



Universität
Basel

Medizinische Fakultät
Departement Public Health

Pflegewissenschaft
Nursing Science



inter*care*

Un modello di cura per rafforzare la
competenza geriatrica nelle case per
anziani:

**lo sviluppo del modello INTERCARE
e il suo contenuto.**

Sintesi



Il progetto **INTERCARE** è finanziato da:



Gesundheitsversorgung
Nationales Forschungsprogramm



Un modello di cura per rafforzare la
competenza geriatrica nelle case per
anziani:

lo sviluppo del modello INTERCARE e il suo contenuto.

Sintesi

Gli autori

Kornelia Basinska
Raphaëlle-Ashley Guerbaai
Carlo De Pietro
Carla Sargenti
Luisa Lomazzi
Michael Simon
Sabina De Geest
Nathalie I.H. Wellens
Christine Serdaly
Mario Desmedt
Reto W. Kressig
Dunja Nicca
Andreas Zeller
Anja Vaes
Franziska Zúñiga

Basilea 2021

Informazioni su questo rapporto

Questo rapporto può essere scaricato dal nostro sito web
www.intercare.nursing.unibas.ch/publikationen/

Questa pubblicazione fa parte del rapporto nazionale dello studio INTERCARE finanziato dal Fondo Nazionale Svizzero per la Ricerca Scientifica (FNS) nel quadro del Programma Nazionale di Ricerca "Smarter Health Care" (PNR 74).

Questa sintesi è disponibile in inglese, francese, tedesco e italiano.

Un elenco completo delle pubblicazioni di INTERCARE è disponibile sul sito web:
www.intercare.nursing.unibas.ch/publikationen/

Per saperne di più sul nostro lavoro

www.intercare.nursing.unibas.ch

Citazione suggerita

Basinska, K., Guerbaai, R.A., De Pietro, C., Sargenti, C., Lomazzi, L., Simon, M., De Geest, S., Wellens, N.I.H., Serdaly, Ch., Desmedt, M., Kressig, R.W., Nicca, N., Zeller, A., Vaes, A., Zúñiga, F. (2021). *Un modello di cura per rafforzare la competenza geriatrica nelle case per anziani: lo sviluppo del modello INTERCARE e il suo contenuto. Sintesi.*

Scaricato dal sito web dell'Istituto di Infermieristica dell'Università di Basilea:

<https://intercare.nursing.unibas.ch/publikationen/>

Pubblicato da

Istituto di Infermieristica, Facoltà di Medicina,
Università di Basilea, 2021

INTERCARE™ è registrato e protetto da marchio.

Il materiale escluso include immagini, esperienze personali e grafici di terzi, compresi gli individui.

Tabella dei contenuti

1 – Introduzione ... 3

2 – Lo studio INTERCARE ... 4

2.1 – Gli elementi base di INTERCARE ... 4

2.2 – Strategie di implementazione ... 6

3 – Sviluppo del modello INTERCARE ... 8

3.1 – Revisione della letteratura (primo studio) ... 8

3.2 – Analisi contestuale (secondo studio) ... 8

3.3 – Partecipazione degli stakeholder (terzo studio) ... 10

3.4 – Partecipazione di residenti e parenti (quarto studio) ... 10

4 – Sintesi ... 11

Acronimi e abbreviazioni ... 13

Bibliografia ... 14

Riconoscimenti

Questo rapporto riflette gli sforzi di tutti i membri del gruppo di ricerca INTERCARE, le case per anziani (CPA) che abbiamo visitato durante l'analisi ambientale e le CPA che hanno partecipato allo studio INTERCARE per un periodo di due anni.

Lo sviluppo del modello INTERCARE e di questo rapporto non sarebbe stato possibile senza le 14 CPA svizzere che hanno partecipato all'analisi ambientale, compresi i loro infermieri specialisti clinici e/o esperti clinici (esperti infermieri), responsabili delle cure, medici e direttori (delle cure), che hanno completato i questionari, partecipato alle interviste e fornito informazioni sui loro modelli di cura. Li ringraziamo per il loro tempo e sforzo, sia per le interviste che per leggere e correggere le descrizioni dei loro modelli.

Ringraziamo anche le 11 CPA che hanno partecipato alla parte di implementazione di INTERCARE con grande sforzo ed entusiasmo, e che sono state disposte a impegnarsi in un viaggio di due anni e a condividere le loro esperienze con noi. All'inizio del nostro viaggio, ci hanno aiutato a chiarire il contenuto degli elementi fondamentali del modello e hanno dato un feedback su tutti i documenti e gli strumenti necessari per un'implementazione di successo del modello.

Il gruppo di stakeholder è stato di grande sostegno durante tutto lo studio. Il loro contributo ci ha aiutato a sviluppare un modello di cura adattato al contesto svizzero e a superare le barriere all'implementazione, contribuendo così a un intervento sostenibile. Abbiamo apprezzato molto il loro impegno e la loro partecipazione.

Prefazione alla versione italiana

La Svizzera comprende quattro regioni linguistiche (svizzero-tedesca, francese, italiana e retoromancia) e conta 26 cantoni. Nel sistema federalista svizzero, i cantoni sono responsabili dell'organizzazione dell'assistenza alla loro popolazione. Questa governance federalista permette anche l'implementazione di strategie e modelli di cura locali, che sono fatti su misura e adattati ai bisogni della popolazione e del sistema sanitario locale. Pertanto, le regioni differiscono l'una dall'altra. Il Ticino, cantone di lingua italiana, ha specificità che lo rendono diverso dalle altre regioni e queste differenze sono descritte qui di seguito.

Negli ultimi 20 anni, le case per anziani ticinesi hanno formato 250 infermieri specialisti clinici in gerontologia e geriatria con un diploma di studi avanzati (DAS) ed esperti clinici con un master di studi avanzati (MAS). Per adempiere alla direttiva cantonale sulla qualità istituita nel dicembre 2015, ogni casa di cura dovrebbe avere almeno un infermiere specialista clinico formato in gerontologia e geriatria.

Il Ticino ha direttive cantonali in vigore da anni per quanto riguarda le direttive anticipate obbligatorie che devono essere presenti nella cartella del residente e adattate in base alle regole e ai regolamenti di ogni casa per anziani.

Sulla base di queste differenze, dobbiamo sottolineare che il modello INTERCARE non è stato pensato per l'implementazione nelle case per anziani ticinesi, dove le competenze geriatriche sono già accuratamente coperte dagli infermieri specialisti clinici ed esperti clinici. Con la direttiva cantonale, il Ticino è un modello per lo sviluppo della competenza geriatrica nelle CPA in Svizzera.



INTERCARE – «Migliorare le cure interprofessionali per migliorare i risultati dei residenti»



INTERCARE è un modello di cura gestita dagli infermieri per le case per anziani (CPA). Esso postula l'introduzione di infermieri di ruolo esteso con competenze geriatriche per migliorare la cura dei residenti e per sostenere il personale infermieristico, con l'obiettivo generale di ridurre le ospedalizzazioni non pianificate.

Lo studio INTERCARE consiste in due fasi:

- » **Fase A,**
sviluppa un modello di cura gestita da infermieri adattato al contesto svizzero (2017-2018).
- » **Fase B,**
valuta l'implementazione e l'efficacia clinica del modello sviluppato in undici CPA della Svizzera tedesca (2018-2020).

