti le fonti primarie (riviste infermieristiche e di ricerca). Prendendo in esame il confronto fra gli infermieri con formazione regionale con coloro che hanno avuto invece una formazione universitaria di I livello; notiamo come, prendendo in esame gli items che sono parsi statisticamente differenti tra loro con livelli di significatività del 90%  $p < 0.10$ , 95%  $p < 0.05$  e 99%  $p < 0.01$ , il punteggio medio per quanto riguarda articoli pubblicati in riviste mediche (media 2.5 vs 3.20), riviste di ricerca infermieristica (media 3.00 vs 3.5), informazioni tratte dai libri di testo (media 3.08 vs 3.8) ed informazioni acquisite da colleghi infermieri (media 3 vs 3.36) aumentino significativamente. Tale concetto viene rafforzato dalla dal confronto fra gli infermieri con formazione regionale ed infermieri con una formazione universitaria ma questa volta di II livello. Si noti come gli items significativamente differenti tra di loro siano gli stessi ma con un livello di significatività maggiore che rafforza il concetto che tale differenza evidenziata nel campione sia realmente riproducibile a tutta la popolazione.

Altra stratificazione campionaria che mette a confronto gli infermieri con formazione EBN e gli infermieri con nessuna formazione specifica. Si noti come, con un livello di significatività del 99% ( $p < 0.01$ ), le medie aumentino significativamente per gli items degli articoli pubblicati in riviste mediche (media 3.38 vs 2.81), infermieristiche (media 3.76 vs 3.13), di ricerca (3.88 vs 3.20).

Tali differenze mettono in evidenza come un maggior livello di istruzione porti i professionisti a consultare fonti primarie di informazioni ed ad essere più qualificati in tutti gli aspetti della pratica basata sull'evidenza in accordo con lo studio di Gerrish et al. (2011).

Uno studio trasversale multicentrico (Xiao-Dan Li et al., 2019) mostra come il 91% degli infermieri con lauree specialistiche in Infermieristica aveva una buona o eccellente capacità di ricerca a rafforzare il concetto che una maggiore formazione porti ad una pratica basata sull'evidenza.

Ulteriori stratificazioni del campione mettono in evidenza due concetti molto discussi: gli anni di servizio e la regione di appartenenza.

Si noti come gli infermieri con anni di servizio da 0 a 19 preferiscano articoli pubblicati in riviste mediche (media 3.19 vs 2.65), di ricerca infermieristica (media 3.56 vs 3.15), informazioni tratte da libri di testo (media 3.82 vs 3.21) e nuove procedure e terapie a cui sono venuti a conoscenza dopo che i medici le hanno prescritte ai pazienti (media 3.63 vs 3.27) rispetto ai professionisti che hanno un'età di servizio maggiore a 20 anni.

Tale concetto viene rafforzato dalla stratificazione in base all'età anagrafica che evidenzia che gli infermieri con un'età compresa tra i 20 e i 49 preferiscano le fonti primarie di informazioni rispetto ai professionisti che hanno un'età maggiore di 50.

Tali differenze vengono riscontrate, inoltre, dalla stratificazione che mette a confronto gli infermieri che provengono dal Sud e Centro Italia e coloro che provengono dal Nord Italia. Gli items coinvolti questa volta sono maggiori e si nota come gli infermieri che provengono dalle regioni del meridione preferiscano fonti secondarie come l'intuizione (media 3.20 vs 2.76), l'esperienza (media 4.02 vs 3.68), informazioni ottenute da protocolli e procedure (4.40 vs 4.12) ed informazioni ottenute dai mass media commerciali, televisione internet etc.(media 2.26 vs 1.56); rispetto ai professionisti che provengono da regioni settentrionali che mettono al primo posto fonti primarie come: informazioni ottenute da articoli pubblicati in riviste di ricerca infermieristica (media 3.84 vs 3.30). E' evidente, quindi, come differenti setting lavorativi portino i professionisti a scegliere diverse fonti per la loro informazioni conflitto noto nella nostra Nazione.

