

36° Congresso Nazionale

#aniarti 2017



Foto: Stefano Elli - Grafica: Nicola Romaccioni

Il nursing nella sopravvivenza. Costruire il futuro

Riva del Garda (Tn)
8-9-10 Novembre 2017



INFORMAZIONI

ECM: Collegato alla partecipazione del 100% delle ore congressuali, corso FAD accreditato ECM con richiesta esplicita a fine congresso su: aniarti@aniarti.it

Segreteria Scientifica: Fabrizio Moggia, Silvia Scelsi, Valter Favero, Simona Saddi, Gian Domenico Giusti, Maria Benetton, Davide Zanardo, Sabrina Adami, Gaetano Romigi, Rodrigo Lopez, Ilaria Cossu, Carmelina Stabile, Francesco D'Ambrosio, Roberto Vacchi, Mario Madeo, Elio Drigo. Si ringraziano i referees per la collaborazione con la segreteria scientifica per l'analisi degli abstract.

Responsabili Segreteria Congresso: Olivo Calliari, Valter Favero, Sofia Bellan

Partnership Organization: Start Promotion, Milano. Cell. 340.4045367; Fax +39.02.67072294. Info: aniarti@aniarti.it

Segreteria Iscrizioni Congressuali: Cell. 340.4045367; Fax +39.02.67072294. iscrizionicongresso@aniarti.it

Mail espositori: espositoricongresso@aniarti.it

Webmaster Aniarti: Andrea Mezzetti, webmaster@aniarti.it

Iscrizioni Studenti Infermieristica: Per informazioni contattare Gaetano Romigi; Cell. 340.4045439; Tel. 06.51006464; Fax 1782724919; garomigi@aniarti.it

TUTTE LE INFORMAZIONI E AGGIORNAMENTO DEL PROGRAMMA SUL SITO: WWW.ANIARTI.IT

Iscrizioni esclusivamente online previa registrazione dei propri dati personali richiesti.

CODICE QR PER SCARICARE IL PROGRAMMA



Sede Congressuale



Riva del Garda®
Fierecongressi

Palazzo dei Congressi

Parco Lido

38066 Riva Del Garda (TN)
Tel.+39 0464-570139 - Fax +39 0464-555255
meeting@rivafc.it
www.rivadelgardacongressi.it

Prenotazioni Alberghiere



Rivatour
Incoming Travel Agency
of Riva Del Garda Fierecongressi S.p.A.

Parco Lido

38066 Riva del Garda (TN)
Tel.+39 0464-570370 - Fax +39 0464-555184
info@rivatour.it - www.rivatour.it
<https://newbooking.rivatour.it/book/home/index?layout=5600>
Transfer gratuito Rovereto-Riva del Garda A/R con prenotazioni Rivatour

36° Congresso Nazionale

#aniarti2017

Il nursing nella sopravvivenza.

Costruire il futuro

La legislazione, i modelli organizzativi, la tecnologia, la ricerca e le questioni etiche l'intero contesto culturale, richiedono un ripensamento del ruolo infermieristico e del contributo degli infermieri nell'ambito dell'area critica.

OBIETTIVI:

- definire quale ruolo hanno le competenze specifiche e la loro certificazione, esiste un percorso univoco? Che competenze testiamo e come le organizzazioni specializzano sulla scorta delle proprie specificità le competenze dei professionisti;
- implementare la discussione sui dilemmi etici e sul ruolo degli infermieri nella tutela della persona assistita nelle proprie scelte soprattutto in condizioni di alterazione della comunicazione o della capacità di decidere;
- implementare il ruolo che ha la ricerca nell'ambito specifico come strumento per trovare risposte concrete e discutere sul ruolo degli infermieri di ricerca anche nell'organizzazione;
- implementare il dibattito sui contesti organizzativi e sul ruolo dell'organizzazione come modello per erogare una risposta appropriata ai bisogni della persona e della famiglia;
- quale ruolo per gli infermieri negli scenari che si configurano nei modelli sanitari che vengono proposti.

PROGRAMMA DEFINITIVO

8 NOVEMBRE

Ore 14.00 - 15.00 – sala Garda

Apertura del Congresso
Apertura Mostra tecnico scientifica
Apertura "Area Poster"

Sessioni parallele **Workshop**
Ore 15.00 - 18.00

WORKSHOP INTERSOCIETARIO: SALA DOLOMITI **"Sicurezza dell'assistenza"**

SIAARTI - Aniarti - AICO - ANIPIO

- **SIAARTI – Maurizio Menarini, Responsabile sezione culturale**
La sicurezza delle cure nella criticità vitale
- **AICO – Salvatore Casarano, Presidente**
La sicurezza in Camera Operatoria
- **ANIPIO – Maria Mongardi, Presidente**
La sicurezza e il rischio infettivo
- **Aniarti – Raffaella Altobelli**
La sicurezza dell'assistenza in area critica: recovery room

Dibattito e chiusura

WORKSHOP: SALA GARDA **"Master di area critica"**

Lo stato dell'arte:

- **Silvia Scelsi:**
Aniarti una survey
- **Elio Drigo, Past President Aniarti**
Da dove veniamo. La storia del percorso

Intervento come *racconto*. Citazione di alcuni tratti e momenti significativi e di fatti rilevanti. Per non disperdere la memoria, attribuire valore alle scelte ed alle fatiche del passato, comprendere il presente nella sua globalità e poter arricchire le prospettive per il futuro.

Il movimento infermieristico ha inizio a fine anni '60 e poi '70, con la nascita delle terapie intensive nel nostro paese. Aniarti ha raccolto e sistematizzato le profonde nuove esigenze degli infermieri, dei cittadini, delle istituzioni (le quali, in realtà, si sono accorte con molto ritardo dell'esigenza...) trasformandole in azione culturale, proposta ed organizzazione operativa. La scelta è stata di lavorare sulle idee e sulla costruzione di fondamenti culturali dell'assistenza infermieristica in area critica, lasciando ad altri – si sperava maggiormente competenti – l'azione rivendicativa (di una professione fin troppo bistrattata).

A) Il pensiero, la concettualizzazione di "area critica". Il rifiuto del mito delle superspecializzazioni, di sempre maggiore frammentazione della persona. Una rivoluzione culturale ri-unificante in ambito sanitario, non solo infermieristico. La scelta filosofica della *specialità "infermieristica"* di area della criticità del malato e non di ambito settoriale-tecnico; non *paramedica*. Una differenza notevole e notata anche nel contesto internazionale.

B) L'azione, le difficoltà e le iniziative specifiche di Aniarti, spesso nell'avversione di influenti settori istituzionali della professione stessa. 1992, la prima manifestazione pubblica nazionale di infermieri italiani, non per chiedere vantaggi per sé, ma per ottenere una formazione all'altezza delle esigenze dei tempi. Il contesto socio-culturale del mondo sanitario era molto arretrato, resistente e indisponibile ad un adeguamento ai tempi. Lo studio e lo sviluppo di un programma formativo organico e congruente con la filosofia adottata.

Gli sviluppi delle prime esperienze regionali di *corsi specialistici* di area critica. L'evoluzione dei percorsi formativi fino a giungere al Master attuale ed alla diffusione nelle varie università.

C) Le considerazioni dalla storia

L'impegno nell'ambito del pensiero è imprescindibile per evitare errori e perdite di tempo e paga anche sul versante dei riconoscimenti della competenza specifica. L'evoluzione autentica nasce da progetti visionari che osano guardare lontano. I cambiamenti non avvengono e non si fondano esclusivamente sulle decisioni istituzionali.

La libera aggregazione di nuclei della comunità professionale attivi e fortemente motivati al bene comune è storicamente la forma maggiormente efficace per gli obiettivi più avanzati.

- **Loredana Sasso, Annamaria Bagnasco**, Università di Genova
Quali sono le competenze definite nell'attuale core curriculum
- **Alessandro Galazzi**
Esperienze: l'esercizio professionale dopo il master
- Tavola rotonda e discussione
PASSATO, PRESENTE E QUALE FUTURO?
- Aniarti, Università e IPASVI

WORKSHOP SUL TRAUMA: SALA RIVA a cura di Atcn

La gestione del trauma ospedaliero

- Concetti di base ed approccio al Paziente (**Riservato agli studenti infermieri del Corso di Laurea**)

Ore 15.00 - 18.00 (2 Sessioni)

SESSIONE POMERIDIANA - sala Belvedere

"SIMULAZIONI ACCURATE"

Ingresso riservato ai congressisti con prenotazione presso la Segreteria Congressuale

9 NOVEMBRE - MATTINO

Ore 9.00 - 10.30 - sala Garda

- **Il nursing della sopravvivenza: costruire il futuro**
Fabrizio Moggia, Aniarti
 - **Le competenze infermieristiche in area critica, la certificazione e la ricerca**
Loredana Sasso, Università di Genova
 - **Master in area critica: lo stato dell'arte in Italia**
Silvia Scelsi, Aniarti
- Discussione**

Ore 10.30 - 10.45 Pausa

Ore 10.45 - 12.45 (2 Sessioni)

SESSIONE MATTUTINA - sala Belvedere

"SIMULAZIONI ACCURATE"

Ingresso riservato ai congressisti con prenotazione presso la Segreteria Congressuale

Ore 10.45 - 11.45

1ª SESSIONE PARALLELA

TERAPIA INTENSIVA 1 - SALA GARDA

- **Analisi sulla gestione infermieristica dei pazienti sottoposti ad ECMO nei centri afferenti alla rete nazionale ECMOnet**
Claudia Lorenzini, Maksim Beliaev, Gianluca Vincenzo Pidalà, Alberto Lucchini - Azienda Socio Sanitaria Territoriale Monza
alberto.lucchini@unimib.it

Obiettivo: indagare alcuni aspetti inerenti la gestione organizzativa, assistenziale infermieristica e sull'impiego di protocolli specifici all'interno dei centri ECMO italiani. Abbiamo esplorato le seguenti tematiche: la gestione delle medicazioni, l'igiene, la mobilitazione e la pronazione, la CRRT, il tipo di trattamenti erogati e la presenza di un ECMO team.

Metodo: studio è stato condotto avvalendosi di un questionario semi-strutturato inviato online ai responsabili medici ed infermieristici dei 14 centri ECMO afferenti alla rete "ECMONET".

Risultati: hanno risposto 11 centri ed i dati ottenuti mostrano una variabilità di risposta in base all'argomento analizzato. Riguardo alle medicazioni il 54,5% disinfetta il sito d'inserzione con CHG2%+IPA70% mentre il 45,5% utilizza lo iodopovidone; la sostituzione della medicazione, semipermeabile nel 45,5% dei casi, viene effettuata ogni 72 ore nel 54,5% delle strutture. Solamente la minoranza (36,4%) misura la circonferenza della coscia in presenza di accessi femorali ed un quarto (27,3%) misura di routine la lunghezza extravascolare del catetere. La pronazione del paziente in trattamento ECMO si effettua nel 54,5% dei centri; alla procedura collaborano 5 operatori sanitari (66,7%) e nella maggioranza dei casi (66,7%) il tecnico perfusionista non risulta presente durante la manovra. Abbiamo riscontrato una significativa e diffusa attenzione alla prevenzione delle lesioni da pressione utilizzando medicazione preventiva (90,9%) e favorendo la mobilizzazione, per quanto possibile, nel 72,7% dei centri.

Conclusioni: dall'indagine effettuata si è evidenziata una scarsa produzione bibliografica in ambito infermieristico rispetto al tema trattato. Ciò si è potuto riscontrare anche nella disomogeneità rilevata rispetto ad alcune procedure assistenziali, le quali mostrano una certa lentezza e difficoltà ad applicare sul piano operativo quanto indicato dalle linee guida. Si pensi, a solo titolo esemplificativo, al persistere dell'utilizzo di iodopovidone anziché della clorexidina, per la disinfezione cutanea, per la gestione dei cateteri vascolari e delle linee infusionali. Dai dati acquisiti risulta fondamentale la necessità di sostenere il cambiamento della pratica assistenziale, in modo tale da poter garantire una gestione adeguata e coerente del paziente in ECMO. Il presente lavoro si propone di avviare un'indagine esplorativa e descrittiva rispetto alla gestione infermieristica nelle terapie intensive ad alta complessità nella realtà italiana, auspicandosi di sollecitare ulteriori ricerche e pubblicazioni.

• L'accoglienza del visitatore minore in una Terapia Intensiva per adulti

Caterina Barera, Maria Benetton – Treviso
cate.barera@libero.it

Introduzione: nelle Terapie intensive (TI) per adulti si stanno adottando politiche per il Family Centered Care, ma spesso i minori vengono esclusi dalla visita o viene consentita solo in età postadolescenziale. Le motivazioni, confermate in letteratura ma non dimostrate da evidenze scientifiche, sono il rischio di infezione per il minore e per il paziente, il disturbo per il personale, l'ambiente pauroso ed il rischio di trauma psicologico. Per il bambino non vedere il familiare malato può avere effetti disgreganti e di conflittualità, percepire la separazione come punizione e mancanza di amore e può sviluppare sentimenti di abbandono e senso di colpa.

Materiali e metodi: studio osservazionale descrittivo multicentrico con un campione di convenienza non probabilistico di infermieri di TI per adulti reclutati attraverso contatti Anarti, con esperienza non inferiore ad 1 anno. È stato elaborato un questionario ad hoc, costituito da 15 item a risposta multipla. È stata condotta contestualmente una ricerca bibliografica. Sono stati reperiti pochi articoli specifici, prevalentemente studi descrittivi con piccoli campioni o report esperenziali.

Risultati: hanno risposto 76 infermieri, prevalentemente operanti in TI generali del Nord Italia (58%) e nel Centro Italia (41%).

Età per visitare un paziente in TI: il 31% ritiene che può avvenire in qualunque fascia di età, il 53% almeno 13 - 17 anni.

Come motivazione all'esclusione dalla visita, il rischio di infezione per il paziente viene considerato non problematico (64%), c'è più paura del rischio di infezione per il minore (51%). Le condizioni cliniche sono un'importante motivazione per negare la visita (65%); se fosse sveglio e vigile tutto il campione accetterebbe il minore; se fosse incosciente solo il 25% permetterebbe la visita in età 0-6, un 16% la negherebbe, indipendentemente dall'età. Se il paziente fosse morente il 21% consentirebbe l'accesso già da

0 - 6 anni, il 47% solo agli adolescenti e il 10.5% non lo permetterebbe proprio.