Questo rapporto si concentra sulla fase di sviluppo del modello di assistenza gestita infermieristica adattato al contesto svizzero - Fase A. Nella prima parte di questo rapporto, descriviamo il modello di cura INTERCARE e i suoi sei elementi fondamentali. Nella seconda parte, descriviamo come è stato sviluppato il modello.

Un ulteriore rapporto che valuta l'implementazione e l'efficacia clinica del modello dovrebbe essere pubblicato nel corso del 2022 e includerà raccomandazioni su pratiche e strategie che integrino il modello.

I – Introduzione

I cambiamenti demografici hanno portato a una crescente domanda di cure adeguate all'età nelle CPA [1]. I residenti vengono ammessi nelle CPA in età avanzata, con multimorbilità, affetti da demenza e con limitazioni nelle attività della vita quotidiana (in inglese, ADL) [2]. Questi residenti spesso richiedono un'assistenza centrata sulla persona che richiede determinate risorse, tra cui la gestione delle cure croniche, le cure palliative e il coordinamento delle cure da parte di professionisti qualificati. Tuttavia, accanto a una crescente domanda di cure più appropriate, c'è una crescente carenza di professionisti, in particolare di infermieri qualificati e medici curanti con competenze geriatriche [3]. Di conseguenza, gran parte dell'assistenza è svolta da assistenti di cura con poca formazione geriatrica e accompagnati da operatori sociosanitari (OSS)¹ e infermieri. A volte mancano di conoscenze geriatriche specifiche e il personale curante non è formato per gestire le malattie croniche, per rilevare precocemente il deterioramento dello stato di salute o per trattare in tempo le sindromi geriatriche. Il risultato è un aumento dei ricoveri ospedalieri non pianificati (compresi gli accessi al pronto soccorso), il che rappresenta un ulteriore disagio per i residenti delle CPA (ad esempio complicazioni iatrogene) e costi elevati per il sistema sanitario. A livello internazionale, tra il 19% e il 67% dei ricoveri sono considerati inappropriati [4]. Una stima ha dimostrato che in Svizzera i ricoveri inappropriati costano fino a 105 milioni di franchi svizzeri all'anno [5].

Queste sfide stanno spingendo le CPA a ripensare l'uso delle risorse esistenti in modo più efficiente. Gli infermieri qualificati sono fondamentali nelle cure a lungo termine ed è importante utilizzare e rafforzare le loro competenze in modo ottimale per garantire la competenza geriatrica nelle CPA e migliorare la qualità della vita. In questo senso, più paesi hanno introdotto e testato diversi modelli gestiti da infermieri [6-10]. In questi modelli di cura, sono soprattutto gli infermieri di pratica avanzata (APN o Advanced Practice Nurses), cioè gli infermieri formati a livello di master of science [11] con competenze in geriatria, ad assumere la leadership clinica nelle CPA. Gli infermieri di pratica avanzata, come coordinatori dei team di cura interprofessionali, assicurano la continuità e la coerenza delle cure e mettono in grado i team di cura di fornire un'assistenza geriatrica

appropriata che soddisfa i bisogni dei residenti [6-10]. Tuttavia, gli infermieri di pratica avanzata scarseggiano in Svizzera, come in altri paesi europei [12]. Inoltre, questi modelli di assistenza gestita dagli infermieri sono costituiti da più elementi centrali e coinvolgono diversi professionisti della salute - come infermieri, OSS, medici o fisioterapisti - ognuno con diversi modelli di pratica (cioè standard o metodi di cura) e ambiti di pratica (cioè procedure, azioni o termini di riferimento). Questo rende tali modelli di cura complessi da sviluppare, implementare e mantenere. Al fine di affrontare queste difficoltà e sviluppare un modello di cura sostenibile gestito dagli infermieri, lo studio INTER-CARE è stato progettato utilizzando i principi della scienza dell'implementazione (Implementation science), cioè metodi e strategie che facilitino l'adozione duratura di pratiche basate sull'evidenza da parte di professionisti.

¹In Svizzera, OSS sta per gli operatori sociosanitari. Si tratta di una formazione triennale nel campo dell'assistenza sanitaria che porta a un attestato federale di capacità (AFC). È paragonabile a quella di un'infermiera pratica/infermiera professionale autorizzata negli Stati Uniti, o di un'infermiera associata nel Regno Unito. L'operatore sociosanitario non è designato come infermiere in Svizzera. Gli infermieri hanno un minimo di tre anni di formazione.

2 – Lo studio INTERCARE

Lo studio INTERCARE è stato progettato per affrontare alcune delle sfide attuali nelle CPA svizzere sviluppando un modello di assistenza gestita dagli infermieri guidato dai principi della scienza dell'implementazione [13]. I principi chiave del "Implementation science" utilizzati nello sviluppo del modello sono stati l'analisi contestuale combinata con la partecipazione degli stakeholder. Tali principi hanno guidato la definizione delle strategie di implementazione e un approccio guidato dalla teoria basato sul Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) [14].

L'analisi contestuale è stata condotta per comprendere i diversi elementi dei modelli gestiti dagli infermieri in vigore nelle CPA svizzere, concentrandosi così su ciò che è rilevante e su ciò che funziona nelle CPA. Inoltre, ciò ha permesso di identificare i fattori che possono promuovere (cioè i facilitatori) o ostacolare (cioè le barriere) l'attuazione del modello. I facilitatori e le barriere identificati ci hanno permesso di definire strategie di implementazione per migliorare l'adozione del modello (ad esempio, fornendo formazione o supporto alle CPA [15]).

2.1 – Gli elementi base di INTERCARE

Il modello di cure INTERCARE consiste in **sei elementi base**. Ogni elemento base consiste di requisiti minimi, che sono obbligatori per le CPA, e di requisiti cosiddetti periferici, che le CPA sono liberi di adattare secondo i loro bisogni e le risorse disponibili. I sei elementi base sono:

1. Un team di cura interprofessionale:

Fornire cura con un focus geriatrico è complesso. Ciò può essere realizzato con successo solo se si tiene conto delle competenze delle diverse professioni. In INTERCARE abbiamo definito il team di cura come interprofessionale se comprende almeno due professioni: infermieri, medici generici, rappresentanti delle professioni terapeutiche o assistenti sociali, che lavorano insieme per soddisfare i bisogni individuali dei residenti [16].

Il requisito minimo per questo elemento è la definizione di una struttura definita che faciliti la comunicazione tra due diversi professioni (per esempio riunioni, visite) e la comu-

nicazione di questo accordo e del suo funzionamento all'interno della CPA. Ci aspettavamo che i team di cura si mettessero in contatto con i professionisti pertinenti per risolvere i problemi dei residenti. Abbiamo anche incoraggiato le CPA a considerare il ruolo dell'infermiere INTERCARE nel sostenere la comunicazione tra i team di cura e i medici di base come un requisito periferico.