I risultati relativi a l'abitudine alla letteratura delle riviste infermieristiche" ricavati dall'intero campione mostrano come il 22.7% degli infermieri consultano riviste infermieristiche con una frequenza tra "spesso e/o "sempre". Tuttavia i dati percentuali risultano inferiori rispetto ad altri studi condotti a livello mondiale che esplorano questo aspetto. Uno studio di Kuuppelomaki et al (2005) mostra che il 56% dei 400 professionisti finlandesi intervistati legge riviste "spesso"; una altro studio condotto in un ospedale australiano di Retsas (2000) mostra come il 65% degli intervistati legge riviste con una frequenza tra "mensilmente" e "più frequentemente" e il 48% in uno studio su 87 infermieri irlandesi (Parahoo et al. 2000).

I risultati ottenuti sembrano essere inferiori anche rispetto allo studio italiano Dall'Oglio et al. (2010), dove il 435 degli infermieri dichiarano di consultare la letteratura scientifica professionale "abituamente" o "quando devono cercare qualcosa".

Notiamo come ci sia un netto peggioramento rispetto a questa abitudine dovuta forse anche all'avvento della nuove tecnologie, in generale possiamo dire che l'infermiere italiano è poco abituato alla lettura delle riviste come fonte per l'aggiornamento professionale, se confrontato con gli altri paesi in considerazione.

Il limite della lingua è evidente nella scarsa lettura delle riviste straniere (2%).

La rivista più letta risulta essere "Infermiere oggi" con il 37.3%.

“L’attività scientifica” degli infermieri è più frequente nella partecipazione a progetti di ricerca e nella presentazione di relazioni a convegni piuttosto che nella pubblicazione. In effetti lo scrivere una pubblicazione, che è la forma più utile per condividere e diffondere i risultati della propria pratica clinica e delle proprie ricerche, è un’attività complessa, che richiede tempo e un’approfondita revisione della letteratura. Kuuppelomaki (2003) e Dall’Oglio et al. (2010) riportano analoghe difficoltà, con uno scarsissimo numero di infermieri che pubblicano. Eppure, da un’analisi di alcune testate infermieristiche nazionali, emerge che negli anni sta aumentando l’entità delle pubblicazioni che riportano i risultati delle ricerche svolte (Marucci et al., 2005), anche se in misura assolutamente inferiore rispetto ad alcune importanti riviste internazionali (Sansoni et al., 2006).

Identificare i “fattori influenzanti il raggiungimento dell’Evidence Based Practice” è la base su cui lavorare per l’implementazione della ricerca nella pratica clinica.

Le tre barriere maggiormente percepite dagli infermieri del nostro studio riguardano: l’inadeguatezza delle risorse della struttura per l’attuazione pratica della ricerca (media 3.65), la mancanza di autorità per modificare le procedure in base alla ricerca (media 3.57) e la mancanza di tempo (media 3.23). I dati raccolti da questo studio sono in accordo con quelli dello studio britannico, Gerrish et al. (2004).

### **3.8 Limiti dello studio**

Le caratteristiche della popolazione oggetto dello studio non corrispondono esattamente al totale dell’universo in esame; l’attendibilità dello studio è comunque garantita dall’elevato tasso di risposta al questionario e dalla bassa proporzione dei missing data, che permette la generalizzabilità dei dati.

Inoltre limite di questo studio è legato alla validazione dello strumento originale per quanto riguarda l’indagine sulle principali barriere che gli infermieri percepiscono nell’applicazione della ricerca nella pratica clinico assistenziale (Gerrish et al., 2004). La mancata validazione potrebbe aver comportato limitazioni nella comprensione del significato di alcuni item.

In evidenza è da porre il fatto che tutti i partecipanti sono stati informati sulle motivazioni dello studio e che i questionari erano assolutamente anonimi, ma non si esclude che gli infermieri si siano, per certe risposte, attribuiti punteggi di autovalutazione leggermente superiori alla realtà.



### **3.9 Conclusioni**

Da questo studio sono emersi concetti importanti per la pratica infermieristica in Italia: gli infermieri con una formazione avanzata sono più propensi e fiduciosi nei confronti della ricerca. Questo interesse diminuisce con l'aumentare degli anni di servizio e l'età anagrafica. Si sono notate nette differenze anche per quanto riguarda la regione di appartenenza degli infermieri mostrando un divario ormai molto conosciuto tra nord e sud.