Tra gli infermieri emerge un desiderio di protezione per cui negherebbero la visita perché l'ambiente è pauroso (43%) o per rischio di trauma psicologico (70%). Non pensano che la visita possa creare disagio e disturbo per il personale sanitario né per il paziente. Se degente è il genitore, il 41% garantirebbe la visita già dalla fascia 0 - 6 anni. Decresce man mano qualora sia un fratello o il nonno o altro familiare. Varie le risposte alla domanda "cosa fate per favorire la visita": coinvolgimento dello psicologo, utilizzo di un protocollo specifico, utilizzo di libri, giochi, ma quasi nel 20% "non si fa nulla". La figura da affiancare l'infermiere prima, durante e dopo la visita è lo psicologo clinico, poi il medico.

Si sono proposti degli aggettivi descrittivi l'esperienza; è stata "utile" e "confortante" (65%), "traumatica" (19%), "spaventosa" (7%). Alcuni hanno segnalato che la visita è stata "paurosa perché mal gestita".

Conclusioni: la ricerca ha permesso di conoscere il fenomeno e, dato che le TI dell'ospedale di Treviso hanno iniziato un percorso di massima apertura alle visite dei minori, ci ha confermato nel progetto e nelle scelte operative di accoglienza.

• **ICU diary: implementazione in una terapia intensiva generale italiana**

Alessandra Negro, A.Ronchi, S.Stimamiglio, G.Arena, T. Tira, A. Serra, V. Zappia, L.Rinaldi, M. Tanaka, M.Fresoli, C.Caballo - IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano

D.F. Manara - Università Vita-Salute, San Raffaele, Milano

negro.alessandra1@gmail.com

Introduzione: l'utilizzo di diari può aiutare il paziente che esce dalla Terapia Intensiva (TI) e la sua famiglia a recuperare i vuoti di memoria relativi al ricovero. Gli ICU-diaries vengono scritti per i pazienti ricoverati nelle TI durante il loro periodo di degenza, e vengono compilati quotidianamente dai familiari o caregivers e dagli infermieri, descrivendo le visite, le occorrenze

durante il turno, i progressi del paziente, la relazione con i familiari. Il paziente, una volta dimesso dalla TI, potrà leggere il suo diario per capire meglio quanto è successo durante il ricovero. Il diario consente ai pazienti di valutare il loro recupero e migliora la comunicazione con le famiglie, sostenendo in tal modo la cura centrata sulla famiglia. Il contenuto dei diari, aiuta sia i pazienti che i familiari, a capire la gravità della malattia del paziente alleviando spesso sensi di colpa percepite dai parenti. E' dimostrato che il diario possa ridurre l'incidenza di depressione, ansia e PTSD (post traumatic stress disorder) sia per i pazienti e i parenti.

Obiettivo: implementare l'utilizzo di ICU Diaries nella Terapia Intensiva Generale dell'IRCCS Ospedale San Raffaele di Milano.

Materiali e metodi: dopo una formazione agli infermieri della TI generale, nel periodo compreso tra i mesi di Aprile ed Ottobre 2016 sono stati consegnati gli ICU Diaries ai parenti dei pazienti, dopo 48 ore di degenza.

Risultati e Discussione: sono stati proposti i diari di Terapia Intensiva a 22 caregivers, ottenendo la partecipazione di 20 famiglie. Il campione dello studio comprende 20 diari, 9 di pazienti donne, 11 di uomini, che ricoprono dai 2 ai 43 giorni di degenza. Due diari appartengono a pazienti che successivamente il ricovero in Terapia Intensiva sono deceduti. Di un diario si sono perse le tracce, in quanto non è stato fotocopiato, di conseguenza 19 è il numero di diari disponibili. Gli autori dei diari sono rappresentati dai familiari, amici e dagli infermieri; nello specifico, in 7 diari ha partecipato alla scrittura solo un familiare, marito, moglie, mamma o figlia. Nei restanti 12 diari hanno partecipato più persone alla scrittura: genitori, fidanzati/e, sorelle o fratelli, amici. Tutti gli infermieri sono stati coinvolti e invogliati a partecipare al progetto, solo tre hanno partecipato, inserendo i propri messaggi di incoraggiamento e i propri pensieri all'interno di 9 diari. Conclusioni: il progetto, che continua, ha dato risultati incoraggianti, necessita anche di una analisi qualitativa dei contenuti, attualmente in corso.

EMERGENZA/URGENZA 1 – SALA DOLOMITI

• **Conoscenze della Rianimazione Cardio Polmonare nei familiari di pazienti a seguito ad Arresto Cardio Circolatorio: studio qualitativo**

Carla Lucertini, Maria Lupo, Lucia Dignani, Andrea Toccaceli – Az. ospedaliero universitaria “Ospedali Riuniti” Ancona

c.lucertini@ospedaliriuniti.marche.it

Introduzione: In caso di Arresto Cardio Circolatorio (ACC) è decisa la presenza di persone in grado mantenere le funzioni vitali per la sopravvivenza e contenimento di effetti disabilitanti di un assistito. Il salvataggio significa sapere cosa fare o evitare, come chiamare i soccorsi ed è un obiettivo per la sicurezza della società. Le raccomandazioni sottolineano l'importanza di organizzare, pianificare, formare e stabilire un collegamento tra il sistema sanitario e la popolazione. Obiettivo: valutare le conoscenze dei familiari di assistiti rispetto al Rianimazione Cardio Polmonare (RCP).

Metodi: è stato condotto uno studio qualitativo etnografico con il metodo Colaizzi su un campione di convenienza di familiari di persone con età compresa da 50 a 80 anni con un episodio di ACC e Sindrome Coronarica Acuta negli ultimi 5 anni che eseguono il follow-up presso l'ambulatorio dedicato in un ospedale marchigiano per acuti. È stato utilizzato questionario semistrutturato ad hoc basato sulle linee guida AHA 2015 composto da 21 items che indagano sulle conoscenze della catena della sopravvivenza e sulla educazione sanitaria.

Risultati: sono state arruolate 18 persone corrispondenti ai criteri d'inclusione.

L'analisi dei dati mostra che:

- il 56% afferma di saper valutare il respiro ma solo il 40% di questi è realmente capace di farlo, il 44% sa riconoscere il gasping, ma solo il 75% di questi sa effettivamente cosa sia;
- il 77% sa cosa sia l'RCP ma solo il 50% afferma di saperlo eseguire;
- il 38% inizierebbe subito con le compressioni e farebbe chiamare i soccorsi, mentre il 62% chiamerebbe il 118 non sapendo eseguire RCP;

- il 14% conosce il giusto rapporto compressioni/ ventilazioni, il 4% la frequenza delle compressioni al minuto e l'8% la profondità delle compressioni e il giusto posizionamento delle mani sul torace;

- il 16% conosce i tempi necessari per evitare danni cerebrali irreversibili;

- il 56% si è informato sulle manovre di RCP, di cui l'80% spontaneamente con corsi organizzati dalla protezione civile (15%), o corsi a lavoro (13%);

- coloro che non si sono mai informati in merito (44%), vorrebbero partecipare a corsi di comunità (16%), in strutture sanitarie (14%) e attraverso scuole e università/ luoghi pubblici (2%);

- il 38% chiede la partecipazione attiva dei comuni, il 33% è propenso a corsi integrati durante le ore di lavoro, scuola e università.

Conclusioni: è necessario diffondere la cultura della informazione sanitaria in una stretta rete tra gli ospedali e il territorio aumentare la sopravvivenza dopo ACC.

• **Gli Infermieri di Pronto Soccorso in Italia: analisi descrittiva**

Nicola Ramacciati, Enrico Lumini, Andrea Mezzetti, Alessio Gili, Laura Rasero – Università di Firenze
nicola.ramacciati@libero.it

Introduzione: nell'ambito dell'area critica gli infermieri di pronto soccorso (PS) giocano un ruolo rilevante. Ad oggi, nonostante non manchino indagini statistiche sulla popolazione infermieristica italiana, non è disponibile un report specifico per gli infermieri di PS. In occasione dell'Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso svolta dall'Università di Firenze in collaborazione con Anarti, sono stati contattati tutti i PS attivi in Italia nell'anno 2016 secondo l'elenco del Ministero della Salute.^{1,2,3}

Metodi: il data set ministeriale è stato arricchito con il numero, dichiarato dal rispondente di ogni servizio contattato, di infermieri effettivi in organico, consentendo così di conoscere la numerosità degli infermieri per tipologia di servizio, ospedale e località. I dati demografici e pro-

fessionali del campione di infermieri che hanno risposto alla Survey, offrono una descrizione robusta delle caratteristiche degli infermieri di PS italiani.

Risultati: nei 670 PS contattati (100% dei servizi censiti dal Ministero al 30/12/15) risultano attivi 15.618 infermieri pari al 5,4% dei 288.000 infermieri impiegati nel settore ospedaliero.⁴ Il campione dei rispondenti, composto da 1064 unità (6,8% degli infermieri "censiti") è costituito per il 58,3% da uomini e il 41,7% da donne, età media 40,6 anni (DS $\pm 9,6$). Anzianità: 16,5 anni ($\pm 9,8$), di cui in PS 9,9 anni ($\pm 7,3$). Con Diploma Regionale 42,5% o Laura triennale 57,5%. Competenze avanzate acquisite con Laurea magistrale (13,7%) o master coordinamento (39,2%), area critica (37,7%), infermieristica forense (6%), altro (3,5%).

Discussione: i dati aggregati per regione e confrontati con quelli inerenti l'intera popolazione infermieristica italiana sono una fonte statisticamente rilevante delle caratteristiche degli Infermieri di PS in Italia utile per futuri studi su questa specifica popolazione infermieristica.

Bibliografia

1. RAMACCIATI N, BAMBI S, MEZZETTI A, LUMINI E, GILI A, RASERO L. (2016) *Questionario per l'Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso: studio di validazione*. Scenario; 33(3):22-26.
2. MINISTERO DELLA SALUTE (2016) *Elenco strutture della rete dell'emergenza ospedaliera*. www.salute.gov.it
3. MINISTERO DELLA SALUTE (2016) *Dataset Rete dell'emergenza ospedaliera*. www.salute.gov.it
4. CENTRO STUDI IPASVI (2016) *Tutti i numeri degli infermieri. Chi sono, dove lavorano, privati, dipendenti e disoccupati: una professione allo specchio*. www.ipasvi.it/archivio_news/attualita/2093/Scheda%20n%202%20L-analisi%20dei%20dati%20stat

- **Il ruolo dell'infermiere di triage nel riconoscere la violenza domestica non dichiarata**
Fabio Bidoggia, Alessandra Gorla - AOU San Luigi Orbassano, Torino
fabio.bidoggia@unito.it

Introduzione: la Violenza Domestica (VD) è un problema sanitario rilevante, spesso tollerato e non dichiarato dalla vittima. Tra i diversi luoghi di cura, il Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) rappresenta il servizio al quale la vittima si presenta per chiedere assistenza a causa delle lesioni o di altri disturbi correlati alla violenza subita.

Obiettivo: riassumere le raccomandazioni disponibili rispetto alla gestione e al riconoscimento della vittima di VD durante la fase di accoglienza in pronto soccorso; individuare strumenti di screening validati ed indicatori predittivi di VD, quando la violenza non è dichiarata.

Materiali e metodi: sono state consultate le banche dati Medline (attraverso il portale Pubmed), Cinahl, Cochrane Library, National Guideline Clearinghouse e Trip Database utilizzando come termini principali: intimate partner violence, battered women, non-accidental injuries, abuse o abused, screening, indicators, markers, emergency department. È stata esaminata la bibliografia annessa a ciascun articolo incluso dalla ricerca o revisione conosciuta sull'argomento.

Risultati: gli operatori di triage che accolgono le vittime di VD, devono porre particolare attenzione ai comportamenti da adottare nei confronti della persona, alla sua sicurezza e assolvere agli obblighi di Legge.

La VD spesso non è dichiarata e gli strumenti di screening presenti in letteratura possono aiutare solo in parte l'operatore a riconoscerla in fase di triage. A partire dalle diverse modalità con cui la violenza si manifesta, sono stati identificati degli indicatori di sospetto.

Discussione: è necessario che i professionisti modifichino il loro approccio alla VD considerandola una possibile causa di accesso in DEA. La formazione potrebbe rivestire un ruolo cruciale nell'accrescere, tra gli operatori sanitari, la cultura di contrasto alla VD.

ORGANIZZAZIONE – SALA RIVA

- **Le consegne infermieristiche in Terapia Intensiva: analisi di contenuto**

Matteo Danielis, Anisa Tanushi, Elisa Mattiussi –
Az. Sanitaria Universitaria Integrata di Udine
danielis.matteo@gmail.com

Introduzione: la complessità dei pazienti e la multidisciplinarietà in terapia intensiva determinano l'esigenza di creare e condividere metodi strutturati per lo scambio delle informazioni, un momento fondamentale per garantire la sicurezza e prevenire l'errore.

Obiettivi: gli obiettivi di questa ricerca erano esplorare quali informazioni vengono comunicate durante l'handover tra infermieri in terapia intensiva, con riferimento al modello Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR).

Materiali e metodi: studio qualitativo, con registrazione audio dei passaggi di consegne ed analisi di contenuto.

Risultati: sono stati registrati 16 passaggi di consegne, per un totale di 74.92 minuti, con una durata media di 4.68 minuti per consegna. Dalla raccolta dati sono emerse 12 categorie principali denominate anamnesi, sistema neurologico, sistema respiratorio, emodinamica, nutrizione, diuresi, eliminazione intestinale, temperatura, device, farmaci, integrità cutanea e sicurezza del paziente. Dall'analisi deduttiva è emerso che la maggior parte delle informazioni fornite riguardavano elementi di assessment, mentre le raccomandazioni sono state fornite prevalentemente nelle categorie integrità cutanea, farmaci, device, diuresi, nutrizione ed eliminazione intestinale. Informazioni relative alla situation o al background sono state trasmesse principalmente quando chi riceveva le consegne non aveva mai preso in carico il paziente. Per quanto riguarda la trasmissione di informazioni sulla terapia farmacologica, molto frequente è stato l'utilizzo di sigle e abbreviazioni. L'aspetto della sicurezza del paziente è emerso in molte categorie e sottocategorie, in particolare in tema di accertamento (es. valutazione sito di inserzione del CVC), terapie farmacologiche (es. dosaggi di farmaci), documentazione (es. scheda lesioni da decubito), indagini effettuate o da effettuare (es. RX per controllo posizionamento sondino naso gastrico). Infine, limitate sono state le informa-

zioni riguardanti la relazione con i familiari, ad eccezione di alcuni elementi organizzativi quali le modifiche di orari visita e il numero di persone autorizzate all'ingresso.

Conclusioni: dall'analisi dei contenuti è emerso che, per trasmettere le informazioni sui pazienti, gli infermieri ricorrevano principalmente al modello basato sui sistemi corporei. Poiché ad oggi mancano standard che riportino quali siano le informazioni minime ed essenziali da trasmettere durante i passaggi di consegne, questo studio potrebbe fornire lo spunto per rivalutare i contenuti di handover in terapia intensiva.