2. L'infermiere INTERCARE:

L'infermiere INTERCARE è l'elemento centrale di INTERCARE. L'infermiere INTERCARE deve essere impiegato nelle CPA e lavorare lì. L'infermiere INTERCARE è un infermiere diplomato che deve avere almeno tre anni di esperienza nelle cure a lungo termine e lavorare un minimo del 60% per 80 residenti sotto la sua responsabilità (cioè 25 ore alla settimana per 80 residenti). L'infermiere INTERCARE è integrato nella pratica clinica e la sua attività principale è quella di supervisionare e sostenere i team di cura nel processo decisionale in situazioni complesse riguardanti i residenti e nella loro cura generale. La guida e il supporto dell'infermiere INTERCARE dovrebbero permettere al personale infermieristico di gestire efficacemente i problemi acuti, monitorare le malattie croniche e gestire i sintomi geriatrici. L'infermiere INTERCARE sostiene o conduce i colloqui con i residenti e i parenti per soddisfare i bisogni e le aspettative individuali. Inoltre, l'infermiere INTERCARE assiste i team di cura nella preparazione delle visite dei medici di base o nella comunicazione orale per influenzare la collaborazione interprofessionale e garantire una comunicazione efficace tra i residenti, il team di cura e i medici di base. L'obiettivo di questo ruolo è quello di migliorare i risultati clinici dei residenti, la qualità della vita e ridurre i ricoveri ospedalieri non pianificati (compresi i trasferimenti al pronto soccorso).

Il grado di coinvolgimento dell'infermiere INTERCARE nel miglioramento della qualità non è specificato dal modello e dipende dalla struttura delle CPA e dalla capacità ed esperienza dell'infermiere INTERCARE. Allo stesso modo, la misura in cui l'infermiere INTERCARE è responsabile dell'integrazione della valutazione geriatrica nella pratica dipende dalla sua precedente esperienza, e dalle specifiche possibilità delle CPA di offrire o sostenere un'ulteriore formazione, sotto la supervisione di un medico geriatra.

3. Valutazione geriatrica:

La valutazione geriatrica è un processo multidimensionale per valutare i bisogni di assistenza e trattamento del residente e per stabilire un piano di assistenza interprofessionale per promuovere il benessere e l'autonomia del residente [17]. L'infermiere INTERCARE deve effettuare una valutazione completa dei bisogni del residente, comprese le dimensioni fisiche, funzionali, mentali, sociali ed economiche che influenzano il benessere del residente. Come minimo, gli infermieri dovrebbero implementare strumenti di valutazione validati che siano appropriati per condurre una valutazione completa. Le CPA sono libere di scegliere quali strumenti di valutazione introdurre, chi deve utilizzarli (ad esempio tutti gli infermieri o solo l'infermiere INTERCARE, i fisioterapisti) e quando implementarli. La valutazione geriatrica INTERCARE integra processi e strumenti eventualmente già adottati dalle CPA, anche sulla base delle direttive dei diversi Cantoni.

4. Pianificazione anticipata delle cure (in inglese Advance Care Planning o ACP):

Lo sviluppo del progetto di ACP è un processo continuo che mira a chiarire principalmente le preoccupazioni, i desideri e i bisogni dei residenti, ma anche dei parenti e/o dei rappresentanti legali per quanto riguarda l'assistenza terapeutica. L'obiettivo è di includere i residenti e i loro parenti nella ACP [18]. I colloqui sulla ACP richiedono formazione, tempo e risorse. Nel progetto, abbiamo limitato i requisiti minimi ai colloqui con i residenti appena ammessi su quattro argomenti: l'esistenza di direttive anticipate; i loro desideri riguardo alla rianimazione; il possibile ricovero in caso di emergenza, sia per misure di prolungamento della vita che per alleviare i sintomi; e i desideri riguardo alla terapia antibiotica come misura di prolungamento della vita o di alleggerimento dei sintomi. La nostra aspettativa è che la CPA documenti le scelte fatte come risultato dei colloqui sulla ACP, oppure il rifiuto del residente di avere un colloquio su ciò. Inoltre, richiediamo alle CPA di avere processi in atto per assicurare che le direttive di emergenza siano pronte prima del fine settimana per i residenti con condizioni instabili. Come requisito periferico (cioè sul quale INTERCARE non pone standard specifici), le CPA sono libere di decidere chi è responsabile della conduzione dei colloqui ACP.

5. Strumenti basati sull'evidenza:

Tre strumenti sostengono il processo di comunicazione e di riflessione sui ricoveri ospedalieri nel team di cura [8].

» **STOP&WATCH** permette agli assistenti di cura di guidare le loro osservazioni per rilevare i primi cambiamenti nei residenti e di comunicarli efficacemente all'OSS o all'infermiere, permettendo loro di seguire il cambiamento osservato [8]. Come requisito periferico (dunque non obbligatorio per INTERCARE), la CPA potrebbe estendere l'uso di STOP&WATCH a tutto il personale della struttura, come le pulizie, l'animazione, i terapeuti.

» L'acronimo **ISBAR** sta per Identificazione, Situazione, Contesto, Valutazione e Raccomandazione. L'ISBAR è uno strumento di comunicazione facile da ricordare che inquadra qualsiasi colloquio, specialmente quelli critici, che richiedono un'attenzione e un'azione immediata da parte del clinico [8]. Come parte del requisito minimo, l'ISBAR dovrebbe essere usato da tutti gli infermieri e gli OSS quando contattano un medico di famiglia in situazioni in cui la salute di un residente sta peggiorando.

» L'ultimo strumento obbligatorio che l'infermiere INTERCARE deve adottare è lo "**strumento di riflessione**" che permette un'analisi approfondita delle cause di ogni trasferimento non pianificato [8]. L'analisi delle cause aiuta a capire come e perché si è verificato un trasferimento e a discutere come evitare trasferimenti simili in futuro. L'infermiere INTERCARE discute il trasferimento con le persone interessate. Insieme al direttore e ai quadri delle CPA, possono discutere le ragioni dei ricoveri non pianificati, al fine di sviluppare interventi mirati.

» Come requisito periferico, la CPA può implementare vari **protocolli di cura** per sostenere il processo decisionale clinico [8]. I protocolli di cura elencano i diversi compiti o interventi dei professionisti coinvolti nella cura dei residenti in modo definito, ottimizzato e sequenziale, se viene rilevato un sintomo specifico come la febbre o la dispnea. Questo aiuta il team a decidere quando una valutazione clinica dovrebbe essere fatta e chi ne è responsabile. Le CPA possono decidere se, come e quando vogliono implementare questi protocolli di cura. Il gruppo di ricerca ha messo a disposizione protocolli per sette sintomi e condizioni diverse

come: dispnea, febbre, sintomi gastrointestinali, insufficienza cardiaca, infezioni del tratto urinario e infezioni respiratorie.

Gli strumenti **STOP&WATCH** e **ISBAR** possono essere scaricati in tedesco dal nostro sito web:

<https://intercare.nursing.unibas.ch/downloads/>

Gli strumenti STOP&WATCH, l'ISBAR, lo strumento di riflessione e i protocolli di cura sono stati adattati dal programma INTERACT "Interventions to Reduce Acute Care Transfers" [8]. INTERACT è un programma di miglioramento della qualità progettato per migliorare l'identificazione, la valutazione e la comunicazione dei cambiamenti nello stato dei residenti. INTERACT® è stato inizialmente sviluppato come un progetto supportato dai Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Maggiori informazioni possono essere trovate su:

<https://pathway-interact.com>

6. Miglioramento della qualità basato sui dati:

Per monitorare e migliorare la qualità delle cure, una CPA ha bisogno di un sistema strutturato che guidi i cambiamenti organizzativi per migliorare un problema identificato. Sulla base dei dati dei residenti (ad esempio RAI-NH, indicatori di qualità), le CPA possono decidere i temi su cui lavorare e attuare misure di miglioramento della qualità secondo il ciclo Plan-Do-Check-Act (PDCA). Durante il progetto, il gruppo di ricerca ha analizzato i dati dei pazienti ricoverati e gli indicatori di qualità nazionali (questo comprende l'uso di misure di contenzione o di limitazione della libertà individuale fisica, la perdita di peso, il dolore, la polifarmacologie) e ha fornito i risultati sotto forma di rapporti di benchmarking alle CPA. L'obiettivo era quello di discutere i risultati su base regolare e di aiutare le CPA a risolvere i problemi identificati. Come requisito minimo dello studio, la CPA può decidere chi è responsabile dell'interpretazione dei risultati e dell'attuazione delle misure di miglioramento della qualità.