È emerso quindi un ritardo nello sviluppo della ricerca che non sia da ricondurre solo allo scarso sostegno o spinta alla ricerca, ma che debba ricollegarsi anche a uno scarso aggiornamento professionale. Gli infermieri infatti vivono il paradosso di essere consapevoli dell'importanza della ricerca, ma di essere poi poco propensi a aggiornare le proprie conoscenze. È necessario però l'impegno di tutti gli infermieri perché ci sia una reale spinta alla ricerca e ad un'assistenza basata sulle prove d'efficacia. Non serve che tutti gli infermieri facciano ricerca, ma è indispensabile quella cultura alla ricerca che spinga gli infermieri a informarsi, aggiornarsi e a rendersi conto che la propria attività può sempre essere migliorata attraverso la ricerca stessa. Bisogna quindi indirizzare gli infermieri alla lettura di articoli relativi alla ricerca infermieristica che si svolge in Italia e nel mondo, è auspicabile in definitiva una maggiore sensibilizzazione alla lettura di articoli di ricerca e la diffusione di progetti formativi orientati a formare tali infermieri a leggere in maniera critica i risultati della ricerca. Non è infatti immaginabile condurre una ricerca infermieristica se non si è in grado di comprenderne i risultati. Per diffondere maggiormente la ricerca non basta colmare le lacune riguardanti l'aggiornamento professionale, bisogna anche aiutare gli infermieri che vogliono condurre uno studio infermieristico ma che non hanno le risorse o le conoscenze per avviarlo.

Di cruciale importanza è inoltre promuovere una formazione avanzata che, come abbiamo visto dai risultati, porta una maggiore consapevolezza e conoscenza della pratica basata sull'evidenza.

Questo studio deve essere considerato come una base di partenza per quanto riguarda la percezione dei professionisti del tema della ricerca. L'importanza dell'argomento suggeriscono l'opportunità di ulteriori approfondimenti, estendendo il campione intervistato.

Cambiare costa, cambiare non è un gioco, cambiare comporta assumersi la responsabilità di sapere, saper essere e di saper fare. L'unione dei tre saperi è saper divenire, quella sfera in cui la formazione, l'autoformazione, la ricerca diventano la base per coltivare, annaffiare e curare gli altri saperi.

## CAPITOLO IV: APPENDICE

### 4.1 Bibliografia

Abrahamson, K.A., Fox, R.L., Doebbeling, B.N. (2012).” Facilitators and barriers to clinical practice guideline use among nurses: Survey responses from direct-care RNs speak to the importance of social and organizational factors in supporting the use of guidelines”, *American Journal of Nursing*, vol. 112, no. 7, pp. 26-35.

Agresti, A. (2018). *Statistical Methods for the Social Sciences*, 5th edition, Pearson.

Barker J., Linsley P., Kane R. (2016) “Evidence Based Practice for Nurses and Healthcare Professionals” (3<sup>th</sup> Ed.), London: Sage.

Camargo FC, Iwamoto HH, Galvão CM, Pereira GA, Andrade RB, Masso GC. (2018) “Competences and Barriers for the Evidence-Based Practice in Nursing: An Integrative Review”, *Texto Contexto-Enfermagem*, vol.26, no.4, pp. 104-707.

Casati M. (2005). “La documentazione infermieristica”, vol. Unico. (2<sup>nd</sup> Ed.), McGraw-Hill

Chiari P., Giancesini G., Loglisci B., Pizzuto M., Mosci D. (2010) “Come gli infermieri aggiornano le proprie conoscenze: indagine in tre ospedali del nord Italia”, *Assistenza infermieristica e ricerca*, no. 29, pp. 124-131.

Codice Deontologico 13.04.2019

Codice di Norimberga 1947

Dall’Oglio I., Gawronski O., Cuttini M., Ravà L., Ciliento G., Tiozzo E. (2010). “Lettura delle riviste infermieristiche e partecipazione all’attività scientifica da parte degli nfermieri: risultati di uno studio osservazionale”, *L’Infermiere*, vol.2, no. 47, pp. 25-33.

Decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, “Stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali”

Decreto del Presidente della Repubblica 31 ottobre 1974, n. 878, “Modificazioni allo statuto dell'Universita' degli studi di Milano”

Decreto Interministeriale 2 aprile 2001, “Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie”

Decreto Ministeriale del Ministero della Salute 14 settembre 1994, n. 739, “Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere”

Decreto Presidente Repubblica 11 luglio 1980, n. 382, “Riordinamento della docenza universitaria, relativa fascia di formazione nonché sperimentazione organizzativa e didattica”.

Department of Health London, 1993

Di Censo A., Cullum N., Ciliska D. (1998) “Implementing evidence based nursing: some misconceptions”, *Evidence Based Nursing*, no.1, pp.38-40.

Dichiarazione di Helsinki 1964

Estabrooks C.A. (1998) “Will Evidence-Based Nursing Practice Make Practice Perfect”, *Canadian Journal of Nursing Reserch*, vol.1, no. 30, pp. 15-36.

Fineout-Overholt, E., Williamson, K.M., Kent, B., Hutchinson, A.M. (2010). “Teaching EBP: Strategies for achieving sustainable organizational change toward evidence-based practice”, *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, vol. 7, no.1, pp.51-53.

Gerrish K., Clayton J. (2004) “Promoting Evidence-based practice: an organizational approach”, *Journal of Management Nursing*, no. 12 pp. 114-123.

Gerrish, K., Guillaume, L., Kirshbaum, M., McDonnell, A., Tod, A., Nolan, M. (2011). “Factors influencing the contribution of advanced practice nurses to promoting evidence-based practice among front-line nurses: Findings from a cross-sectional survey”, *Journal of Advanced Nursing*, vol. 67, no 5, pp. 1079-1090.

Gifford W., Zhang Q., Chen S., Davies B., Xie R., Wen S.W., Harvey G. (2018) “When east meets west: a qualitative study of barriers and facilitators to evidence-based practice in Hunan China”, *BMC Nurs.*, no.17 p. 26.

Guidelines for the investigative function of nurses

Hamer S, Collinson G. “Evidence-based practice”. (Edizione italiana a cura di P. Chiari, A. Santullo) Milano: McGraw-Hill

Hannes, K., Vandersmissen, J., De Blaeser, L., Peeters, G., Goedhuys, J., Aertgeerts, B. (2007). “Barriers to evidence-based nursing: A focus group study”, *Journal of Advanced Nursing*, vol.60, no. 2, pp. 162-171.

Hart, P., Eaton, L., Buckner, M., Morrow, B.N., Barrett, D.T., Fraser, D.D., Hooks, D., Sharrer, R.L. (2008). "Effectiveness of a computer-based educational program on nurses' knowledge, attitude, and skill level related to evidence-based practice", *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, vol.5, no. 2, pp. 75-84.

Holland K., Rees C. (2010) "Nursing: Evidence-based Practice Skills" New York: Oxford University Press.

Human rights guidelines for nurses in clinical and other research

Julita Sansoni; Anna Rita Marucci; Stefania Comerci. (2006). "Infermieri e ricerca: analisi di due riviste infermieristiche internazionali", *Professioni infermieristiche*, vol.59, no. 1, pp. 41-48.

Kitson A., Harvey G., McCormack B., (1998). "Enabling the implementation of evidence-based practice: a conceptual framework", *Quality and Safety in Health Care*, vol. 7, no.3, pp 149-158

Kuppelomaki M., Toumi J., (2005) "Finnish nurses attitudes towards nursing research and related factors", *International Journal of nursing Studies*, no.42, pp. 187-196.

Legge 10 agosto 2000, n. 251, "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica"

Legge 19 novembre 1990, n. 341, "Riforma degli ordinamenti didattici universitari"

Legge n. 190 23.12.2014, "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilita' 2015)"

Legge n. 24 8.03.2017, Legge 8 Marzo 2017, N. 24 (LEGGE GELLI/BIANCO) "Adempimenti operativi"

Legge Regionale 31 dicembre 1980, N. 106, "Norme sulla costituzione e il riparto del fondo sanitario regionale, sul bilancio, la contabilità e l'amministrazione del patrimonio in materia di servizi di competenza delle unità socio-sanitarie locali (U.S.S.L.)"