• **Case Report – Arresto Cardio Circolatorio Testimoniato: integrazione Sala Operativa 118, infermiere del Mezzo di Soccorso Intermedio e medico del Mezzo di Soccorso Avanzato. Un modello sostenibile**

Gianluca Vergano, Fabrizio Canevari - Fondazione IRCCS Policlinico "San Matteo" Pavia
luca_78it@yahoo.it

Introduzione: in Italia ogni anno avvengono circa 50.000 Morti Cardiache Improvvise. Di queste il 65% è testimoniato. Le linee guida 2015 sulla rianimazione cardiopolmonare emanate dall'International Liaison Committee Of Resuscitation hanno rafforzato l'importanza del rapido riconoscimento dell'arresto Cardio-Circolatorio (ACC) da parte degli operatori della Sala Operativa dell'Emergenza Sanitaria (118), fornendo al testimone dell'evento le istruzioni per la Rianimazione Cardio-Polmonare, la ricerca e l'utilizzo del defibrillatore pubblico. In Regione Lombardia, l'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) ha organizzato il soccorso sanitario per dare una risposta adeguata a tutte le patologie definite "Tempo dipendenti" come l'arresto cardiaco. La chiamata precoce al Numero Unico di Emergenza (NUE) 112, l'applicazioni di Istruzioni Pre-Arrivo, la diffusione capillare sul territorio dei Defibrillatori Semi-Automatici, l'utilizzo di Mezzi di Soccorso con infermieri a bordo (MSI) e medici (MSA) in grado di perfezionare il processo di cura, rappresenta un modello integrato e sostenibile che può contribuire a ottimizzare la

gestione di pazienti in arresto cardiaco.

Obiettivo: presentare un caso clinico di arresto cardiaco extraospedaliero in cui diverse figure dell'emergenza sanitaria hanno collaborato e si sono integrate, nel rispetto dei propri ruoli e competenze.

Case Report: L.G., uomo di 46 anni, arresto cardiaco testimoniato dai parenti che allertano subito il NUE 112 ed eseguono prontamente le Compressioni Toraciche Esterne (CTE) guidati dall'operatore della SOREU (Sala Operativa Regionale Emergenza Urgenza). Contemporaneamente viene attivato un MSI il cui infermiere, una volta giunto sul posto, inizia la rianimazione cardiopolmonare applicando l'algoritmo clinico-assistenziale dell'ACC. Dopo alcuni minuti compare ROSC. Successivamente giunge in posto anche un MSA e il medico anestesista rianimatore, mantenendo la stabilizzazione del quadro clinico, completa il soccorso accompagnando il paziente all'ospedale di Pavia per la procedura di rivascolarizzazione e successivo ricovero in terapia intensiva.

Conclusioni: il modello organizzativo di AREU Lombardia che coinvolge la SOREU nel supporto immediato degli astanti nell'esecuzione delle CTE e, se disponibile, all'utilizzo del DAE, l'arrivo sul paziente in tempi brevi e l'effettuazione di manovre avanzate da parte di un infermiere e la stabilizzazione definitiva del medico è performante e sostenibile perché rispetta i ruoli e le competenze di tutte le figure tecniche e sanitarie coinvolte.

• **Sicurezza delle cure e responsabilità sanitaria. Il nursing d'area critica alla luce della recente legge "Gelli"**

*Marco Zucconi - Azienda Ospedaliera di Perugia
marco.zucconi@email.it*

Introduzione: con l'approvazione della legge 24/2017 dal 01 aprile vengono introdotte considerevoli novità in materia di sicurezza delle cure e responsabilità degli esercenti delle professioni sanitarie. Maggior prevenzione degli eventi avversi, aderenza alle linee guida e buone pratiche, formazione, diverse modalità di ripartizione

delle responsabilità tra strutture sanitarie e professionisti, introduzione del reato di responsabilità colposa in ambito sanitario, assicurazione obbligatoria per le strutture sanitarie e per gli operatori, tentativo obbligatorio di conciliazione, istituzione del Fondo di garanzia per i soggetti danneggiati, sono alcuni dei punti salienti di una norma attesa da almeno 15 anni.

Scopo e metodo: attraverso la relazione viene fornita una presentazione in generale della norma e una chiave di lettura ragionata sull'impatto di questa legge nei confronti del nursing d'area critica e della responsabilità dei professionisti infermieri che ogni giorno, con conoscenze, capacità e competenze si adoperano, spesso tra grandi difficoltà, per assistere in sicurezza le persone in instabilità clinica e/o criticità vitale. Inoltre, sono esposte considerazioni sul contributo di Anarti, società scientifica degli infermieri d'area critica, che potrebbe opportunamente fornire alla definizione di linee guida e buone pratiche clinico-assistenziali, stante anche i policy statement emessi nel tempo.

Conclusioni: anche se per la concreta applicazione di tutti i suoi contenuti sarà necessario attendere i decreti attuativi e gli orientamenti giurisprudenziali saranno fondamentali per capire l'applicazione della norma nel diritto materiale, ciò porterà, si auspica, ad una maggiore tranquillità professionale per chi ogni giorno assiste e cura le persone, ma anche una migliore garanzia per i cittadini di veder assicurato il loro diritto alla salute e anche un giusto risarcimento in caso di danni derivanti da responsabilità sanitaria. Purtroppo la realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio dovrà essere assicurata senza "maggior oneri" e perciò senza quegli investimenti che sarebbero necessari, pertanto è difficile prevederne gli sviluppi nel tempo. Gli infermieri d'area critica sapranno però cogliere lo spirito della legge e continueranno, con maggiore serenità, a fornire una assistenza individualizzata e basata sulle evidenze scientifiche più recenti, nella consapevolezza che oggi la sicurezza in sanità è divenuto un bene prioritario e irrinunciabile che coinvolge l'organizzazione, gli operatori e i cittadini.

Ore 11.45 - 12.45

2ª SESSIONE PARALLELA

DOLORE - SALA GARDA

- **Confronto di due scale comportamentali per la valutazione del dolore nel paziente critico incapace di riportarlo e relazione con lo stato di sedazione: uno studio osservazionale trasversale**

Alice Vadelka, Anna Busnelli, Loris Bonetti - Humanitas Mater Domini, Varese
 Alivadelka@gmail.com

Introduzione: nelle unità operative di terapia intensiva può essere difficile rilevare il dolore, dato che alcuni soggetti non sono in grado di comunicarlo, tramite le scale solitamente utilizzate. In letteratura esistono scale comportamentali in grado di determinare il livello di dolore in questi soggetti. Lo scopo di questo studio è analizzare la concordanza tra le scale C-POT e BPS/BPS-NI nel valutare il dolore ed esaminarne la facilità d'uso, in relazione allo stato di sedazione rilevato tramite la Richmond Agitation and Sedation Scale (RASS).

Metodo: studio osservazionale, trasversale. Sono stati valutati i pazienti prima e dopo l'esecuzione di due procedure non dolorose e due dolorose. È stato determinato l'indice di correlazione Rho di Spearman tra le scale e di queste con le scale NRS/VRS ed indagata la capacità di discriminare tra procedure dolorose e non dolorose. Si sono confrontati i parametri vitali registrati prima/subito dopo le procedure non dolorose e dolorose. Sono state ricercate differenze tra i soggetti sottoposti ad analgesia e senza e tra i soggetti con un alto livello di sedazione e con basso/assente.

Risultati: sono stati inclusi 33 pazienti, per un totale di 528 valutazioni del dolore. Le scale discriminano procedure dolorose e non dolorose ($p_{0,9}$; $p_{0,9}$; $p_{0,05}$) tra gli individui con alto livello di sedazione e quelli con basso/assente, mentre tra soggetti con analgesia e senza solo in tre casi.

Conclusioni: gli strumenti risultano entrambi validi e affidabili, in grado di rilevare l'intensità del dolore nei pazienti in condizioni critiche, anche con un alto livello di sedazione farmacologica; i risultati confermano l'utilità delle due scale nelle unità di area critica.

- **Valutazione del dolore In Terapia Intensiva Cardiochirurgica. Confronto tra due scale del dolore: C-Pot (Critical Care Pain Observation Tool) vs Bps-Ni (Behavioral Pain Scale – Non Intubated Patients)**

Alice Pizziconi - Università degli Studi di Perugia
 Dipartimento di Medicina Sperimentale
 alicepizziconi.ap@gmail.com

Introduzione: la difficoltà di ottenere una quantificazione del dolore da parte dei pazienti risulta spesso difficile soprattutto nell'ambito della terapia intensiva. In questo caso il rischio è quello di giungere ad un'errata valutazione e non adeguato trattamento di questo parametro. L'obiettivo di questo studio è il confronto tra due scale di valutazione del dolore: C-POT e BPS-NI per verificare quale delle due sia più discriminante e veritiera nel valutare il dolore nel paziente estubato sottoposto ad intervento cardiocirurgico, rispetto alla scala NRS attualmente in uso. Segue la necessità di rendere consapevole il personale per poter conseguire migliori outcomes.

Materiali e metodi: sono stati reclutati 100 pazienti (74 uomini e 26 donne) nel periodo Maggio-Ottobre 2016 presso la Terapia Intensiva Post Operatoria Cardiochirurgica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Perugia somministrandogli la scheda raccolta dati e le relative scale BPS-NI, C-POT e NRS per valutare l'andamento della presenza di dolore al momento dell'estubazione (0 minuti), dopo nursing e dopo 24 h.

Risultati: i risultati ottenuti mettono in evidenza che, il livello soglia del dolore nel caso della C-POT (score \geq 3) al momento dell'estubazione è stato pari al 34% (I.C. 25–44), dopo nursing del 20% (I.C. 13–29) e del 10% dopo 24 h (I.C. 5–18). Nel caso della BPS-NI (score $>$ 5) al momento

dell'estubazione è stato del 14% (I.C. 8–22), dopo nursing dell'8% (I.C. 4–15) e dopo 24 h si è ottenuto il 6% (I.C. 3–13). Infine nel caso della NRS (score \geq 4) al momento dell'estubazione è risultato del 45% (I.C. 35–45), dopo nursing del 40% (I.C. 31–50) e del 21% dopo 24 h (I.C. 14–30).

Discussione: il dolore si è dimostrato clinicamente rilevante durante le procedure nocicettive. Questo studio inoltre è andato ad indagare anche la presenza/assenza di dolore alla fine della procedura nocicettiva il quale risulta statisticamente minore rispetto a quello presente al momento dell'estubazione. Questo potrebbe significare che il dolore non cessa alla fine della procedura, ma persiste per qualche istante. Tutto ciò trova conferma nella pratica clinica specie se si pensa che i pazienti sono sottoposti più volte, nell'arco della medesima giornata, alla stessa procedura assistenziale e che il dolore acuto può essere responsabile di alterazioni a carico dei parametri vitali

Conclusioni: i risultati di questo studio confermano l'applicabilità e suggeriscono la necessità di implementarne il loro uso.

• **Validazione del Manchester Pain Ruler (MPR) in Dipartimento di Emergenza (DEA)**

Caterina Volpi, Enrico Lumini, Nicola Ramacciati, Chiara Bigazzi, Laura Rasero - UO Ricerca e Sviluppo della Clinical Practice, Az. Ospedaliera Universitaria Careggi, Firenze
Cati.volpi@gmail.com

Razionale dello studio: il dolore è il sintomo più frequente nei pazienti che si presentano al DEA, con una prevalenza del 70%; l'oligoanalgesia è un problema altrettanto comune. La valutazione del dolore è tra le maggiori responsabilità infermieristiche: lo studio si pone l'obiettivo primario di verificare la validità concorrente del Manchester Pain Ruler (MPR), strumento di valutazione del dolore specifico per il DEA che è ad oggi validato solo su una popolazione pediatrica.

Materiali e metodi: il disegno di studio adottato è diagnostico e prospettico. In un campione di convenienza di soggetti che si sono presentati al triage del DEA di Careggi con dolore nel periodo

ottobre e novembre 2016, è stata somministrata prima la scala VAS e poi l'MPR all'ingresso, in seguito a somministrazione di antidolorifico e alla dimissione. In seguito è stato somministrato il questionario di gradimento per indagare la validità apparente.

È stata inoltre determinata la sensibilità e specificità dello strumento valutandone la capacità di identificare correttamente le categorie di intensità di dolore evidenziate dalla VAS.

Risultati: sono stati osservati 151 pazienti, l'età media è 48,8 anni. Confrontando le misure ottenute con l'MPR è emersa un'elevata correlazione con quelle della VAS nei tre momenti di Spearman. Il grado di accordo misurato col ρ (rispettivamente 0,864, 0,956 e 0,952 con calcolo coefficiente k di Fleiss) ha evidenziato un accordo per le categorie di dolore sostanziale per la prima valutazione e perfetto per le valutazioni successive (k di Fleiss nei tre momenti: 0,67, 0,81 e 0,80). Alla prima valutazione è stata analizzata anche l'area sotto la curva ROC che ha evidenziato per il riconoscimento del dolore moderato e grave una sensibilità del 97,8 ed una specificità del 66,7 e per il riconoscimento del dolore grave una sensibilità del 83,2 ed una specificità del 88,6. L'MPR è la scala preferita nel 77,9% dei casi e quella che riesce ad esprimere meglio il dolore nell'87,9%.

Conclusioni: l'MPR risulta uno strumento che ha buona validità concorrente e apparente in un campione di convenienza di adulti con capacità cognitive integre. La correlazione ed il valore di accordo più bassi alla prima valutazione suggeriscono che l'MPR potrebbe aiutare i pazienti ad esprimere più consapevolmente il proprio livello di dolore. Lo studio ha permesso di evidenziare le criticità tuttora permanenti come la mancata valutazione del dolore al triage, il ricorso agli oppiacei ancora molto contenuto ed un tasso non trascurabile di pazienti dimessi con dolore moderato-grave.

RICERCA 1 - SALA DOLOMITI

• **Valutazione del dolore in Pronto Soccorso. Congruenza tra la percezione del paziente e la valutazione dell'infermiere. Uno studio osservazionale**

Bianca Reitano

bianca.reitano@gmail.com

Introduzione: la scarsa propensione dell'infermiere a valutare il dolore è ormai già appurata da molti articoli di letteratura scientifica, nonostante si dimostri l'importanza di una valutazione più accurata. Obiettivo principale dello studio è analizzare la presenza di sottovalutazioni o di sovrastime dell'intensità del dolore tra infermiere ed assistito in Pronto Soccorso ed, obiettivo secondario, ricercare la presenza di eventuali fattori che influenzino queste disuguaglianze valutative.