2.2 – Strategie di implementazione

Sulla base dell'analisi contestuale guidata dal CFIR [14], che include la descrizione di 14 CPA svizzere che lavorano con modelli di assistenza gestita da infermieri, abbiamo identificato i fattori, cioè le barriere e i facilitatori, che possono influenzare l'implementazione del modello INTERCARE. Abbiamo usato i fattori identificati per definire una serie di **strategie di implementazione** [15]. Una strategia di implementazione è un'azione usata per migliorare l'implementazione dei sei elementi centrali del modello nel contesto reale. Abbiamo identificato le strategie basate sulla compilazione di raccomandazioni di esperti per l'attuazione del cambiamento (ERIC) [15-19]:

Promuovere l'adattabilità:

Come spiegato sopra, tutti gli elementi fondamentali hanno requisiti minimi e periferici. I requisiti minimi di INTERCARE sono parti essenziali e indispensabili del modello INTERCARE e non sono adattabili. I requisiti periferici possono essere adattati alle singole CPA in modo che si adattino alle strutture e ai processi esistenti. Questa possibilità di adattare i requisiti periferici del modello aumenta l'accettabilità e la fattibilità dei modelli. Un esempio di requisito periferico è l'orario di lavoro dell'infermiera INTERCARE.

Valutare la disponibilità al cambiamento:

Sulla base dell'analisi contestuale, è chiaro che senza la volontà esplicita della direzione della CPA e la loro disponibilità al cambiamento, un modello di assistenza gestita dagli infermieri non può essere implementato con successo. Pertanto, il gruppo di ricerca ha sostenuto la direzione della CPA durante la preparazione e l'attuazione del cambiamento. Durante la fase di preparazione, i dirigenti delle CPA sono invitati a riflettere e a discutere collegialmente la loro visione del modello e la volontà e la motivazione del personale a cambiare gli attuali modelli di pratica nella struttura.

Ottenere impegni formali:

Poiché INTERCARE è uno studio di ricerca, è necessario un impegno formale da parte delle CPA per implementare il modello INTERCARE.

Identificare le barriere e i facilitatori:

Tutte le CPA sono uniche in termini di risorse o configurazioni di leadership, quindi le barriere e i facilitatori differiscono da una CPA all'altra. Durante il periodo di preparazione prima dell'implementazione, le CPA sono incoraggiate a valutare le possibili barriere e a sviluppare strategie per superarle. Le strategie affrontano fattori come il limitato supporto da parte dei medici di base per il ruolo di infermiere INTERCARE, le difficoltà nel reclutare un infermiere INTERCARE o gli alti tassi di fluttuazione. Il gruppo di ricerca discute individualmente con le CPA come identificare al meglio le barriere e i facilitatori e come affrontarli insieme.

Creazione di nuovi team clinici:

Ogni CPA istituisce un team specifico per sostenere l'attuazione del modello. In alcune CPA, l'infermiere INTERCARE creerà, per esempio, gruppi di lavoro con referenti di reparto che supervisioneranno l'implementazione nei propri reparti. Qualsiasi curante può diventare un referente dopo la formazione e il supporto.

Programma di apprendimento misto per l'infermiere INTERCARE:

Gli infermieri INTERCARE hanno esperienze cliniche e/o background educativi diversi a causa della loro formazione di base come infermieri diplomati (paese o anno di formazione). Pertanto, al fine di allineare le competenze importanti, è necessaria una preparazione, soprattutto per gli infermieri alle prime armi che assumono il ruolo di infermiere INTERCARE. Un programma di apprendimento misto all'interno dello studio INTERCARE è stato sviluppato, includendo moduli sulla leadership clinica e la comunicazione, la valutazione geriatrica multidimensionale, la pianificazione anticipata delle cure, le sindromi geriatriche, le condizioni croniche, i sintomi acuti, la gestione dei farmaci e il miglioramento della qualità basato sui dati. Questo programma è stato sviluppato per rafforzare la competenza geriatrica degli infermieri INTERCARE e prepararli al loro ruolo. Il programma è **dinamico** e integra vari metodi di apprendimento come l'e-learning, l'autovalutazione, la riflessione, gli incontri faccia a faccia e il tutoraggio di infermieri specializzati. Inoltre, il gruppo di ricerca ha **sviluppato e distribuito materiali educativi** per guidare l'introduzione di strumenti basati sull'evidenza.

Sostegno continuo alle CPA:

Per migliorare continuamente la qualità dell'assistenza, le CPA devono essere in grado di comprendere i risultati dei loro dati; pertanto, il team di ricerca fornisce **assistenza tecnica** per la gestione dei dati e organizza incontri per ulteriori discussioni. Inoltre, il team di ricerca è disponibile per dare **consulenza su richiesta a ogni CPA**. Il team di ricerca visita le CPA ogni due mesi per discutere l'introduzione degli elementi base del modello INTERCARE, le barriere e i facilitatori e discute le questioni aperte con i manager delle CPA e gli infermieri INTERCARE. Inoltre il coordinatore del progetto (membro del gruppo di ricerca) organizza telefonate bisettimanali con ogni infermiere INTERCARE per discutere le sfide individuali e i loro progressi nello sviluppo del loro ruolo, per assicurare un efficace trasferimento di conoscenze.

Sulla base dei ricoveri ospedalieri non pianificati e dei dati degli indicatori di qualità nazionali, il team di ricerca conduce una verifica della **qualità delle CPA e fornisce un feedback**. Questo aiuta a identificare le aree di miglioramento e guida la definizione delle possibili azioni da intraprendere. Al fine di valutare la percezione del personale sanitario sull'ambiente di lavoro e sul modello di cura appena introdotto, le indagini sono condotte prima dell'implementazione e sei e dodici mesi dopo l'introduzione del modello. I risultati sono forniti alle CPA sotto forma di rapporti.

3 – Sviluppo del modello INTERCARE

Come progetto scientifico di ricerca-azione che utilizza la scienza dell'implementazione, lo sviluppo del modello INTERCARE si è basato su quattro diversi studi: 1) identificare studi scientifici che descrivono modelli internazionali di assistenza gestita da infermieri che hanno dimostrato una riduzione dei ricoveri non pianificati, 2) condurre un'analisi contestuale con studi di casi per comprendere meglio i modelli di assistenza già in atto in Svizzera, 3) definire l'area di competenza dell'infermiere INTERCARE includendo le raccomandazioni degli stakeholder e 4) includere le opinioni dei residenti e dei parenti riguardo all'assistenza in situazioni di salute complesse. Lo sviluppo degli elementi base del modello INTERCARE si è basato sul CFIR [14].