Lo Biondo-Wood G., Haber J. (2004). "Metodologia della ricerca infermieristica", vol. Unico. (5<sup>th</sup> Ed.), McGraw-Hill

Marucci A.R., Sansoni J., Pierantognetti P., Luzzetti E. (2005). "La produzione infermieristica scientifica italiana attraverso una analisi di cosa pubblicano gli infermieri", *Professioni Infermieristiche*, vol.4, no. 58, pp. 236-245.

McCaughan, D., Thompson, C., Cullum, N., Sheldon, T., Raynor, P. (2005). "Nurse practitioner and practice nurses' use of research information in clinical decision making: findings from an exploratory study", *Family Practice*, vol.22, no. 5, pp. 490-497.

Moloney, C.W. (2013). "Behavioural intention and user acceptance of research evidence for Queensland nurses: Provision of solutions from the clinician", *Nurse Education in Practice*, Vol. 13, no. 4, pp. 310-316.

Muir Gray J.A. (1997). "Evidence-Based health care: How to Make Health Policy and Management Decisions", vol. 29 no.2 New York: Churchill Livingstone

Nkowane AM. (1993). "Breaking the silence: the need for counselling of HIV/AIDS patients", *International Nursing Review* no. 40, pp.17–20.

Nkrumah I., Atuhaire C., Priebe G., Cumber S.N. (2018) "Barriers for nurses' participation in and utilisation of clinical research in three hospitals within the Kumasi Metropolis, Ghana", *Pan Afr. Med. J.*, no.30, p.24.

Parahoo K., Barr O., McCaughan E. (2000) "Research utilization and attitudes towards research among learning disability nurses in northern Ireland", *Journal of Advanced nursing*, vol.3, no. 31, pp. 607-613.

Polit D.F., Beck C.T. (2018). "Essentials of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice" (9<sup>th</sup> Ed.), Philadelphia:Wolters Kluwer.

Rapporto Consiglio Internazionale delle Infermiere (I.C.N.) 1986

Retsas A. (2000). "Barriers to using research evidence in nursing practice", *Journal of Advanced nursing*, vol. 4, no. 47, pp. 23-28.

Ring, N., Malcolm, C., Coull, A., Murphy-Black, T., Watterson, A. (2005) "Nursing best practice statements: An exploration of their implementation in clinical practice" *Journal of Clinical Nursing*, vol. 14, no. 9, pp. 1048-1058.

Royal College of Nursing London, 1993

Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. (2000). "Evidence- Based Medicine: How to Practice & Teach EBM". New York: Churchill Livingstone

Sinuff, T., Eva, K.W., Meade, M., Dodek, P., Heyland, D., Cook, D. (2007) "Clinical practice guidelines in the intensive care unit: A survey of Canadian clinicians' attitudes", *Canadian Journal of Anesthesia*, vol. 54, no. 9, pp. 728-736.

Strasburgo 29.4.1996 "Ricerca infermieristica: rapporto e raccomandazioni"

Xiao-Dan Li, Hui-Juan Chen, Ling Wang, Xiang Yan Kong e Jusu Ying.(2019). "Capacità di ricerca scientifica e necessità di formazione continua per infermieri con master in Cina", *The Journal of Continuing Education in Nursing*, vol. 50, no. 2, pp. 61-68.

## 4.2 Allegati

### Allegato 1: Strumento di raccolta dati



#### **Approccio Evidence-Based degli Infermieri per l'assunzione delle decisioni nella pratica clinico-assistenziale.**

Gentile Collega,

con questo questionario chiediamo la tua collaborazione per un'indagine conoscitiva per esplorare quali sono gli atteggiamenti degli infermieri nei confronti della ricerca; le principali fonti di aggiornamento professionale e se esistono barriere/ostacoli alla ricerca infermieristica. Non ci sono risposte giuste o sbagliate, ma solo risposte che ci aiuteranno a comprendere meglio le tue opinioni.

Il questionario è anonimo ed in nessun modo sarà possibile risalire a chi lo ha compilato. Ti ringraziamo per il contributo che vorrai dare.

#### **1. Informazioni socio-anagrafiche (Dati del compilatore)**

##### **Variabili anagrafiche:**

**Genere**    Maschio    Femmina  
**Età**        20-29    30-39    40-49    50-59    >60

##### **Variabili professionali:**

**Qualifica professionale**    infermiere    infermiere coordinatore    infermiere dirigente  
infermiere tutor universitario    altro specificare...