Materiale e metodi: lo studio osservazionale si è svolto nel Pronto Soccorso dell'Ospedale di Assisi e in quello di Foligno, riuscendo a raccogliere un campione complessivo di 130 persone e 26 infermieri. È stata somministrata una scheda di raccolta dati al paziente con una parte anagrafica seguita da informazioni sul suo dolore, con la valutazione dell'intensità da 0 a 10. Un'altra scheda per gli infermieri era costituita da una sezione anagrafica, formativa, lavorativa e una sezione riferita alla valutazione del dolore di quello stesso paziente.

Discussione: dal t test è emerso che la differenza di medie tra la valutazione dell'assistito e quella dell'infermiere si attesta a 10.10, e quindi è estremamente significativa. Per determinare le possibili spiegazioni a queste discrepanze valutative sono stati presi in esame alcuni fattori correlati all'infermiere e al suo percorso formativo, e cioè età, sesso, anni lavorativi, anni lavorativi in Pronto Soccorso, partecipazione a corsi di formazione sul dolore. Sono risultate significative le variabili relative ad età, anni lavorativi e anni lavorativi in Pronto Soccorso. Un fattore determinante è l'esperienza: l'incidenza dei casi di sopravvalutazione del dolore è attribuibile per lo più a infermieri giovani, poco esperti, al con-

trario, infermieri più anziani ed esperti tendono a sottostimarli. Secondo fattore determinante è la formazione: inadeguate conoscenze riguardo la gestione del dolore sono considerate tra le maggiori barriere per l'efficace identificazione, valutazione e trattamento del dolore stesso.

Conclusioni: è necessario un nuovo tipo di formazione, intesa come percorso informativo e formativo che deve accompagnare l'infermiere per tutto il suo iter universitario e lavorativo. Deve essere un processo educativo attivo che deve prima di tutto coinvolgere l'infermiere prima ancora come persona. L'utilità e l'efficacia della formazione è stata dimostrata più volte dalla letteratura per evidenziare un miglioramento della gestione del dolore.

• **Approccio globale alla violenza verso gli infermieri di Pronto Soccorso: linee di ricerca**

Nicola Ramacciati, Laura Raseo - Azienda Ospedaliera di Perugia

nicola.ramacciati@unifi.it

Introduzione: la violenza nei confronti degli operatori sanitari è un fenomeno mondiale sempre più diffuso.¹ Gli infermieri di Pronto Soccorso (PS), soprattutto se impegnati nell'attività di triage sono i tra più esposti.² Molti modelli concettuali e quadri teorici sono stati elaborati al riguardo³ e partendo da questi stiamo sviluppando una linea di ricerca basata sull'assunto che il problema della violenza verso gli infermieri di PS, causato dall'effetto concomitante di molteplici fattori, è un fenomeno complesso che richiede azioni di contrasto basate su interventi a 360°. La multifattorialità dovuta ai molteplici meccanismi "causa-effetto" presenti, e la multidimensionalità che sottolinea la necessità di adottare risposte integrate per affrontare efficacemente il fenomeno, sono i due concetti cardine del nostro modello.

Domanda generativa della ricerca: il fenomeno della violenza verso gli infermieri di PS, per quanto complesso, è scomponibile in determinabili fattori causali, dei quali è possibile misurarne l'intensità, e sui quali intervenire con precise azioni di contenimento del fenomeno stesso?

Obiettivo principale: elaborare uno strumento di misurazione predittivo ("Global Approach to Violence towards Emergency Nurses Score" GAVEN-Score) focalizzato sugli interventi di minimizzazione del rischio, da testare su larga scala (studio multicentrico).

Obiettivi intermedi: analizzare il problema in Italia (dati provenienti dall'Indagine Nazionale 2016)⁴; sviluppare un costrutto esplicativo; analizzare gli aspetti medico-legali e forensi, nonché giuridici correlati alle politiche di Tolleranza Zero; monitorare alcuni indicatori specifici di struttura, processo ed esito; valutare l'efficacia degli interventi. Obiettivo ulteriore: avviare un progetto di ricerca-azione.⁵

Bibliografia

1. KRUG EG, WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Violenza e salute nel mondo*. Quaderni di sanità pubblica 2002: 1-356.
2. PICH J, HAZELTON M, SUNDIN D, KABLE A. *Patient-related violence against emergency department nurses*. Nurs Health Sci 2010; 12: 268-274.
3. RAMACCIATI N, CECCAGNOLI A, ADDEY B, LUMINI E, RASERO L. (2017) *Violence towards emergency nurses: a narrative review of theories and frameworks*. International Emergency Nursing (under review)
4. RAMACCIATI N, BAMBI S, MEZZETTI A, LUMINI E, GILI A, RASERO L. (2016) *Questionario per l'Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso: studio di validazione*. Scenario; 33(3):22-26.
5. RAMACCIATI N, CECCAGNOLI A, ADDEY B. (2013). *Violence toward nurses in the triage area*. Scenario. 30(4), 4-10.

• **Risultati dell'implementazione della scala C-CHEWS in FTGM**

Nicol Maria Platone, P. Da Valle, D. Donnini, V. Marras, F. Serri, C. Mariotti, L. Parenti, V. Ruffini, E. Sacchetti, T. Spadoni, N. Assanta, S. Baratta, E. Laws, M.Tongiani, A. Ripoli - Fondazione Toscana Gabriele Monasterio
tribeppe@tin.it

Introduzione: l'arresto cardiaco dei bambini ricoverati in ospedale è un'evenienza rara, con

un'incidenza stimata fra 0.7-3%. Il deterioramento dei parametri vitali può essere presente già 8 ore prima dell'evento terminale. Riconoscendo i segni in anticipo e trattandoli con tempestività, alcuni studi dimostrano che quasi i 2/3 degli arresti cardiaci in cardiocirurgia pediatrica si possono impedire. L'identificazione precoce di queste situazioni, al di fuori dei reparti intensivi, deve avvenire attraverso l'utilizzo di indicatori clinici oggettivi, standardizzati, immediati e semplici da rilevare. Si tratta di score clinici basati sulla rilevazione della modificazione dei parametri cardio-circolatori, respiratori e neurocognitivi. Attualmente il punteggio più semplice e diffuso è il PEWS, suggerito dalla rete regionale pediatrica. In Fondazione Toscana Gabriele Monasterio abbiamo deciso di iniziare l'implementazione del C-CHEWS (Cardiac Children's Hospital Early Warning Score).

Materiali e metodi: impostazione personalizzata dei parametri vitali da parte del personale medico e relativa compilazione delle schede C-CHEWS da personale infermieristico. Studio quantitativo, osservazionale, analitico, trasversale. Periodo di osservazione 01/01/15-20/05/2017 con arruolamento di tutti i pazienti ricoverati.

Risultati: abbiamo seguito gli indicatori di processo regionali formando il 90% degli operatori sanitari per quanto riguarda la conoscenza dello strumento da parte del personale dedicato all'assistenza, sia per il personale medico che per quello infermieristico. Pazienti arruolati 332, per un totale di 3054 osservazioni. Lo score totale è stato registrato correttamente 2919 volte. Le osservazioni effettuate, per le quali manca la registrazione dello score è il 4%. Pazienti con score compreso tra 0-2 2381 circa 82%, pazienti con score di 3 risultano essere 183, il 13%, ed infine abbiamo osservato pazienti con score tra 4-5 che sono stati 115, il 4%.

Conclusioni: il C-CHEWS fornisce un trigger in tempo reale, capace di innescare una serie di azioni ben definite contando anche sulle skill personali. L'uso di questo strumento fornisce anche un linguaggio comune tra infermieri e medici definendo un quadro concordato dell'E-

scalation of Care Algoritm. Ulteriori studi permetteranno la valutazione dell'adeguatezza del trigger allo score e ulteriore attenzione, mediante l'informatizzazione dello strumento e l'utilizzo di un codice colore, sui pazienti con alterazioni importanti della condizione clinica.

INTENSIVA PEDIATRICA 1 – SALA RIVA

• Le strategie di coping parentale in Terapia Intensiva Pediatrica: il ruolo dell'infermiere

Lucia Villa - Fondazione IRCCS Ca granda Ospedale Maggiore di Milano Policlinico
lu.villa86@gmail.com

Introduzione: il ricovero di un bambino in terapia intensiva (TIP) è un evento traumatico per i genitori. Il nucleo familiare cerca di affrontare questa difficile situazione mettendo in atto varie strategie di coping, processo che una persona utilizza per gestire gli eventi che percepisce come stressanti. Spesso la sofferenza della famiglia non è transitoria e può persistere a lungo. A sei e dodici mesi dalla dimissione il 27% dei genitori dei bambini ricoverati in TIP è ad alto rischio di disturbo post traumatico da stress. Gli infermieri, lavorando a stretto contatto con le famiglie, si trovano in una posizione ideale per valutarne il coping e per assisterli nell'adozione di strategie adeguate.

Scopo: identificare le strategie di coping più frequentemente adottate dai genitori di bambini ricoverati in TIP.

Materiali e metodi: indagine conoscitiva. Come strumento è stato adottato il questionario Coping Health Inventory for Parents (CHIP), costituito da 45 voci che indicano azioni o pensieri riferiti ad un determinato stile di coping.

Il questionario valuta tre macrocategorie delle strategie di coping:

- 1) mantenimento di supporto sociale, autostima e stabilità psicologica;
- 2) comprensione della situazione medica attraverso la comunicazione con altri genitori e la consultazione con lo staff medico;
- 3) mantenimento di integrazione familiare, coo-

perazione e di un'ottimistica definizione della situazione.

Risultati: dei 120 questionari distribuiti, 101 sono stati compilati. Il campione è formato al 68% da mamme (n=69). Il range di età è 19-56 anni per le madri e 23-49 anni per i padri. I bambini hanno un'età compresa tra 1 mese e 17 anni.

I comportamenti adottati dai genitori sono sovrapponibili per i due sessi ed appartengono alle macroaree "mantenimento di supporto sociale, autostima e stabilità psicologica" e "comprensione della situazione medica attraverso la comunicazione con altri genitori e con lo staff medico". Dall'analisi dei dati risulta che i genitori mettono in atto i seguenti comportamenti:

1. interagire con il bambino mantenendo un contatto fisico, accarezzarlo, parlargli, leggergli fiabe (95%);
2. essere costantemente a conoscenza delle condizioni cliniche di mio figlio (92%);
3. organizzarmi in modo che il bambino non sia mai solo (84%).

Sono state riscontrate interessanti correlazioni tra età, nazionalità, titolo di studio e numero di figli.

Conclusioni: i bisogni dei genitori ricoverati in TIP sono spesso sottovalutati. Riconoscere strategie di coping ritenute utili dai genitori stessi è fondamentale per implementare la collaborazione genitore-infermiere.

• P.E.D.I. TOOL: un nuovo strumento per l'assistenza al piccolo paziente in emergenza-urgenza

Giorgio Gadda, Ivana Mattana, Beatrice Panizzi, Luciana Pagani, Antonio Iadaluca – Az. Socio Sanitaria Territoriale Rhodense
ggadda@asst-rhodense.it

Introduzione: l'urgenza pediatrica ha un'incidenza relativamente bassa, circa il 2-10% rispetto al totale degli interventi extra-ospedalieri.

In Italia gli ospedali o centri pediatrici in cui è possibile centralizzare un bambino critico sono pochi e spesso vengono ricoverati in strutture dedicate all'adulto che non sempre corrispon-

dono ai migliori criteri di eccellenza necessari per un'assistenza pediatrica. Per ovviare a queste problematiche e per aiutare il lavoro del personale, all'interno del Pronto Soccorso dell'ASST Rhodense è stato creato il P.E.D.I. TOOL (Pediatric Equipment, Drug and Intubation), unendo la precisione del nastro di Broselow, metodo efficace nello stimare il peso del bambino ed aggiornato alle curve di crescita dei bambini italiani, all'efficacia delle P.E.D.I. CARD.

Materiali e metodi: sono stati reclutati dieci infermieri del Pronto Soccorso; ogni infermiere aveva il compito di procurarsi il materiale necessario per le due emergenze simulate in modo standardizzato utilizzando prima il carrello organizzato per moduli e successivamente, dopo aver consultato il metro, utilizzando il P.E.D.I. TOOL. Al termine di ogni prova è stato calcolato il tempo complessivo necessario per l'assistenza. Inoltre, dopo l'esecuzione di entrambe le simulazioni, è stato consegnato un questionario anonimo al fine di valutare il grado di soddisfazione degli operatori che hanno partecipato a questo studio.

Risultati: l'introduzione del metodo P.E.D.I. TOOL, rispetto all'organizzazione standard dei carrelli per l'emergenza-urgenza pediatrica, comporta dei benefici. Il tempo totale di assistenza si riduce del 75%; vi è una riduzione significativa, con il P.E.D.I. TOOL, anche dei tempi di accesso al materiale, in particolare per quanto riguarda: il materiale per l'intubazione, la cannula orofaringea, la sonda d'aspirazione da bocca ed infine il materiale per la ventilazione. Altro aspetto fondamentale che emerge è che, utilizzando il carrello organizzato per moduli, l'80% sbaglia a reperire il materiale necessario per l'intubazione e il 70% la sonda d'aspirazione per bocca. I 10 infermieri, che hanno partecipato a questo studio, esprimono una preferenza per il P.E.D.I. TOOL, rispetto al carrello organizzato per moduli, in quanto lo reputa un metodo più veloce e lo ritiene una sicurezza maggiore sia per il bambino da assistere durante una situazione di emergenza urgenza sia per loro stessi.

• **Le lesioni da pressione nel neonato pretermine con Nasal CPAP: uno studio descrittivo**

Tiziana Cinti, Lara Barbieri, Simona Serveli, Giulia Pessina – Istituto G. Gaslini, Genova
i3lalli@gmail.com

Introduzione: la ventilazione meccanica a pressione positiva continua (Continuous Positive Airway Pressure, CPAP) è un metodo di ventilazione respiratoria che può prevenire la necessità di intubazione endotracheale oppure può permettere un'estubazione più precoce. Negli ultimi anni il suo uso è notevolmente aumentato a fronte dei suoi benefici, ma si possono verificare complicanze come l'insorgenza di lesioni da pressione (ldp) in seguito all'utilizzo dei presidi necessari, in particolare nei nati pretermine.

Obiettivi: descrivere l'incidenza delle ldp nei neonati pretermine con età gestazionale ≤ 32 settimane.