3.1 – Revisione della letteratura (primo studio)

In un primo studio, abbiamo identificato attraverso una revisione della letteratura cinque modelli internazionali gestiti da infermieri, basati sull'evidenza, con l'obiettivo di ridurre i trasferimenti ospedalieri e le visite al pronto soccorso [6-10]. Questi modelli hanno ispirato il contenuto degli elementi base del modello INTERCARE. Il primo elemento comune identificato in tutti e cinque i modelli è l'impiego di infermieri di pratica avanzata (APN). In questi modelli, gli APN fanno parte del team interprofessionale, lavorano nella pratica clinica, conducono valutazioni cliniche e gestiscono malattie acute e croniche. L'APN fa da mentore ai team di cura, fornisce la leadership clinica e facilita la collaborazione interprofessionale.

Inoltre, tre dei cinque modelli identificati hanno lavorato con INTERACT (Interventions to Reduce Acute Care Transfers), un programma incentrato sull'identificazione precoce, la valutazione e la gestione delle condizioni acute dei residenti, per ridurre i trasferimenti ospedalieri [8]. Per ridurre i trasferimenti, INTERACT lavora con "referenti" nei reparti e fornisce vari strumenti come STOP&WATCH, ISBAR, strumenti di riflessione e documenti che aiutano ad attuare le direttive anticipate [8].

3.2 – Analisi contestuale (secondo studio)

Nel secondo studio, abbiamo condotto un'analisi contestuale con studi di caso per 14 CPA svizzere. Lo scopo era duplice. Sulla base dei casi di studio, siamo stati in grado di ampliare la nostra comprensione degli elementi dei

modelli svizzeri che sono stati ritenuti appropriati e fattibili per il contesto svizzero [20]. Esplorare le competenze e i risultati degli infermieri specializzati/esperti che gestiscono questi modelli è stata una parte essenziale dell'analisi contestuale. Successivamente, abbiamo identificato le barriere e i facilitatori che hanno aiutato o ostacolato l'implementazione dei modelli. Sulla base delle barriere e dei facilitatori, abbiamo sviluppato le strategie di implementazione descritte sopra. **L'analisi contestuale comprende 14 studi di CPA** che lavorano con un modello di assistenza gestita da infermieri nelle tre regioni linguistiche della Svizzera. Abbiamo riassunto i risultati in una sintesi trasversale qualitativa.

Studi di casi (CPA Svizzere)

La sintesi dei casi ha rivelato due elementi comuni a tutti i modelli svizzeri. Il primo è il lavoro degli infermieri specializzati (cioè al di là dell'ambito di un infermiere diplomato di base), internazionalmente indicati come infermieri in "ruoli allargati" [21]. Il secondo elemento comune è l'uso dei dati per migliorare la qualità.

Dagli studi di caso è emerso chiaramente che è stata una combinazione di motivi, legati ai bisogni e alla visione, a spingere le CPA a riflettere sullo sviluppo di un modello di cura. Questi includevano una migliore risposta ai bisogni dei residenti, un uso migliore delle risorse disponibili, il superamento dei problemi di personale o la ristrutturazione delle CPA. Gli infermieri specializzati la direzione delle CPA hanno dovuto lavorare a stretto contatto per sviluppare il ruolo (o i ruoli) degli infermieri specializzati e per scambiare informazioni e idee su base regolare al fine di costruire una visione comune per sviluppare la qualità dell'assistenza. Questo ha anche aiutato a facilitare l'introduzione dei modelli nelle diverse CPA. Di conseguenza, i modelli analizzati nel caso di studio sono stati continuamente adattati ai cambiamenti interni, ai bisogni e alle aspettative nella cura.

I ruoli degli infermieri specializzati svizzeri

Gli infermieri specializzati hanno una formazione in aree specializzate, come un "Certificate of Advanced Study (CAS)" in demenza o un "Diploma of Advanced Study (DAS)" in cure palliative o in gerontologia e geriatria e due di loro sono APN con un Master of science in cure infermieristiche. La CPA ha adattato i ruoli degli infermieri specializzati alle loro competenze e ai loro punti di forza, il che ha soddisfatto le loro esigenze.

Abbiamo descritto il contenuto dei ruoli **infermieristici specializzati** secondo il quadro di Hamric per la pratica infermieristica avanzata [22]. Il modello di Hamric include sette domini di competenza: **pratica clinica, coaching, leadership clinica e professionale, collaborazione interprofessionale, processo decisionale etico e competenze di ricerca** [22]. Le capacità di ricerca sono l'area di competenza meno sviluppata tra gli infermieri specializzati. Nell'area delle capacità di ricerca, gli infermieri specializzati si concentrano generalmente sull'uso di informazioni basate sull'evidenza per informare le procedure di cura o aggiornare i protocolli. La maggior parte degli infermieri specializzati si è concentrata esclusivamente su una funzione clinica approfondita, e pochi l'hanno combinata con una posizione manageriale (ad esempio, responsabile di reparto). Alcuni hanno lavorato in una singola CPA, altri in diversi siti appartenenti allo stesso gruppo di CPA (ognuno delle 14 CPA che hanno partecipato ai casi studio è descritto in dettaglio nell'allegato 1 disponibile sul nostro sito web: <https://intercare.nursing.unibas.ch/publikationen/> I modelli sono descritti in tedesco o francese).

Competenze degli infermieri specializzati:

» La **pratica clinica** è una parte essenziale del ruolo di tutti gli infermieri specializzati. Dà loro credibilità perché sono in grado di assistere il personale sanitario nell'identificare e risolvere i problemi, e sono accettati come specializzati quando forniscono guida e direzione clinica. Il grado di coinvolgimento nella pratica clinica è diverso: mentre alcuni limitano le loro attività al supporto dei team di cura in situazioni complesse, altri valutano i residenti appena ammessi, sviluppano obiettivi di cura con i residenti e i familiari, o li supportano durante eventi acuti. La loro pratica clinica permette loro di identificare le lacune nella conoscenza dei team di cura e di cogliere le opportunità per allenare il personale e rafforzare la loro competenza geriatrica.

» Gli infermieri specializzati identificano il bisogno di innovazione e di sviluppo della pratica basata sull'evidenza. Hanno tutti un ruolo di **leadership clinica**, valutando e migliorando la sicurezza dei residenti, la qualità delle cure, la qualità della vita e l'assistenza centrata sulla persona.

» Tutti gli infermieri specializzati sottolineano l'importanza della **collaborazione interprofessionale**, non solo con i medici curanti ma anche con tutti gli altri professionisti della salute coinvolti nella cura e nel trattamento dei residenti. Sostengono i team di cura nella loro comunicazione con i medici curanti e, a seconda del modello del medico, hanno la possibilità di lavorare a stretto contatto con loro (ad esempio, scambio quotidiano sui problemi attuali).

» Nel campo del **processo decisionale etico**, gli infermieri specializzati aiutano a identificare i dilemmi etici e ad affrontarli efficacemente. Svolgono un ruolo essenziale nell'attuazione della pianificazione delle cure con i residenti e i membri della famiglia, chiarendo i desideri e le aspettative riguardo al trattamento e alle cure. Almeno un esperto infermieristico in ogni CPA è addestrato ad avere colloqui sulla fine della vita con i residenti e i loro familiari.