**Ospedale appartenenza** .....

**Regione**.....

**Unità Operativa (esatta denominazione)** .....

**Aree di lavoro**    area medica    area chirurgica    terapie intensive    area materno-infantile  
sanità pubblica    libero professionista

**Anni di servizio**    <4    5-9    10-19    20-29    >30

##### **Variabili formative:**

**Titolo di studio**    diploma regionale    diploma SSSCI    diploma universitario    laurea triennale    laurea magistrale    dottorato di ricerca    altro specificare...

**Formazione post-base**    master    formazione post-diploma    corsi di specializzazione regionale    corsi di perfezionamento universitari    altro specificare...

Corsi in metodologia della ricerca e/o EBN si no

~◆~

Con le seguenti domande (1-16) indaghiamo quali sono le principali fonti del sapere che gli infermieri trasferiscono nella pratica clinico-assistenziale (*Estabrooks, 1998*)

*Istruzioni:* per ciascuna delle seguenti affermazioni, apponi una "X" nella casella che meglio descrive la risposta alla domanda

Scala di valutazione: 1=mai; 2=raramente; 3=occasionalmente; 4=spesso; 5=sempre

La conoscenza che uso nella pratica, si basa su...					
1. le informazioni che acquisisco da ogni assistito	1	2	3	4	5
2. le mie intuizioni, su quello che sembra essere "giusto" per l'assistito	1	2	3	4	5
3. la mia esperienza personale di assistenza agli assistiti acquisita nel tempo	1	2	3	4	5
4. informazioni che ho acquisito durante la mia formazione di base	1	2	3	4	5
5. quello che i medici discutono con me	1	2	3	4	5
6. nuove procedure e terapie di cui sono venuto/a a conoscenza dopo che i medici le hanno prescritte ai pazienti	1	2	3	4	5
7. articoli pubblicati in riviste mediche	1	2	3	4	5
8. articoli pubblicati in riviste infermieristiche	1	2	3	4	5
9. articoli pubblicati in riviste di ricerca infermieristica	1	2	3	4	5
10. informazioni tratte dai libri di testo	1	2	3	4	5
11. la mia esperienza lavorativa	1	2	3	4	5
12. ciò che ho sempre fatto	1	2	3	4	5
13. informazioni fornite dai miei colleghi infermieri	1	2	3	4	5
14. informazioni ottenute frequentando convegni e conferenze	1	2	3	4	5
15. informazioni ottenute da protocolli e procedure	1	2	3	4	5
16. informazioni ottenute dai mass media commerciali, televisione, internet, etc	1	2	3	4	5

~◆~

Con le seguenti domande (da 1-4 e da 1-3) vogliamo conoscere rispettivamente l'abitudine alla lettura delle riviste scientifiche e la partecipazione ad attività scientifiche da parte degli infermieri (*Dall'Oglio et al. 2010*)

*Istruzioni:* per ciascuna delle seguenti affermazioni, apponi una "X" nella casella che meglio descrive la risposta alla domanda

Letture delle riviste infermieristiche	
1. Leggi riviste infermieristiche?	mai raramente occasionalmente spesso sempre
2. Che tipologia di riviste preferisci?	italiane estere entrambe



	nessuna
3. Quali riviste leggi tra quelle indicate?	Professioni infermieristiche Management infermieristico Assistenza Infermieristica e ricerca L'Infermiere Infermiere oggi Nursing oggi GISI Scenario AICO Altro:.....
4. Quante riviste hai letto nell'ultimo anno?	una due >tre
<b>Partecipazione alla ricerca</b>	
1. Hai partecipato a progetti di ricerca?	si no
2. Sei stato relatore a un convegno?	si no
3. Hai pubblicato articoli scientifici?	si no

~◆~

**Con le seguenti domande (1-8) ci proponiamo di indagare quali sono le principali barriere che gli infermieri percepiscono nell'applicazione della ricerca nella pratica clinico-assistenziale (Gerrish,2004)**

*Istruzioni: per ciascuna delle seguenti affermazioni, apponi una "X" nella casella che meglio descrive le tue sensazioni rispetto alla frase*