Ore 10.30 - 11.15 / 11.30 - 12.15

SESSIONE MATTUTINA TECHNICAL FORUM

Pausa pranzo dalle 12.50 alle 14.00

**Presentazione poster
Workshop ditte
Visita area espositiva**

Ore 14.00-14.30 – Sala Garda Dolomite

LECTURE INTERSURGICAL

**L'importanza dell'igiene del cavo orale
Alberto Lucchini**

9 NOVEMBRE – POMERIGGIO

Ore 14.30 – 15.00 - sala Garda

25 anni dalla Legge Istitutiva dei sistemi di emergenza, quali competenze per gli infermieri?

Marco Vigna

Ore 15.00 - 18.00 (2 Sessioni)

SESSIONE POMERIDIANA - sala Belvedere

“SIMULAZIONI ACCURATE”

Ingresso riservato ai congressisti con prenotazione presso la Segreteria Congressuale

Ore 15.00 - 16.00

3^a SESSIONE PARALLELA

TERAPIA INTENSIVA 2 – SALA GARDA

- **La gestione dell'emergenza intraospedaliera: una valutazione post-formazione**

Francesca Angelelli, M. Oliva, F. Gambini, M. Ripa, V. La Vergata V. - Fondazione "A. Gemelli" Roma
 angefra85@yahoo.it

Introduzione: i dati della letteratura evidenziano come paradossalmente l'ospedale può fallire nella gestione dell'emergenza intraospedaliera. Infatti, ancora oggi, la sopravvivenza ad un arresto cardiaco alla dimissione dall'ospedale, si attesta intorno al 14-18% in tutto il mondo. La Fondazione "A. Gemelli" di Roma, da diversi anni ha realizzato ed implementato una catena della sopravvivenza intraospedaliera come descritta dalle più recenti linee guida mondiali che evidenziano come il modello del "Rapid Response System" (R.R.S.) sia l'approccio più razionale di risposta rapida all'emergenza interna all'ospedale. Il modello prevede la formazione del personale sanitario e non, progettata e realizzata presso il Policlinico dal 2013 dal titolo "Corso di certificazione BLS-D e uso del carrello delle emergenze".

Obiettivo: lo studio ha lo scopo di andare a valutare l'efficacia dell'intervento formativo foca-

lizzando l'attenzione sugli infermieri che hanno partecipato al corso. Nella maggior parte dei casi, infatti, sono proprio gli infermieri, i primi a rispondere all'emergenza in reparto.

Materiali e metodi: la valutazione della formazione, intesa nei termini globali di valutazione dell'efficacia raggiunta con l'intero intervento, è stata analizzata attraverso il modello formulato da Kirkpatrick, articolato su quattro livelli. Lo studio ha sviluppato tre di questi livelli: il gradimento sull'evento formativo rilevato attraverso un questionario somministrato al termine del corso; l'apprendimento, rilevato durante l'esercitazione pratica e culminato con il rilascio dell'attestato e infine il comportamento sul lavoro analizzato attraverso la somministrazione di un questionario a distanza dall'evento. Purtroppo non potrà essere realizzata una comparazione pre e post-formazione in quanto non è stata prevista una valutazione prima del suddetto corso.

Risultati attesi: dalla letteratura si evince che la soddisfazione relativa ai corsi degli operatori è alta e che aspetti come l'ansia, l'insicurezza nel momento di gestire un'urgenza si attenuano dopo la formazione. I dati sono attualmente in fase di raccolta ed elaborazione.

Conclusioni: questo a dimostrare che l'attivazione della catena della sopravvivenza, metafora che mostra come un insieme di atti ben concatenati tra loro possano garantire la favorevole conclusione delle cure in emergenza, avviene grazie ad un programma formativo di standardizzazione composto da un linguaggio condiviso, con procedure e protocolli e da una formazione continua del personale ospedaliero.

- **Implementazione di un servizio di Follow Up Post Intensive Care Unit**

Alessandra Negro, L. Miconi, C. Radaelli, M. Dossi, G. Ponzetta, F. Sainato, E. Bacchi, C. Caballo, M. Pintaudi, G. Monti, M. Mucci, C. Leggieri, S. Colombo, L. Cabrini, A. Zangrillo - IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano; Università Vita-Salute, San Raffaele, Milano
 negro.alessandra1@gmail.com

Introduzione: un numero in costante aumento

di pazienti viene ogni anno ricoverato in Terapia Intensiva (TI) e le percentuali di sopravvivenza al ricovero sono in continuo aumento. Questi fattori determinano una crescita esponenziale dei pazienti dimessi dalle TI, spesso con sequele a lungo termine fortemente disabilitanti, condizionanti enormi costi sociali ed economici (per il paziente, la sua famiglia e la società). Sei mesi dopo la dimissione, solo il 35% dei pazienti ha ripreso il proprio lavoro; la stessa percentuale non riuscirà più a farlo. Tradizionalmente l'obiettivo delle TI è stato la sopravvivenza e la rapida dimissione dei pazienti. Meno attenzione e meno risorse fino a poco tempo fa sono state rivolte a preservare e migliorare la qualità di vita dei pazienti dimessi, limitandone il più possibile le disabilità funzionali e favorendo un recupero il più possibile completo delle competenze cognitive, funzionali, sociali, economiche.

Solo recentemente anche ai pazienti ricoverati in TI è stato ipotizzato di applicare un modello di cura longitudinale che colmi i passaggi dalla fase acuta a quella cronica fino al reinserimento nella vita ordinaria.

Obiettivi: osservare e descrivere gli esiti funzionali e cognitivi dei pazienti dimessi dalla TI Generale Osp. S. Raffaele, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza e costituire una rete di supporto formata da professionisti delle varie aree a cui rivolgersi; confrontare gli esiti funzionali e cognitivi dei pazienti con le recenti iniziative implementate (Musicisti In Terapia Intensiva, Mobilitazione precoce e progressiva, riabilitazione cognitiva precoce, ICU Diary, ABCDEF bundle, valutazione dei bisogni dei caregivers dei pazienti e della loro soddisfazione).
Materiali e metodi: follow up ambulatoriale con valutazione strutturata alla dimissione dei pazienti dimessi dalla TI generale con ricovero superiore alle 48 ore a 3, 12 e 24 mesi. Indagine sulle funzioni sensitive e motorie, cognitive, aspetti emozionali (PTSD, depressione, ansia), aspetti psicosociali, valutazione funzionale motoria, valutazione della qualità della vita percepita.

Risultati: tra Dicembre 2016 e maggio 2017 sono stati arruolati per valutazione ambulatoriale 67 pazienti; di questi, 12 hanno eseguito la

prima visita, 1 si è dichiarato non interessato e 11 sono deceduti. Le visite vengono svolte da un infermiere di TI e un rianimatore e durano circa 60 minuti per paziente.

Conclusioni: l'implementazione di un ambulatorio post TI è in corso, i primi risultati ci indicano interesse da parte dei pazienti e delle loro famiglie.

• **Impatto dell'attività di un ECMO center sulla nursing workload in una terapia intensiva polivalente**

Alberto Lucchini, Andrea Mulas, Carmen Greco, Paolo Ricucci - ASST Monza, Ospedale S. Gerardo
 alberto.lucchini@unimib.it

Obiettivi: analizzare l'impatto sul nursing workload sull'organizzazione del lavoro determinata dall'appartenenza di una terapia intensiva generale alla rete nazionale ECMO, al fine di verificare se tale attività possa determinare una sottrazione di risorse nell'assistenza ai restanti pazienti.

Materiali e metodi: studio osservazionale retrospettivo. Sono stati inclusi nello studio tutti i pazienti dal 1 Gennaio 2010 al 31 Dicembre 2015.

Risultati: i pazienti arruolati sono stati 2606, con NAS medio 67,9% ($\pm 14,7\%$), NAS primo giorno 71,0% ($\pm 19,6\%$) e NAS medio ultimo giorno 63,7% ($\pm 15,8\%$). La Degenza media è di 5.4 giorni ($\pm 10,8$). L'età media è stata di 61.5 anni ($\pm 19,5$) con range tra 1 e 97 anni. La RASS nella popolazione analizzata ha avuto una mediana pari a -1 (-2/0). Il SAPS2 ha avuto un valore medio pari a 36.7 (18.5). Il NAS medio rispetto alle macroaree di ammissione è stato pari a: paziente chirurgico 66.5 (DS 22.), Medico 73 (DS 19.2), PS 74.1 (DS 18.3), Neuroscienze 74.7 (DS 18.3), Cardio-toraco 75.5 (DS 20), Oncoematologia 76.5 (DS 22.7), altra Terapia Intensiva 84.5 (DS 23.6).

Alla dimissione il NAS medio dell'area medica è risultato 60.9 (DS 14), chirurgica 62 (DS 14.8), Oncoematologica 61.9 (DS 13.1), Cardio-toraco 62 (DS 13.1), neuroscienze 63 (DS 17.5) verso altre rianimazioni 65.2 (DS 15.5).

I pazienti in ECMO hanno avuto un NAS medio nel primo giorno pari a: 99.8 (DS 18.2) quelli non

in ECMO 69,9 (DS 18.8), un NAS medio dell'ultimo giorno per quelli in ECMO 73.4 (DS 18.8) e quelli non in ECMO 63.4 (DS 15.6). Il NAS medio durante la degenza è 67.2 (DS 14.3) per i pazienti non in ECMO e 87.8 (DS 10.5) per i pazienti in ECMO. La correlazione tra numero di pazienti in ECMO presenti contemporaneamente e l'aumento del carico di lavoro ha avuto una correlazione positiva statisticamente significativa.

EMERGENZA/URGENZA 2 – SALA DOLOMITI

• L'arresto cardiaco extra-ospedaliero nella provincia di Udine: risultati preliminari di uno studio retrospettivo

Matteo Danielis, Davide Duri, Giulio Trillò, Martina Chittaro
 danielis.matteo@gmail.com

Introduzione: l'arresto cardiaco sul territorio rimane una problematica attuale e con forte impatto sia sociale che sanitario.

Obiettivi: la finalità dello studio è analizzare il fenomeno dell'arresto cardiaco extra-ospedaliero nella provincia di Udine, descrivendone incidenza, caratteristiche ed outcome.

Materiali e metodi: studio retrospettivo su una popolazione di 180.000 abitanti, nel periodo di tempo compreso tra il 01 gennaio 2011 e il 31 dicembre 2014.

Risultati: sono stati registrati 1105 eventi di arresto cardiocircolatorio extra-ospedaliero, con un'incidenza di 123/100.000 abitanti l'anno. Dei 489/1105 casi (44.2%) in cui è stata iniziata la RCP, 142/489 (29%) hanno avuto un ROSC sulla scena; 31/489 (6.4%) risultano tuttora vivi. Il tempo di risposta medio, dalla chiamata all'arrivo sul posto dell'ambulanza, è stato di 9.3 minuti nel gruppo dei non ROSC, e 8.89 minuti nel gruppo dei ROSC ($p=0.031$). Tra i ROSC, in 62/142 casi (44%) è stata iniziata una RCP precoce da parte degli astanti, rispetto ai 115/142 casi (33%) dei non ROSC ($p=0.024$). Inoltre, i ritmi di presentazione sono stati l'asistolia in 51 casi di ROSC (36%) e in 257 (74%) dei non ROSC, l'attività elettrica senza polso in 32 (23%) e 56 (16%), la

fibrillazione ventricolare in 52 (37%) e 32 (9%), la tachicardia ventricolare in 3 (2%) e 0.

• Organizzare l'accoglienza sanitaria per eventi di massimo afflusso: adunata degli Alpini 2017

Antonio Gheno, Alessandro Chies – 118 Treviso Emergenza
 antonio.gheno@aulss2.veneto.it

Premessa: l'associazione nazionale alpini (ANA) ha individuato Treviso come sede per la 70° adunata nazionale a maggio 2017. Questo evento ha comportato la definizione di un piano di intervento sanitario per 500.000 persone previste. **Materiali e metodi:** analisi dei flussi prevedibili; analisi delle patologie/eventi sanitari accorsi nelle adunate precedenti; definizione di un numero ipotetico di interventi; definizione del numero dei PMA nel territorio e delle squadre sanitarie come tipologia e numero professionisti; definizione dei collegamenti con l'ospedale hub di riferimento. Analisi delle risorse materiali sanitarie e logistiche. Debriefing finale sul piano a fine evento.

Risultati: predisposto un piano di intervento che ha previsto:

- 1) ospedale da campo n° 1
- 2) PMA n° 5
- 3) squadre a piedi n° 20
- 4) ambulanze di soccorso n° 19
- 5) auto infermieristiche n° 2
- 6) auto medicalizzate n° 1
- 7) furgoni tecnici n° 3
- 8) sala operativa 1
- 9) personale: infermieri 40, volontari 320, studenti 80.

Il piano di emergenza ha presentato la positività del lavoro in equipe, a livello organizzativo non ci sono state defezioni, l'ordinario è stato gestito senza problemi, tutte le associazioni di volontariato presenti nel territorio hanno partecipato attivamente.

Criticità: gestione iniziale dell'avvicendamento degli equipaggi durante la pausa pranzo criticità: attivazione nel secondo e terzo giorno di ambulanze dislocate in altre aree della provincia

con rapido riassetto delle risorse.

Gli aspetti organizzativi con la struttura ospedaliera attivata ha dimostrato che fortunatamente il piano sanitario intraospedaliero ha retto alle emergenze/urgenze dei pazienti ospedalizzati ma la maxiemergenza sarebbe stata difficile da gestire. Da migliorare la comunicazione intra aziendale in quanto ha presentato delle lacune tra Direzione e reparti.

Conclusioni: l'affluenza prevista è stata confermata. Gli interventi effettuati hanno confermato che le previsioni sulle tipologie di eventi sanitari dato la popolazione attesa. La criticità maggiore è stata il collegamento ospedaliero per la contemporaneità di patologie cardiologiche necessitanti di interventi intensivi.

• **Feedback RCP**

Matteo Bortolotti, Lucia Ballandi, Stefano Musolesi - Croce Rossa Italiana, Bologna
m.bortolotti30@gmail.com

La rianimazione cardiopolmonare (RCP) è una competenza che ogni operatore dell'emergenza extraospedaliera deve essere in grado di compiere correttamente. Il nostro lavoro si propone d'indagare come ogni operatore esegue la RCP sul territorio. La raccolta dati e la successiva analisi, si è potuta eseguire grazie all'acquisto di un software da parte della nostra Azienda USL di Bologna. In tutti i casi di RCP i colleghi trasmettono il report via GSM ad una postazione dedicata "archivio". Ogni evento è stato analizzato automaticamente dal software e gli item che ci permette di ottenere sono i seguenti: i tempi morti, la frequenza della RCP per ogni ciclo, la velocità dell'esecuzione della RCP ogni minuto e il tempo totale di RCP dall'accensione allo spegnimento della macchina.