Miglioramento della qualità basato sui dati

Tutti i casi di studio delle CPA hanno utilizzato il **miglioramento della qualità basato sui dati**. Hanno usato i dati clinici dei residenti (per esempio gli indicatori di qualità forniti dagli strumenti di valutazione dei residenti) per rivedere e migliorare la qualità. Hanno usato i dati per decidere i piani d'azione e per sensibilizzare il personale su argomenti specifici. Inoltre, tutti hanno usato sondaggi del personale, dei residenti o dei familiari per valutare le loro opinioni e identificare le aree di miglioramento.

Considerazioni pre-implementazione

Siamo stati in grado di identificare diversi **fattori che potrebbero ostacolare o facilitare l'implementazione di un modello di assistenza gestito da infermieri** sulla base dei casi studio (tutti i fattori sono descritti nell'Appendice 2 "Sintesi dei potenziali fattori che influenzano l'implementazione di un modello di assistenza nelle CPA" disponibile in inglese e tedesco sul nostro sito web: <https://intercare.nursing.unibas.ch/publikationen/>). I fattori sono stati strutturati secondo il metodo CFIR [14]. Qui presentiamo due delle cinque dimensioni CFIR come esempi.

Caratteristiche dell'intervento

Il modello di cure gestita dall'infermiere stesso doveva rispondere a un problema o a una preoccupazione delle CPA ed essere adattato alle circostanze specifiche della struttura. Nessun modello è adatto a tutte le impostazioni e a tutte le CPA, che operano con risorse e bisogni diversi.

Gli infermieri specializzati devono avere competenze ben definite e il loro ruolo deve essere differenziato da quello degli infermieri in possesso di un diploma di base. Se un infermiere esperto è visto come una risorsa che può sostenere nella pratica quotidiana, il team sanitario preferirà lavorare con lui/lei. Perché il modello funzioni nella pratica, l'infermiere esperto dovrebbe avere esperienza professionale, competenza geriatrica e forti capacità interpersonali.

Contesto interno

Una cultura organizzativa che supporta l'implementazione è caratterizzata da (1) una comunicazione trasparente tra il personale e la direzione, (2) rispetto reciproco, (3) una visione condivisa del ruolo dell'infermiere esperto e (4) un sostegno continuo per tutto il personale. Una CPA dovrebbe prepararsi attentamente per l'implementazione del nuovo modello di cura. Questa preparazione dovrebbe includere il chiarimento degli obiettivi e delle competenze dell'infermiere esperto e un piano per l'integrazione del ruolo nei processi di lavoro quotidiani (ad es. quando gli infermieri specializzati visitano i reparti o contattano i medici di base). Fin dall'inizio, gli stakeholder chiave, come i medici curanti e i capi-reparto, dovrebbero essere integrati nello sviluppo e nell'implementazione del nuovo ruolo.

3.3 – Partecipazione degli stakeholder (terzo studio)

Nel terzo studio, gli stakeholder hanno valutato le competenze e i risultati rilevanti per gli infermieri INTERCARE nel contesto svizzero [21]. Sulla base della ricerca della letteratura (primo studio) e degli studi di caso (secondo studio) abbiamo estratto le possibili competenze e risultati per gli infermieri INTERCARE e sviluppato un questionario di valutazione [21]. Il gruppo era composto da fornitori di assistenza sanitaria, manager di CPA, rappresentanti di compagnie di assicurazione e rappresentanti di gruppi politici e professionali. Le competenze rilevanti degli infermieri INTERCARE erano la leadership clinica e il coaching, il

supporto e la responsabilizzazione dei team di cura e il miglioramento della qualità delle cure attraverso la pratica basata sulle prove. Gli stakeholder hanno anche evidenziato il rischio di dequalificare e ridurre le competenze degli altri infermieri, con l'introduzione di questo nuovo ruolo. Era quindi necessario definire attentamente l'ambito di attività degli infermieri INTERCARE, così come le differenze e i ruoli complementari rispetto agli infermieri "classici". Era anche chiaro che ogni CPA avrebbe dovuto adattare la posizione al suo contesto.

3.4 – Partecipazione di residenti e parenti (quarto studio)

Nell'ultimo studio, abbiamo condotto più **focus group con residenti e parenti** per esplorare le loro esperienze e i loro bisogni in situazioni acute [23]. I focus group si sono svolti in tre CPA che lavorano con infermieri specializzati (due nella parte tedesca e una nella parte francese della Svizzera). Poiché i risultati sono stati disponibili solo dopo l'introduzione del modello INTERCARE, essi non hanno influenzato direttamente lo sviluppo del modello.

Il team di ricerca ha descritto le situazioni acute come una condizione medica che richiede un'attenzione speciale. I residenti e i parenti, d'altra parte, hanno inteso le situazioni acute come qualsiasi situazione che non soddisfa i bisogni di base dei residenti o dei parenti e in cui la qualità della vita non viene mantenuta. Pertanto, la promozione delle relazioni tra il personale e i residenti e i colloqui sui bisogni e i desideri (ad esempio un piano di cura collaborativo) dovrebbero essere una parte essenziale del ruolo dell'infermiere INTERCARE. Inoltre, i residenti e i parenti in tutte e tre le CPA hanno descritto esperienze quotidiane simili di risorse limitate, disponibilità limitata di infermieri con competenze geriatriche e accesso limitato ai medici curanti che di solito non sono presenti nelle CPA. I risultati dettagliati sono descritti in una pubblicazione [23].

4 – Sintesi

INTERCARE – una possibile risposta alle attuali sfide delle CPA

Il modello INTERCARE offre una soluzione per portare le competenze geriatriche nelle CPA, migliorare la qualità delle cure e ridurre le ospedalizzazioni non pianificate. È basato sull'evidenza e si basa su modelli svizzeri esistenti gestiti da infermieri specializzati, fornendo una soluzione appropriata e che può essere adottata in tutte le CPA. Come gli studi di caso delle CPA, il modello INTERCARE si basa su infermieri specializzati che lavorano come infermieri INTERCARE e sono assunti dalle CPA. L'obiettivo è quello di fornire competenze geriatriche interne e di potenziare il personale infermieristico all'interno delle CPA. La missione degli infermieri INTERCARE è quella di visitare regolarmente le i reparti, per rimanere a disposizione dei team di cura, per dimostrare il loro coinvolgimento nella cura clinica e per fornire supervisione e formazione continua. L'infermiere INTERCARE ha l'esperienza per colmare le lacune nei team di cura sviluppando la pratica clinica e implementando progetti dove necessario per raggiungere la visione e l'obiettivo della CPA.

I modelli di cura gestiti da infermieri guidati da APN sarebbero una grande risorsa per le CPA svizzere. Tuttavia, questa non è un'opzione praticabile al momento, dato il piccolo numero di infermieri specializzati interessati a lavorare nelle cure a lungo termine. Inoltre, la Svizzera ha un'esperienza limitata con le APN, poiché il primo programma APN è iniziato nel 2000 [24]. Nel 2015, solo 328 APN si erano diplomati, e la maggior parte di loro lavorava negli ospedali [24].