**Scala di valutazione: 1=per niente; 2=disaccordo; 3=indeciso; 4=d'accordo; 5=molto d'accordo**

1. Il tempo è insufficiente per leggere il materiale di ricerca	1	2	3	4	5
2. Il tempo è insufficiente per implementare nuove idee	1	2	3	4	5
3. Il materiale è difficile da reperire	1	2	3	4	5
4. I risultati degli studi sono poco chiari	1	2	3	4	5
5. I risultati degli studi riportano dati contrastanti	1	2	3	4	5
6. Le risorse della struttura sono inadeguate per l'attuazione pratica della ricerca	1	2	3	4	5
7. Non ho l'autorità per modificare le procedure in base alla ricerca	1	2	3	4	5
8. Non riscontro vantaggi nell'attuazione della ricerca	1	2	3	4	5

## **Allegato 2: Consenso informato**

### **INDAGINE: “Approccio Evidence-Based degli Infermieri per l’assunzione delle decisioni nella pratica clinico-assistenziale”**

La sua partecipazione a questa ricerca è del tutto volontaria e richiederà circa 15 minuti del suo tempo. Potrà scegliere liberamente di non partecipare all’indagine o di ritirarsi in qualsiasi momento. La completa compilazione del questionario e la Sua firma apposta nel modulo sottostante, sarà intesa come accettazione alla partecipazione allo studio.

Le ricordiamo che il trattamento dei dati avverrà nel rispetto dell’anonimato.

**Dichiaro di acconsentire alla compilazione del questionario sull’approccio Evidence-Based degli infermieri per l’assunzione delle decisioni nella pratica clinico-assistenziale.**

<b>U.O:</b>		
<b>NOME</b>	<b>COGNOME</b>	<b>FIRMA</b>

## Ringraziamenti

“Solo chi vive se stesso come persona, come un tutto significante, può capire le altre persone” (Edith Stein). Come diceva Stein l’altro mi è svelato non per mezzo dell’inferenza per analogia, ma dalla “proiezione o trasposizione empatica”. In queste parole è racchiusa la motivazione per cui ho scelto la facoltà di infermieristica una professione che ti insegna ad assistere, aiutare e pensare al prossimo con logica priorità e pensiero critico senza perdere se stessi.

Al termine di questo mio elaborato, mi è gradito porre i miei più sentiti ringraziamenti alle persone che ho avuto modo di incontrare in questo arco di tempo importante della mia vita che mi hanno aiutata a crescere sia professionalmente che umanamente.

Mille ringraziamenti sentiti per la guida solerte e competente sono rivolti alla Prof.ssa Valentina Simonetti. La mia gratitudine e la mia stima per lei sono dovute, oltre che alle sue competenze e conoscenze, al profondo calore umano con il quale ha saputo consolarmi ed incoraggiarmi soprattutto nei momenti di difficoltà.

Un ringraziamento particolare va alla correlatrice Prof.ssa Marida Andreucci che con solarità ha fortemente lavorato incoraggiando e aumentando la mia autostima.

Desidero, inoltre, ringraziare dal profondo del cuore il Prof. Di Economia Statistica Andrea Ciccarelli dell’Università di Scienze Politiche di Teramo che con pazienza e spirito critico mi ha insegnato, sostenuto, consigliato ed aiutato nell’elaborare l’analisi statistica del campione. Gli sono grata per la stima e l’amicizia che mi ha dimostrato regalandomi il suo sapere e tempo prezioso.

Non posso eludere dal ringraziare tutte le persone con cui ho iniziato il mio percorso di studi, in particolare Martina e Salvatore, con i quali ho condiviso la mia lacrima facile, momenti indimenticabili e difficoltà dando inizio ad una profonda e sincera amicizia.

Un grazie a Zia Luisa che nel momento più difficile della sua vita mi ha permesso di starle accanto riponendo fiducia nella mia persona e nelle mie capacità.

A Memena, la mia riconoscenza ed il mio affetto per il prezioso sostegno spirituale.

Ed infine ai miei fratelli, ai miei cugini e fidanzate, ai miei zii, alle mie nonne, alla mia metà per essermi stati sempre vicini e profondamente coinvolti.

A mamma e papà per essere stati Mamma e Papà.