Come campione di convenienza sono stati esaminati solo i casi in cui è stata effettuata almeno una defibrillazione, inoltre si è cercato di verificare se vi erano delle differenze tra mezzi che operano in area urbana e mezzi che operano in area extraurbana.

I dati in nostro possesso mostrano che le problematiche sono le stesse: i tempi morti e il tempo

non dedicato all'esecuzione della RCP rimangono rilevanti; per quanto riguarda la velocità d'esecuzione della RCP i dati sono discreti. Come attività di miglioramento ci siamo proposti di redigere dei report trimestrali e di condividere i dati all'interno di incontri a cui possono partecipare tutti gli operatori.

INTENSIVA PEDIATRICA 2 – SALA RIVA

• **Infermiere pediatrico: state of art**

Ilaria Artuso, Roberto Sabatini, Simona Serveli - Istituto Giannina Gaslini
ilariaartuso@gmail.com

Negli ultimi anni si è spesso sentito discutere di una ridefinizione di ruoli, competenze e funzioni delle professioni sanitarie in base ai nuovi modelli assistenziali per andare incontro ai bisogni di salute della popolazione. La giurisprudenza italiana si è già mossa verso l'evoluzione delle competenze delle professioni sanitarie che non hanno ancora trovato posto nella Bozza di accordo tra Stato-Regioni.

Nel 2005 l'ANIARTI ha differenziando l'infermiere in: generalista, esperto e con competenze avanzate; mentre l'IPASVI ha approvato una proposta per dare corso all' "evoluzione in senso specialistico delle competenze degli infermieri".

L'infermiere pediatrico non ha trovato spazio di ampliamento professionale, essendo esso stesso considerato una specialità o un ambito di competenza avanzato dell'infermieristica.

Ad oggi, nelle università italiane, esiste solo un master dedicato all'infermieristica pediatrica.

All'estero la situazione è differente, in quanto sono già attivi percorsi formativi specifici che certifichino l'acquisizione di competenze. L'IRCSS G. Gaslini, per attendere l'esigenza di avere dei professionisti con competenze avanzate, ha adottato nel tempo interventi di "training on the job" e di appositi percorsi formativi, specificando così la JOB Description dell'infermiere pediatrico e le sue declinazioni in termini di competenze specialistiche. Per i professionisti neoassunti è previsto un percorso di inserimento articolato

sulla base delle peculiarità dell'U.O. di appartenenza che si articola in obiettivi definiti e condivisi tra il professionista stesso e il responsabile infermieristico di U.O. con valutazioni che prevedono l'attestazione del percorso di formazione per l'acquisizione di competenze specifiche.

All'interno della TIN è in corso la revisione di tale scheda "ufficiale" che prevedrà la certificazione delle competenze specifiche acquisite in area critica: utilizzo di tecnologie avanzate, gestione del dolore, gestione delle stomie, ... Questo processo trova fondamento nella riflessione per la definizione di competenze avanzate e specialistiche in area critica pediatrica.

- **Bedside Pediatric Early Warning System (PEWS): identificare il precoce deterioramento clinico in Cardiocirurgia Pediatrica**

Jiada Buella Galura

jiadagalura@hotmail.it

Introduzione: l'arresto cardiaco (AC) dei pazienti pediatrici ricoverati in ospedale è un evento drammatico raro, con una frequenza pari tra lo 0,7-3%, la cui sopravvivenza alla dimissione non supera il 27%. La prevenzione del deterioramento clinico è una sfida sia per i clinici che per il management ospedaliero. Alcuni fattori che si associano agli AC sono l'inesperienza del personale, i difetti di comunicazione, i fattori umani e le barriere strutturali.

Materiali e metodi: il BedsidePEWS è un sistema d'allerta precoce canadese costituito da una documentazione clinica per fasce di età, un punteggio di rischio e raccomandazioni in risposta al punteggio. Lo score comprende sette indicatori clinici: la frequenza cardiaca, la frequenza respiratoria, la saturazione transcutanea di ossigeno, l'ossigeno terapia, il lavoro respiratorio e il refill capillare. I sotto-punteggi dei sette indicatori costituiscono un punteggio finale che esprime sinteticamente il rischio di deterioramento clinico del paziente. Le raccomandazioni in risposta al punteggio definiscono la frequenza e tipologia del monitoraggio clinico, i tempi per la comunicazione con il medico, rianimatore ed infermiere più esperto in turno e i criteri per

la distribuzione dei pazienti ad alto rischio all'interno del team infermieristico.

Risultati: il punteggio BedsidePEWS è stato validato in OPBG nei pazienti sottoposti a trapianto di midollo nel 2012. L'OPBG ha implementato il sistema BedsidePEWS dal 2013 e ha partecipato al trial clinico randomizzato per la sua valutazione di esito (studio in corso di pubblicazione).

L'adozione del sistema in OPBG ha permesso la standardizzazione del monitoraggio dei parametri vitali e delle azioni raccomandate in risposta al punteggio, secondo il rischio del paziente. L'utilizzo dello score per l'assistenza tempestiva ai pazienti cardiopatici, sottoposti ad assistenza meccanica ventricolare o chirurgia convenzionale, permette di identificare precocemente il deterioramento clinico. Vengono quindi analizzati 4 casi clinici riferiti a pazienti affetti da cardiopatie congenite e acquisite e gli interventi attuati per la prevenzione dell'arresto cardiaco al di fuori delle terapie intensive.

Conclusioni: il focus fondamentale è la standardizzazione dei processi di valutazione del paziente e di comunicazione tra i professionisti. Il sistema di Early Warning System, allerta precoce, identifica il paziente che nell'arco delle 10-24 ore precedenti l'arresto cardiaco, presenta un deterioramento clinico, espresso nella modifica sostanziale dei parametri vitali.

- **La musicoterapia in Terapia Intensiva Neonatale come strumento per la stabilizzazione dei parametri vitali e lo sviluppo neurocomportamentale**

Ilaria Anselmi, Selene Galeotti, Sara Capecchi, Laura Monteoliveto, Clara Antonelli, Marco Pantini, Marzia Maccanti - Azienda USL Centro Toscana
ilaria.anselmi@uslcentro.toscana.it

Introduzione: la World Federation of Music Therapy ha definito nel 1996 la musicoterapia come "l'uso della musica e/o degli elementi musicali in un processo atto a facilitare e favorire la comunicazione, la relazione, l'apprendimento, la motricità, l'espressione, l'organizzazione al fine di soddisfare necessità fisiche, emozionali, mentali, sociali e cognitive". Lo studio della musica in me-

dicina è un campo sempre più in via di sviluppo ed attualmente l'interesse si sta concentrando sulla comprensione dei meccanismi fisiologici che beneficiano degli effetti della musica e sulla capacità di modulare le risposte metaboliche. Gli studi hanno stabilito un ruolo della musica nella regolazione dell'asse ipotalamo-ipofisario, del sistema nervoso autonomo, del sistema immunitario che a loro volta interagiscono sul metabolismo e sul bilancio energetico. Questa raccolta dati si propone di confermare quanto la musicoterapia somministrata ai neonati possa essere redditizia a livello di risparmio energetico andando ad incidere sulla riduzione della frequenza cardiaca e sulla stabilizzazione dei livelli di saturazione dell'ossigeno.

Obiettivo: la raccolta dati ha incluso neonati ricoverati nella Terapia Intensiva Neonatale del San Giovanni di Dio di Firenze tra il 14/03/2016 e il 31/03/2017 (Età Gestazionale da 28 settimane). Il criterio di esclusione è stata la terapia con fenobarbitale. La musica è stata somministrata per 30 minuti durante ogni turno notturno attraverso casse introdotte nelle incubatrici a circa 30 cm dalla testa del neonato. Per la raccolta dati abbiamo utilizzato dei moduli dove venivano registrate la frequenza cardiaca e la saturazione di ogni neonato al tempo 0, cioè in assenza di musica, a 15 minuti dall'inizio dell'ascolto e a 30 minuti. Per ogni neonato sono stati elaborati i dati raccolti analizzando i benefici ottenuti.

Risultati: su 74 neonati il 93% ha mantenuto valori stabili di saturazione ($SpO_2 > 95\%$), il 69% ha presentato una riduzione della frequenza cardiaca, di cui il 50% > di 5bpm.

Conclusioni: la raccolta dati ha evidenziato i benefici risultanti dalla somministrazione della musica in termini di consumo energetico grazie alla stabilizzazione dei parametri vitali del neonato. Questa esperienza mira a diffondere la musicoterapia come pratica clinica alla pari della Kangaroo Mother Care in quanto è stato notato anche dai genitori l'effetto benefico sui loro bambini: quando il neonato è agitato spesso si tranquillizza.

Ore 16.30 - 17.30

4ª SESSIONE PARALLELA

TERAPIA INTENSIVA 3 - SALA GARDA

• **La valutazione della dignità tramite il Patient Dignity Inventory (PDI) di Chochinov: uno studio multicentrico**

Lorenzo Rigni¹, Maurilio Pallassini², Sabrina Adami³, Fulvia Marini¹, Fabio Ferretti⁴

¹USL Toscana Sud Est - ²CLM Scienze Infermieristiche e Ostetriche, Università degli Studi di Siena - ³Centrale Operativa 118, Azienda Ospedaliera Universitaria di Perugia - ⁴Università degli Studi di Siena

lorenzo.rigni@hotmail.it

Introduzione: la valutazione di un costrutto complesso come quello della dignità percepita richiede strumenti e approcci valutativi adatti che permettano la precisa individuazione dei soggetti maggiormente a rischio di perdita del senso di dignità. In tal senso l'unico strumento validato in italiano è il Patient Dignity Inventory (PDI) di Chochinov ad opera di Ripamonti et al. Lo strumento originale è stato ideato nel corso di una serie di lavori sulla dignità nel fine vita ed è finalizzato all'analisi degli effetti del modello assistenziale basato sulla Dignity Therapy dello stesso Chochinov. Il PDI è costituito da 25 item che indagano aspetti fisici, psico-sociali, esistenziali ed anche elementi spirituali e pare in grado di misurare efficacemente una vasta gamma di fonti di distress nel fine vita.

Materiali e metodi: lo studio ha come obiettivo l'estensione della validazione del Patient Dignity Inventory su pazienti cronici, utilizzando come riferimento il modello della dignità personale percepita di Chochinov. Sono stati raccolti dei questionari nei seguenti ospedali: Azienda Ospedaliera Senese (AOUS), Ospedale della Misericordia di Grosseto e presso l'Ospedale Santa Maria della Misericordia di Perugia. I pazienti identificati presentano una delle seguenti patologie: insufficienze cardiaca cronica, insufficienza respiratoria cronica, insufficienza renale cronica o stroke. Si è scelto di contattare queste

Ore 16.00 - 16.30 Pausa

tipologie di pazienti facendo riferimento al documento "Grandi insufficienze d'organo End Stage: cure intensive o cure palliative? Documento condiviso per una pianificazione delle scelte di cura".

Risultati: sono stati analizzati tramite il software Statistical Package for Social Science utilizzando i modelli di equazioni strutturali per l'analisi dell'invarianza (analisi multi gruppo), allo scopo di verificare la robustezza della validità di costruito in relazione alle diverse patologie ed alle caratteristiche dei pazienti coinvolti nello studio. Lo studio della monodimensionalità della scala di misura è approfondito mediante i modelli di Rasch, approccio analitico finora non applicato per lo studio della PDI.

Conclusioni: rispetto a queste quattro tipologie di pazienti cronici sarà evidenziato come il senso di dignità percepito in ambiente ospedaliero rilevato tramite il PDI è influenzato sia dagli aspetti fisici dovuti alla malattia, sia da quelli esistenziali o spirituali (legati alla propria percezione di sé) e da quelli sociali. I risultati forniscono un primo indirizzo per utilizzare il PDI anche sui pazienti cronici e non solo sul fine vita.

• **Valutazione del comfort nei pazienti sottoposti ad ossigenoterapia con le cannule nasali ad alto flusso**

*Alessandro Galazzi, F. Binda, L. Masciopinto, I. Adami, G. Grasselli, T. Mauri - Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano
alessandro.galazzi@gmail.com*

Introduzione: il comfort è un aspetto fondamentale per l'aderenza a qualsiasi tipologia di ossigenoterapia ed è considerato come un esito delle cure infermieristiche. Negli ultimi anni un numero crescente di pazienti con insufficienza respiratoria acuta ipossiémica (AHRF) è sottoposto a ossigenoterapia con cannule nasali ad alto flusso (HFNC). In letteratura non esiste per questo presidio una raccomandazione sul livello ottimale di flusso e sulla temperatura di umidificazione dei gas inspiratori per ottimizzare il comfort dei pazienti sottoposti al trattamento.

Obiettivo: valutare il comfort dei pazienti sotto-

posti a ossigenoterapia con HFNC a flussi e temperature diverse.

Materiali e metodi: studio prospettico, randomizzato su pazienti affetti da AHRF ricoverati in terapia intensiva generale dell'Ospedale Maggiore Policlinico e sottoposti a trattamento con HFNC per indicazione clinica. L'applicazione casuale di diversi flussi (60 L/min e 30 L/min) e temperature di umidificazione (31°C e 37°C) per 15 minuti (4 fasi distinte) con livelli di FiO₂ invariati durante tutte le fasi ha consentito di valutare il grado di comfort con una scala NRS da 0 (disagio estremo) a 5 (molto comodo) e la dispnea secondo la scala di Borg.

Risultati: Sono stati arruolati 40 pazienti (16 di sesso femminile) con un'età media di 57 ± 15 anni affetti da AHRF di diversa eziologia (SAPS II 36.4 ± 9.4). I pazienti all'arruolamento avevano un rapporto PaO₂/FiO₂ 218 ± 60 mmHg, SpO₂ era 97 ± 2% e FiO₂ 45 ± 10%. Il grado di comfort del paziente è risultato maggiore alla temperatura di 31°C.

- **Affidabilità dei reperi cutanei nella determinazione preventiva della lunghezza del PICC**
*Luigi Canizzo, Simona Vimercati, Luciano Gianni, Alberto Lucchini, Egle Rondelli, Stefano Elli - Az. Socio Sanitaria Territoriale di Monza
s.elli@asst-monza.it*

Introduzione: la posizione corretta della punta dei PICCs (Peripherally Inserted Central Catheters) alla giunzione tra vena cava superiore e atrio destro è considerata un elemento fondamentale per la sicurezza e la funzionalità di questi presidi. Tra le varie tecniche utilizzabili per determinare la posizione della punta (Tip Location) le più diffuse sono il controllo post-procedurale con Rx torace e il controllo intra-procedurale con ECG intracavitario. L'impianto di Picc con controllo radiologico richiede la stima preventiva della lunghezza del catetere necessaria a raggiungere la giunzione cavo-atriale. Questa misura viene ricavata in base ai reperi cutanei. È necessario disporre di una stima attendibile per ridurre il rischio di malposizionamenti e conseguenti interventi suc-

cessivi in caso di tip location postprocedurale. Obiettivi: valutare l'affidabilità delle misure ottenute tramite i reperi cutanei, confrontandole con la misura di riferimento ottenuta con l'ECG endocavitario.