Un altro elemento essenziale del modello INTERCARE è la collaborazione interprofessionale. Gli obiettivi della cura dei residenti possono essere raggiunti solo con un team interprofessionale. Gli infermieri INTERCARE sostengono lo sviluppo di relazioni di fiducia con i medici curanti. Tutte le CPA che hanno partecipato agli studi di caso hanno sottolineato l'importanza di comunicare con i residenti e i parenti sui loro bisogni e desideri, e di concentrarsi sull'assistenza centrata sulla persona. Tutte queste CPA lavorano in qualche misura con le direttive anticipate, per esempio documentando i desideri dei residenti all'ingresso nelle CPA o alla fine della vita. Le direttive anticipate sono quindi

un altro elemento cruciale del modello INTERCARE. Tuttavia, l'integrazione delle direttive anticipate nella pianificazione delle cure nelle CPA rimane una sfida per le strutture, soprattutto se non hanno un geriatra [25-26]. Pertanto, INTERCARE introduce le direttive anticipate definendo i requisiti minimi come i colloqui sui desideri in materia di rianimazione e ricovero. Dopo l'implementazione del modello INTERCARE in undici strutture sanitarie della Svizzera tedesca (fase B dello studio INTERCARE), il team di ricerca valuterà la fattibilità e l'adozione da parte delle CPA al fine di formulare una raccomandazione e fornire consigli per la loro attuazione sulla base delle esperienze della fase B.

Strumenti basati sull'evidenza

Gli strumenti per lavorare con "evidence-based practice" sono un elemento centrale del modello: **STOP&WATCH**, **ISBAR** e lo **strumento di riflessione**. Questo elemento base del modello è l'unico che si basa esclusivamente sulla letteratura e non è stato scelto sulla base degli studi di caso. La letteratura sottolinea che per ridurre i ricoveri non pianificati, è necessario riconoscere precocemente i cambiamenti nelle condizioni dei residenti, comunicarli al OSS, agli infermieri diplomati e ai medici curanti, e riflettere sui fattori interni che contribuiscono ai ricoveri non pianificati con i curanti e medici. Abbiamo quindi utilizzato gli strumenti INTERACT, basati sull'evidenza, che sono stati efficaci nel ridurre i ricoveri non pianificati [8]. Abbiamo incluso STOP&WATCH per supportare il riconoscimento precoce dei cambiamenti nelle condizioni dei residenti, ISBAR per una comunicazione più strutturata con i medici di base, e lo strumento di riflessione per identificare cosa deve essere corretto per ridurre i ricoveri non pianificati.

Miglioramento della qualità basato sui dati

L'elemento centrale del miglioramento della qualità basato sui dati era una caratteristica di tutti i sistemi di gestione ambientale descritti negli studi di caso ed era il loro elemento chiave. Lavorare con i dati clinici è essenziale per orientare le iniziative di miglioramento della qualità nelle cure e per focalizzare l'attenzione dell'infermiere INTERCARE. I dati forniscono una base per la discussione di decisioni strategiche per migliorare la qualità delle cure e per rafforzare lo sviluppo di piani d'azione. Per lo studio INTERCARE, era importante valutare e misurare il tasso di ospedalizzazione e gli indicatori di qualità.

Infermiera INTERCARE

La posizione di infermiere INTERCARE con il suo ruolo di leader clinico può offrire una progressione di carriera e un interessante ampliamento del campo di attività per gli infermieri qualificati. Quindi, i modelli di assistenza gestita dagli infermieri hanno il potenziale per aumentare l'attrattiva di lavorare nelle CPA per gli infermieri specializzati. Possono espandere il loro ruolo e il loro ambito di lavoro pur rimanendo nell'area clinica e senza doversi spostare in una posizione di gestione. Per preparare gli infermieri INTERCARE al loro ruolo, abbiamo sviluppato un programma che è servito come base per lo sviluppo di un CAS, offerto dall'Istituto di Infermieristica dell'Università di Basilea (per maggiori informazioni sulle future offerte di programmi: <https://nursing.unibas.ch/de/weiterbildung/cas-intercare/>). Sottolineiamo con forza che il ruolo dell'infermiere INTERCARE non sostituisce l'APN, ma lo completa. Si tratta di una soluzione pragmatica che permette la formazione rapida delle persone che lavorano e fornisce alle CPA delle competenze a breve termine. L'APN ha una prospettiva a medio e lungo termine, ed è un'estensione o un complemento di questo investimento iniziale. L'infermiere INTERCARE e l'APN possono lavorare fianco a fianco, ognuno nel proprio ambito specifico di pratica per assistere i residenti, i familiari e il team dei curanti nelle CPA.

Dal progetto di ricerca all'uso nel mondo reale

I principi della ricerca-azione hanno guidato lo sviluppo del modello INTERCARE. I principi chiave includevano l'analisi contestuale, il coinvolgimento degli stakeholder e la definizione di strategie di implementazione. Questi principi hanno aumentato la fattibilità del modello e le sue possibilità di successo in un contesto reale. Mentre la revisione della letteratura ci ha aiutato a identificare modelli di cura efficaci per ridurre le ospedalizzazioni non pianificate, gli studi di caso ci hanno aiutato a capire quali elementi del modello sono fattibili nel contesto svizzero e in quali circostanze tali modelli funzionano. La partecipazione degli stakeholder ha aiutato a identificare le competenze accettabili e i risultati attesi per gli infermieri INTERCARE all'interno di questo modello [21].

Inoltre, attraverso l'analisi contestuale abbiamo identificato le barriere e i facilitatori reali e definito le strategie di implementazione per facilitare l'introduzione del modello. Le strategie di implementazione sono state decisive per il

successo dello studio e fanno parte della valutazione per stabilire quali strategie sono fondamentali per il successo del modello INTERCARE (parte del prossimo rapporto nazionale).

Questo rapporto può servire da guida per le CPA interessate a introdurre un modello di assistenza gestita dagli infermieri, riflettendo sugli ingredienti chiave, le barriere e i facilitatori che devono essere affrontati perché il modello funzioni, così come le strategie di implementazione necessarie. Le CPA possono adattare gli elementi fondamentali di INTERCARE al loro contesto, tenendo conto dei loro bisogni e delle loro risorse. Le descrizioni delle CPA che hanno partecipato ai casi di studi (Appendice 1) possono servire come esempi e ispirazione.

L'introduzione di un modello di cura gestita dagli infermieri è un cambiamento organizzativo con implicazioni a tutti i livelli e cambiamenti nelle responsabilità. La preparazione al cambiamento è importante perché l'implementazione funzioni. La direzione delle CPA deve avere una visione chiara del cambiamento che vuole fare. L'infermiere INTERCARE ha bisogno della preparazione corrispondente, con conoscenze e competenze geriatriche approfondite e capacità interpersonali per assumere il ruolo. Il programma INTERCARE può aiutare le CPA a rispondere alle crescenti sfide che devono affrontare e a migliorare la qualità delle cure e la qualità della vita dei residenti. Gli incentivi finanziari possono sostenere e facilitare lo sviluppo complessivo di ruoli infermieristici specializzati nelle CPA per risolvere i problemi attuali e prepararsi alle nuove sfide.

Un prossimo rapporto nazionale sarà pubblicato nel 2022 dopo aver valutato l'implementazione del modello INTERCARE in 11 CPA di Svizzera tedesca. Attualmente stiamo analizzando i dati raccolti per fornire informazioni sul processo di implementazione del modello INTERCARE e sulla sua efficacia clinica.