Materiali e metodi: gli impiantatori del Picc Team ASST-Monza stimano abitualmente la misura del catetere con due diverse tecniche. La prima (M1), misura la distanza tra exit site e articolazione sternoclavicolocostale, aggiungendo 10 cm per l'accesso da dx. o 15 cm per l'accesso da sx (metodo Ocado). La seconda (M2), misura la distanza dall'exit site al terzo spazio intercostale parasternale dx. passando per il punto medio della clavicola. Per ogni impianto sono state registrate: M1, M2, peso, altezza, età e misura effettiva del catetere con tecnica ECG.

Risultati: sono stati analizzati 502 impianti. Non si sono evidenziate differenze statisticamente significative tra M1 e misura ECG ($p=0.780$). Non si sono evidenziate differenze statisticamente significative tra M2 e misura ECG ($p=0.771$). La misura M1 è stata mediamente di 3.7 ± 2.8 cm. superiore alla misura ECG ($Q1=2, Q3=5$), la misura M2 è stata mediamente di 3.1 ± 3.4 cm. superiore alla misura ECG ($Q1=2, Q3=5$).

Conclusioni: i risultati ottenuti hanno evidenziato un'affidabilità dei reperi cutanei non compatibile con un corretto posizionamento della punta del Picc. Sarebbe auspicabile l'implementazione della tecnica ECG in tutte le manovre di impianto Picc, come raccomandato dalla letteratura. La Tip location postprocedurale con esame radiologico dovrebbe essere riservata solo ai casi di inapplicabilità della tecnica ECG.

RICERCA 2 – SALA DOLOMITI

- **La valutazione del dolore in DEA: le esperienze dei pazienti e degli infermieri in uno studio etno-fenomenologico**

Chiara Bigazzi, Enrico Lumini, Nicola Ramacciati, Caterina Volpi, Laura Rasero - UO Ricerca e Sviluppo della Clinical Practice, Az. Ospedaliera Universitaria Careggi, Firenze

chiarabigazziheckmann@gmail.com

Razionale dello studio: il dolore è un fenomeno soggettivo e in quanto tale la sua valutazione rimane uno dei problemi più complessi della pratica infermieristica. È noto che uno dei motivi principali che influiscono sulla corretta valutazione del dolore è la comunicazione inefficace; spesso i sanitari non si fidano del self report dei pazienti e gli utenti non comprendono gli strumenti utilizzati dal personale sanitario. Per queste ragioni il focus della ricerca è l'asimmetria comunicativa, centro del corretto processo di valutazione del dolore.

Materiali e metodi: è stato condotto uno studio qualitativo con metodologia mista etno-fenomenologica presso il DEA dell'AOU Careggi di Firenze nei mesi di ottobre e novembre 2016. Pazienti e infermieri sono stati arruolati attraverso un campionamento di convenienza. Gli strumenti utilizzati per la raccolta dati sono stati l'osservazione diretta in aperto e il colloquio tramite intervista semi strutturata associata alla registrazione della cronemica, prossemica e cinesica degli interlocutori, in modo da utilizzare dati sia verbali che non verbali. Le interviste sono state trascritte e analizzate con il metodo Giorgi.

Risultati: il campione è composto da 40 soggetti: 15 infermieri e 25 pazienti con un'età media rispettivamente di 42,3 e 40,9 anni. Dall'analisi delle interviste e delle osservazioni sono emerse 5 unità di significato comuni ad entrambi i gruppi seppure con connotazioni diverse: attitudine personale, pregiudizio, umanizzazione, interventi e dimensione culturale. Inoltre sono state identificate due unità esclusive per gruppo: ostacoli per gli infermieri e sfera affettiva/cognitiva per i pazienti. Le percezioni del personale infermieristico risultano autoassolutorie su alcuni aspetti come la qualità del servizio offerto mentre convergono con quelle dei pazienti sull'importanza della formazione e degli interventi per controllare il dolore.

Conclusioni: lo studio conferma la presenza di una notevole asimmetria di significati, valori ed attitudini nei confronti del dolore, che diventa dicotomica per alcuni aspetti e conferma le attuali teorie sui determinanti della percezione del

dolore. Inoltre mette in evidenza l'importanza della comunicazione in un setting come quello del DEA. Lo studio conferma che è impossibile che la valutazione del dolore fatta dal paziente e dall'infermiere coincidano e che l'unica persona in grado di stimare il dolore è il paziente stesso. Una maggiore consapevolezza di questo dato nel personale infermieristico può migliorare la valutazione del dolore.

• **L'impiego dell'ETCO₂ nel soccorso extraospedaliero 118 Firenze**

Enrico Lumini, Valentina Noci, Nicola Ramacciati, Laura Rasero - Università degli Studi di Firenze
 enrico.lumini@unifi.it

Introduzione: numerose sono le Linee Guida che raccomandano l'uso della capnografia in particolari situazioni come l'arresto cardiaco (ACR), la gestione avanzata delle vie aeree, il monitoraggio della ventilazione e della perfusione. Nonostante il monitoraggio dell'ETCO₂ sia semplice da realizzare in letteratura esistono numerosi studi che provano un utilizzo ancora non ampiamente diffuso nei contesti dell'area critica: servizi emergenza territoriale, Dipartimenti di Emergenza, Terapie Intensive.

Materiali e metodi: lo studio ha lo scopo di verificare se Infermieri e Medici di 118 Firenze Soccorso utilizzano o meno il capnometro in situazioni in cui le vie aeree vengono gestite impiegando sistemi avanzati e quale è la loro percezione sull'utilizzo di questa metodica di monitoraggio tramite apposita survey. La validità apparente dello strumento è stata indagata tramite somministrazione ad un campione di 20 tra medici, infermieri e laici per verificarne chiarezza, neutralità, completezza con una scala da 1 a 10 con risultati mediani sempre superiori a 8.

Risultati: alla survey hanno partecipato 70 tra medici e infermieri (tasso di risposta del 53,8%). Il campione è risultato composto in maggioranza da maschi con un'età media di 46 anni ed un'anzianità di servizio di 9 anni. Il 93,4% dei rispondenti afferma di essere stato formato all'utilizzo del capnografo. Non differenze statisticamente significative tra medici e infermieri sul

fatto che il capnografo sia più utile per la conferma del posizionamento del tubo endotracheale ed il monitoraggio in corso di ACR ($P > 0,05$). Nella maggioranza dei casi i rispondenti ritengono che la capnometria venga poco utilizzata, solo il 60% riferisce di essere in grado di utilizzarla con gli infermieri che si sentono meno sicuri dei medici ($P = 0,04$). Su 797 casi di gestione avanzata delle vie aeree del secondo semestre 2016 si registra la mancata documentazione del tipo ventilazione e del valore ETCO₂ nel 59,6% con un più elevato tasso di registrazioni per il tubo endotracheale rispetto ai dispositivi sovraglottici (28,6% vs 15,9%).

Conclusioni: nonostante i limiti legati al campionamento di convenienza e alla natura retrospettiva dello studio è possibile affermare che, coerentemente con altri studi analoghi, gli operatori del setting in studio concordano sul fatto che la EtCO₂ sia utile, semplice e affidabile ma pochi la documentano e probabilmente ancora pochi la usano. Tra le prospettive di miglioramento la creazione di percorsi formativi innovativi e l'adozione di tecnologie per migliorare la raccolta dati durante le missioni.

• **Il Delirium in una Terapia Intensiva Pediatrica di Cardiochirurgia: uno studio osservazionale**

Silvio Simenone, Marco Perrone, Grazia Dell'Angelo, Gianluca Pucciarelli, Teresa Rea, Assunta Guilari, Gianpaolo Gargiulo, Giuseppe Comentale, Immacolata Fontana, Catello La Storia, Loredana Grande, Alessandro Saccenti, Carmelina Stabile, Gaetano Palma - Az. Ospedaliera Universitaria Federico II, Napoli
 silviocecilia@libero.it

Introduzione: il delirium pediatrico è associato ad un aumento della durata di degenza all'interno di una PICU, comparsa di sintomi tipici dei disturbi post traumatici e possibili disturbi neurocognitivi anche dopo la dimissione. I sottotipi del delirio (iperattivo, ipoattivo e misto) diagnosticabili nell'adulto vengono riscontrati anche nei bambini. Mentre per gli adulti la letteratura internazionale ha focalizzato i fattori predisponenti, scatenanti e le conseguenze legate all'in-

staurarsi di tale sindrome, l'area di ricerca pediatrica sta ora colmando il gap rispetto a quanto già fatto per gli adulti. Vi è ancora una scarsità di pubblicazioni conoscenze riguardo il delirium pediatrico (PD), soprattutto per quanto riguarda i setting di terapia intensiva. Il tasso di prevalenza di Delirium nei bambini critici varia dal 4.6% al 16.9% (nei pazienti ventilati meccanicamente sale al 23.5%). Il delirium nei pazienti pediatrici critici è caratterizzato da un inizio più acuto rispetto a quello degli adulti. Inoltre essi hanno allucinazioni più intense, un maggior livello di agitazione e umore labile ma minori deficit cognitivi, minori disturbi del sonno e del ciclo sonno veglia e una più bassa variabilità dei sintomi. Ad oggi però nella gran parte delle PICU il delirium non gode della stessa attenzione degli altri parametri vitali monitorizzati. La necessità di implementare lo screening del delirium quale forma di monitoraggio d'organo cerebrale, al pari degli altri organi comunemente monitorizzati nelle PICU, è sempre più riconosciuta. Da un recente studio risulta che il 71% degli infermieri intervistati non utilizza nella propria realtà lavorativa alcuno strumento di screening del delirium e che solo il 2% esegue più di una valutazione giornaliera.

Metodi e strumenti: studio osservazionale prospettico condotto con l'utilizzo della scala CAP-D.

Risultati: all'interno del nostro campione la presenza del delirio era del 34%. A seguito dell'analisi statistica del caso, i fattori di rischio associati al delirio sono stati, la presenza di deficit-ritardo cognitivo, una prolungata necessità alla ventilazione meccanica ed una prolungata degenza all'interno della PICU.

Conclusioni: i bambini degenti nelle PICU sono a rischio di sviluppare delirium. Individuare i fattori predisponenti e quelli scatenanti può indirizzare verso interventi educativi-assistenziali mirati al contrasto di tale sindrome.

INFERMIERE SPECIALISTA – SALA RIVA

- **La gestione dell'emergenza nel paziente portatore di Mechanical Circulatory Support**

Caterina Zoccarato, Bizzotto Isabella - Azienda Ospedaliera Padova
caterinazoccarato@libero.it

Nel contesto della Cardiocirurgia Padovana, seguendo il trend internazionale, stanno ricevendo sempre maggiore attenzione i devices per il supporto circolatorio meccanico in pazienti con insufficienza cardiaca end-stage. L'aumento del numero di impianti e il successo di molti di questi, si traduce in un numero maggiore di portatori di MCS (Mechanical Circulatory Support) che tornano a domicilio. Di conseguenza aumenta anche la possibilità che i servizi sanitari del SUEM e del Pronto Soccorso si trovino a dover gestire emergenze che coinvolgono questa peculiare tipologia di pazienti.

La conoscenza delle caratteristiche principali di questi devices potrebbe influenzare in maniera significativa il successo delle manovre salvavita. Nella pratica, la lettura e l'interpretazione di alcuni parametri vitali può essere differente in pazienti portatori di MCS, anche in base al device che viene impiantato. Partendo da un'analisi della letteratura scientifica, si è riscontrato come non esistano ancora linee guida internazionali condivise che possano aiutare i sanitari in queste situazioni. Tuttavia, nell'attesa di studi più approfonditi, si ritiene fondamentale fornire al personale sanitario gli elementi di base per gestire un'emergenza in questo ambito e capire le linee generali di funzionamento di questi devices. Alcuni argomenti trattati saranno per esempio il trattamento del paziente portatore di MCS che viene ritrovato incosciente o ipoteso, il ruolo delle compressioni toraciche e l'interpretazione dei segni vitali.

- **Ecografia infermieristica: costruzione e mantenimento delle competenze**

Federico Moggia, Lesya Melnyk, Silvia Scelsi, Valentina Pasinato, Antonella Paravati, Claudia Brusasco, Francesco Corradi - Ente Ospedaliero Ospe-

dali Galliera, Genova
chiccomoggia@gmail.com

Obiettivo: dimostrare la fattibilità della formazione in ecografia infermieristica e analizzare l'impatto della pratica ecografica sulla ritenzione delle competenze acquisite, attraverso l'analisi delle competenze a distanza di tempo, in rapporto alla prestazione a fine corso.

Materiali e Metodi: dopo un corso di ecografia per infermieri di area critica, viene effettuata la valutazione dell'apprendimento teorico e delle abilità pratiche acquisite. A distanza di sei mesi dal termine, viene somministrato nuovamente il test finale di interpretazione delle immagini ecografiche e un test di ottenimento delle immagini su volontari sani, al fine di misurare nuovamente le competenze e ottenere così un quadro della ritenzione delle stesse.

Risultati: è stato condotto uno studio su 22 infermieri discenti al corso di formazione. A sei mesi dal corso di formazione, si è proceduto con una valutazione delle competenze a distanza. Si è inoltre correlato il risultato della valutazione a distanza con la pratica esperita da ogni singolo discente dal termine del percorso formativo, categorizzata per frequenza di utilizzo dell'ultrasonografia in contesto clinico. Dividendo in due gruppi i discenti, secondo tale criterio, si è notato che la performance negli utilizzatori frequenti ha subito una flessione minore (da 98,6% a fine corso a 85,7% a distanza), ma anche gli utilizzatori saltuari, pur avendo esperito poca o nulla pratica, hanno registrato un calo contenuto (da 95,7% a tempo zero a 76,6% a distanza). L'autovalutazione delle competenze percepite ha registrato un significativo aumento, più marcato nei soggetti meno esperti.

Conclusioni: il ridotto calo generale della performance, evidenzia la fattibilità della formazione infermieristica in ecografia e apre le porte alla crescita della pratica ecografica da parte degli infermieri. Emerge l'importanza di un percorso di esperienza diretta post-corso, volto a implementare le competenze ecografiche acquisite attraverso la formazione teorico-pratica. Resta aperto lo spunto per la valutazione delle com-

petenze in ecografia infermieristica real-time e dell'impatto di essa sull'outcome clinico assistenziale.