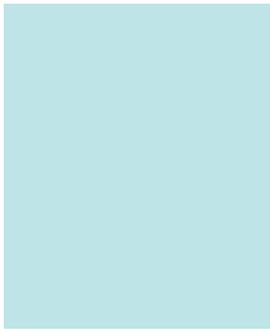
Acronimi e abbreviazioni

APN	<i>Infermiera/e di pratica avanzata</i>
ADL	<i>Activities of Daily Living</i>
ACP	<i>Advance care planning</i>
AFC	<i>Attestato federale di capacità</i>
CAS	<i>Certificato di studi avanzati</i>
CPA	<i>Casa per anziani</i>
CFIR	<i>Quadro consolidato per la ricerca sull'implementazione</i>
DAS	<i>Diploma di studi avanzati</i>
ERIC	<i>Raccomandazioni di esperti per l'attuazione della compilazione dei cambiamenti</i>
INTERACT	<i>Interventi per ridurre i trasferimenti ospedalieri</i>
INTERCARE	<i>Migliorare le cure interprofessionale per migliorare i risultati dei residenti</i>
ISBAR	<i>Identificazione, situazione, contesto, valutazione, raccomandazione</i>
MAS	<i>Master di studi avanzati</i>
OSS	<i>Operatori sociosanitari</i>
PDCA	<i>Plan-Do-Check-Act</i>
RN	<i>Registered nurse</i>
RNXs	<i>Registered nurses in expanded roles</i>

Bibliografía

1. World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*, Retrieved from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1
2. Ng R., Lane N., Tanuseputro P., Mojaverian N., Talarico R., Wodchis W.P., . . . Hsu A.T. (2020). Increasing complexity of new nursing home residents in Ontario, Canada: A serial cross-sectional study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(6), 1293-1300. doi:10.1111/jgs.16394
3. Fujisawa R., & Colombo F. (2009). *The long-term care workforce: overview and strategies to adapt supply to a growing demand* (No. 44). OECD Health Working Papers, OECD Publishing, Retrieved from: <https://doi.org/10.1787/225350638472>.
4. Graverholt B., Forsetlund L., & Jamtvedt G. (2014). Reducing hospital admissions from nursing homes: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 14, 36. doi:10.1186/1472-6963-14-36
5. Muench U., Simon M., Guerbaai R.A., De Pietro C., Zeller A., Kressig R.W., & Zúñiga F. (2019). Preventable hospitalizations from ambulatory care sensitive conditions in nursing homes: Evidence from Switzerland. *International Journal of Public Health*, 64(9), 1273-1281. doi:10.1007/s00038-019-01294-1
6. Rantz M.J., Popejoy L., Vogelsmeier A., Galambos C., Alexander G., Flesner M., . . . Petroski G. (2017). Successfully reducing hospitalizations of nursing home residents: Results of the Missouri quality initiative. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(11), 960-966. doi:10.1016/j.jamda.2017.05.027
7. Kane R.L., Keckhafer G., & Robst J. (2002). *Evaluation of the Evercare demonstration program: Final report*. Division of Health Service Research and Policy, School of Public Health, University of Minnesota. University of Minnesota, Retrieved from: <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.522.8780&rep=repr&type=pdf>
8. Ouslander J.G., Bonner A., Herndon L., & Shutes J. (2014). The INTERACT quality improvement program: An overview for medical directors and primary care clinicians in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(3), 162. doi:10.1016/j.jamda.2013.12.005
9. Holtz L.R., Maurer H., Nazir A., Sachs G.A., & Unroe K.T. (2015). OPTIMISTIC: A program to improve nursing home care and reduce avoidable hospitalizations. In Malone M.L., Capezuti E.A., & Palmer R.M. (Eds.), *Geriatrics models of care: bringing 'best practice' to an aging America* (pp. 287-292). New York: Springer
10. Stolle E., & Hillier L. (2002). *The Ontario nurse practitioner in long-term care facilities pilot project – interim evaluation* æstima research, Retrieved from: http://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/nursepraco2/np_report_022302.pdf
11. International Council of Nurses. (2020). *Guidelines on advanced practice nursing*. Retrieved from: https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf
12. World Health Organization. (2020). *State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership* (978-92-4-000327-9). Retrieved from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331677/9789240003279-eng.pdf>
13. De Geest S., Zúñiga F., Brunkert T., Deschodt M., Zullig L.L., Wyss K., & Utzinger J. (2020). Powering Swiss health care for the future: Implementation science to bridge "the valley of death". *Swiss Medical Weekly*, 150, w20323. doi:10.4414/sm.w.2020.20323
14. Damschroder L.J., Aron D.C., Keith R.E., Kirsh S.R., Alexander J.A., & Lowery J.C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4, 50. doi:10.1186/1748-5908-4-50
15. Waltz T.J., Powell B.J., Matthieu M.M., Damschroder L.J., Chinman M.J., Smith J.L., . . . Kirchner J.E. (2015). Use of concept mapping to characterize relationships among implementation strategies and assess their feasibility and importance: Results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) study. *Implementation Science*, 10, 109. doi:10.1186/s13012-015-0295-0
16. Zwarenstein M., Goldman J., & Reeves S. (2009). Interprofessional collaboration: Effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3). doi:10.1002/14651858.CD000072.pub2
17. Rubenstein L.Z. (2015). Evolving models of comprehensive geriatric assessment. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(6), 446-447. doi:10.1016/j.jamda.2015.03.012
18. Séchaud L., Goulet C., Morin D., & Mazzocato C. (2013). Advance care planning for institutionalised older people: An integrative review of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 9(2), 159-168. doi:10.1111/ohn.12033
19. Powell B.J., Waltz T.J., Chinman M.J., Damschroder L.J., Smith J.L., Matthieu M.M., & ... & Kirchner J.E. (2015). A refined compilation of implementation strategies: Results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. *Implementation Science*, 10(1), 21. doi:10.1186/s13012-015-0209-1

20. Yin R.K. (2009). *Case Study Reaserch: Design and methods* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
21. Basinska K., Wellens N.I.H., Simon M., Zeller A., Kressig R.W., & Zúñiga F. (2020). Registered nurses in expanded roles improve care in nursing homes: Swiss perspective based on the modified Delphi method. *Journal of Advanced Nursing*, 77(2). doi:10.1111/jan.14644
22. Hamric A.B. (2015). *Advanced Practice Nursing. An integrative approach* (5th ed.). Missouri, USA: Elsevier.
23. Basinska K., Kunzler-Heule P., Guerbaai R.A., Zúñiga F., Simon M., Wellens N.I.H., . . . Nicca D. (2021). Residents' and relatives' experiences of acute situations: A qualitative study to inform a care model. *Gerontologist*, ahead of print. doi:10.1093/geront/gnab027
24. Maier C.B., Aiken L.H., & Busse R. (2017). *Nurses in advanced roles in primary care: Policy levels for implementation* (No. 98). OECD Health Working Papers OECD Publishing, Retrieved from: <https://www.oecd-ilibrary.org/content/paper/a8756593-en>
25. Flo E., Husebo B.S., Bruusgaard P., Gjerberg E., Thoresen L., Lillemoen L., & Pedersen R. (2016). A review of the implementation and research strategies of advance care planning in nursing homes. *BMC Geriatrics*, 16, 24. doi:10.1186/s12877-016-0179-4
26. Hecht K., Krones T., Otto T., Karzig-Roduner I., & Loupatatzis B. (2018). Advance care planning in Swiss nursing homes: Results of a focus group study. *Praxis*, 107(20), 1085-1092. doi:10.1024/1661-8157/a003101



**Educating
Talents**
since 1460.

Universität Basel
Pflegerwissenschaft - Nursing Science
Department Public Health
Bernoullistrasse 28
4056 Basel, Switzerland
nursing.unibas.ch