• **Sorveglianza infezioni in campo pediatrico: implementazione check-list sulla gestione del catetere venoso centrale**

Nicol Maria Platone, P. Da Valle, S. Baratta, M. Baroni, M. Tongiani, E. Nicolini, E. Laws, S. D'este, F. Serri, A. Tellarini, S. Manfredi, A. Gabrielli, P. Cimoli, A. Valeri, G. Bontempi, M. Marchi, G. Santucci, E. Sacchetti, M. Borghini, V. Marras, A. Frediani, V. Ruffini, T. Spadoni, L. Parenti, C. Mariotti, D. Donni - Fondazione Toscana Gabriele Monasterio
tribeppe@tin.it

Introduzione: i cateteri venosi centrali (CVC) sono presidi largamente in uso nella pratica clinica quotidiana per il trattamento di molte malattie croniche gestite a domicilio ma anche per l'approccio maggiore in ospedale, sia su pazienti adulti che su bambini. Rappresentano un sistema sicuro ed efficace per il monitoraggio, la somministrazione di farmaci, soluzioni nutrizionali e in tutti quei casi in cui sia richiesto un sicuro e frequente accesso venoso. L'infermiere si trova altamente coinvolto nel management del CVC sia in termini di inserimento e utilizzo, sia nella gestione quotidiana per la prevenzione delle infezioni ad esso correlate.

Si stima che un'infezione da CRBSI contratta durante la degenza porti ad un prolungamento di degenza di 15 giorni con un aumento della spesa correlata tra i 15.000 e i 50.000 €.

Materiali e metodi: adozione di protocolli infermieristici comportamentali e gestionali per le linee venose centrali, implementazione di una Check-list osservazionale su ogni CVC, rimozione precoce, analisi colturale in casi sospetti della punta, trattamento farmacologico adeguato e un servizio di sorveglianza infezioni interno alla struttura che monitora tutti gli eventi attraverso gli Alert che arrivano dal personale sanitario. Studio osservazionale descrittivo con programma di prevenzione a "Targeting Zero" che ha come bersaglio il monitoraggio delle CRBSI da tutti gli ambiti assistenziali sul paziente pediatrico.

Risultati: 1406 osservazioni totali in un periodo che va dal 03/01/2015 fino al 15/05/2017. 74% CVC inseriti sala operatoria, 20% terapia intensiva, il resto tra degenza pediatrica e altri reparti. Giorni di permanenza: il 18% ha tenuto il CVC da 1 a 5 giorni, 35% da 5 a 10, 29% da 11 a 15 giorni, 11% da 16 a 20 giorni, il 6% da 21 a 25.

All'ispezione di grado 0 per l'81,4% , di grado 1 il 16,7%, di grado 2 l'1,6% e di grado 3 lo 0,3% l'8,3% ha avuto febbre, per il 7% sono state inviate le punte alla coltura, in 22 casi sono state inviate le emocolture di cui il 77% dei casi negative; tra i positivi una Klebsiella, 1 Serratia Marcescens, 2 Enterobacter Cloacae.

Conclusioni: questa valutazione porterà a migliorare la scheda di sorveglianza e la raccolta dati. Una gestione globale del catetere venoso centrale che consideri tre elementi fondamentali, quali Exposure, Outcome E Endpoint è prioritaria per il processo assistenziale al fine di evitare conseguenze potenzialmente pericolose per la vita del paziente. La sorveglianza è un aspetto fondamentale nella prevenzione e gestione delle infezioni, ogni professionista della salute ha il dovere di aumentare la sensibilità verso il problema.

Ore 16.00 - 16.45 / 17.00 - 17.45

SESSIONE POMERIDIANA TECHNICAL FORUM

10 NOVEMBRE

Ore 09.00 - 10.30 - sala Garda

PROCLAMAZIONE

Premio Aniarti Youth - Premio Miglior Poster Premio Fotografico

- **Progetto Intensiva.it: stato dell'arte**
Giovanni Mistraretti

Workshop Ditte Commerciali

Ore 10.30 - 12.00 sessione plenaria

- **Il futuro dell'assistenza tra tecnologia e robotica**
Gianmarco Veruggio, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Genova
- **Il futuro dell'assistenza tra umanizzazione ed etica**
Ivana Carpanelli, Istituto Italiano Bioetica
- **Position statement Aniarti**

Ore 12.15

Assemblea annuale dei soci Aniarti (2° convocazione)

11 NOVEMBRE

Ore 9.30 - 12.00

ANIARTI INCONTRA I CITTADINI

Incontro con gli studenti delle scuole medie

Addestramento sulle manovre di rianimazione cardiopolmonare

Ore 10.00 - 12.00

La rete di sicurezza: un'alleanza cittadino-infermiere

Tavola rotonda: Il contributo della Professione infermieristica ed il ruolo della gestione diretta e nell'addestramento del caregiver

Con la partecipazione di: Aniarti, Dirigenti e Docenti di Scuola Media Superiore, Autorità, Ispasvi, Cittadini

La collaborazione tra infermieri e cittadini è determinante per migliorare gli esiti di salute sia in termini di assistenza nella cronicità semplice e complessa, che nella promozione e prevenzione della salute.

Aniarti promuove un dibattito con i cittadini nel quale confrontarsi per comprendere e conoscere cosa gli infermieri possono fare in una alleanza con il cittadino come professionisti da sempre accanto alla persona e al suo nucleo familiare e sociale, il cui ruolo specifico è quello di aiutarla a fare fronte ai propri bisogni per mantenere o ripristinare quel delicato equilibrio che definiamo "salute" e costruire le modalità di collaborazione possibili.

Evento ad ingresso libero



PROGRAMMA SESSIONE POSTER

- **L'approccio See and Treat come strategia per i codici minori: comparazione retrospettiva tra un centro Hub ed uno Spoke**

Lorenzo Righi¹, Gennaro Oliva², Francesco Bruschi³, Giovanni Becattini¹

¹ USL Toscana Sud Est - ² Casa di Cura Figlie di San Camillo, Cremona - ³ Università degli Studi di Firenze
Lorenzo.righi@hotmail.it

Introduzione: il sovraccollamento e con esso la scelta della giusta strategia di trattamento della bassa priorità sta diventando sempre più un problema rilevante. In letteratura le strategie adottate per i codici minori più diffuse sono: la gestione medica della casistica a bassa priorità, la continuità assistenziale, il potenziamento della fascia oraria aumentando la capacità di accoglienza dei Dipartimenti di Emergenza nei momenti di alto flusso dei pazienti e il See and Treat (S&T). La regione Toscana a questo scopo per dare una risposta assistenziale alle urgenze minori ha avviato il progetto sperimentale del S&T.

Obiettivo: confrontare la casistica minore di un Pronto Soccorso "Hub" con uno "Spoke" individuando la percentuale suscettibile al trattamento con approccio S&T.

Materiali e metodi: studio descrittivo retrospettivo che si basa sull'elaborazione dei dati raccolti dalle schede di Triage. Tale raccolta dati è stata intrapresa presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale Santo Stefano di Prato e presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Campostaggia di Poggibonsi (SI) ed ha preso in esame i codici a bassa priorità (bianco, azzurro e verde). Lo studio è stato condotto in varie fasi utilizzando il programma "Frist Aid" per il recupero e la gestione dei dati.

Risultati: nell'analisi svolta si evidenzia che il maggior numero di accessi è rappresentato dalla casistica a bassa priorità e si dimostra, di fatto, l'applicabilità del processo See and Treat. Non cambia la casistica in un centro Hub rispetto ad

uno Spoke. Il 18,9% dei pazienti presi in esame potrebbero essere trattati con tale modello, migliorando la prestazione sanitaria e riducendo i tempi di attesa.

Conclusioni: il See and Treat si conferma come approccio disponibile per gli infermieri che seguono un appropriato percorso formativo.

A dispetto delle difficoltà di diffusione nelle strutture di Pronto Soccorso italiane, l'approccio See and Treat potrebbe essere efficace per la presa in carico dei problemi a bassa priorità.

Bibliografia:

1. RASTELLI G, CAVAZZA M, CERVELLIN G. *Sovraccollamento in Pronto Soccorso. Analisi del fenomeno e proposte di gestione*. Emergency Care Journal, numero 2, pp. 25-35 – 2010.
2. LUMINI E, BOCCI G, RAVAZZI M, BENEDETTI T. *Il sovraccollamento in DEA: una comparazione retrospettiva di differenti strategie in un Dipartimento di Emergenza di II livello*. Supplemento Scenari 2015; 32 [2].
3. RIGHI L, BROGINI S, TELLINI S, BECATTINI G. *Il see and treat toscano come modalità di presa in carico tra Pronto Soccorso e Case della Salute*. Supplemento Scenari 2016; 33 [3].

- **Gestione dell'emergenza pediatrica in Terapia Intensiva polivalente**

Nicole Chinellato, Paola Perazzolo, Rosanna Varrutti - Azienda per l'Assistenza Sanitaria 5 Friuli Occidentale
nicolechinellato@yahoo.com

A causa della scarsa casistica, la gestione del paziente pediatrico rimane fonte di stress e alto rischio di errori per il personale che opera nel Servizio di Emergenza Territoriale, Pronto Soccorso generale e Terapia Intensiva polivalente.

Negli ultimi anni si è notato un lieve ma costante incremento di interventi in urgenza/emergenza, soprattutto intraospedaliera, riguardanti la popolazione pediatrica.

Per favorire maggiore fluidità e sicurezza duran-

te l'intervento urgente è iniziato, nella realtà di Pordenone, un percorso di formazione specifico riguardante la gestione dell'intervento pediatrico, che coinvolge tutti gli infermieri e medici e figure di supporto del Dipartimento di Emergenza.

La nuova strategia di lavoro consiste nell'organizzazione dei materiali secondo nastro Brose-low, adattando alla nostra realtà il modello americano. L'introduzione di questa pianificazione di lavoro è iniziata nella Terapia Intensiva dell'Ospedale di Pordenone dove, da un anno, è stato intrapreso il percorso per formare in continuo il personale ad operare in queste specifiche situazioni con un presidio debitamente allestito, cioè il carrello Brose-low.

Successivamente si è creato un corso di aggiornamento dedicato al personale medico ed infermieristico del Dipartimento d'Emergenza di tutta la provincia per iniziare l'integrazione tra gli ospedali sul territorio l'utilizzo del materiale pediatrico sia intra che extra ospedaliero.

L'obiettivo è quello di far sì che non si vengano a creare disomogeneità, errori o mancanze assistenziali e di comunicazione tra i professionisti coinvolti durante la gestione dell'emergenza pediatrica, dalla presa in carico sul territorio al ricovero nell'ospedale o trasferimento verso il centro hub.

- **Valutazione del delirio in terapia intensiva: conoscenze e applicabilità nelle realtà operative**

Valeria Marasca, Mara Marchetti, Daniele Messi, Maurizio Mercuri - Fondazione Don Gnocchi Onlus marascavale@gmail.com

Il delirio si presenta come una sindrome psico-organica caratterizzata da una transitoria e fluttuante alterazione dello stato di coscienza ad esordio acuto o subacuto, con ripercussioni sulla cognitività e sulle capacità percettive.

Si sviluppa in un breve periodo di tempo (ore o giorni), è di solito reversibile e si manifesta come diretta conseguenza di una patologia organica o metabolica, dell'uso di farmaci, degli effetti di sovradosaggio o di sospensione di una sostanza

o all'insieme di questi fattori.

Il delirio assume particolare importanza nelle Terapie Intensive. Sono soggetti coloro che vi restano per più di 72 ore: di questi, 8 pazienti ventilati su 10 provano l'esperienza di delirium. Obiettivo dello studio è indagare sulle conoscenze relative al delirium nelle terapie intensive e proporre un piano di assistenza per prevenire, riconoscere e trattare questo fenomeno.

Il disegno di studio è di tipo qualitativo fenomenologico; sono state prese in considerazione sei U.O. di Terapia Intensiva della provincia di Ancona, coinvolgendo i Coordinatori infermieristici, intervistati tramite un questionario a domande chiuse. L'indagine è stata svolta nel Marzo 2016. Dall'indagine risulta che il 100% degli intervistati sa cos'è il delirio; l'83% sottostima la comparsa del fenomeno e infine l'intero campione afferma di non avere nella propria realtà operativa uno strumento che riconosca e tratti il delirio. Se riconosciuto, viene trattato con interventi farmacologici. Tutti gli intervistati desidererebbero utilizzare un protocollo specifico. Viene dunque proposto un piano di assistenza per trattare il paziente con delirio, partendo dal riconoscimento precoce al trattamento. Il piano di assistenza prevede la compilazione di due scale: la Richmond Agitation-Sedation Scale-RASS, per valutare il livello di coscienza, e la "Confusion Assessment Method - Intensive Care Unit" -CAM-ICU che va a confermare o meno la presenza di delirio.

Successivamente si propongono due schede, strutturate come schede di terapia, dove la prima propone interventi non farmacologici, suggeriti dal libro "Classificazione NIC degli interventi infermieristici". La seconda presenta gli interventi farmacologici, non specificati poiché nella realtà operativa variano in base alla scelta del medico.

Lo studio riportato conferma che il Delirium non è un fenomeno sconosciuto: gli intervistati auspicano un percorso clinico-assistenziale condiviso ed efficace. Risulta priorità nelle Terapie Intensive proporre un piano di assistenza per prevenire, riconoscere e trattare il paziente con delirium.

• **Efficacia dell'accesso intraosseo versus l'accesso venoso periferico nei pazienti in arresto cardio respiratorio in emergenza extra ospedaliera. Revisione della letteratura**

Marina Baricchi, Domenico Poli - Azienda Usl Reggio Emilia

fbaricchi@libero.it

Introduzione: l'assistenza al paziente in emergenza territoriale affetto da patologie tempo correlate richiede velocità ed efficacia per garantire una valida via infusiva. Ad oggi la prima scelta risulta essere l'accesso vascolare. Secondo la letteratura i tempi di posizionamento di un Catetere Venoso Periferico vanno dai 3 ai 12 minuti, con una percentuale di insuccesso compresa fra il 10% e il 40%.

Obiettivo: verificare la rapidità e il successo di reperimento al primo tentativo della via infusiva intraossea (IO) verso l'accesso venoso nei pazienti adulti, in arresto cardiaco in ambiente extra-ospedaliero.

Materiali e metodi: è stata realizzata una revisione della letteratura consultando le banche dati Pub Med e Cochrane. Risultati: il tasso di successo al 1° tentativo nel posizionamento del presidio IO in sede tibiale e omerale verso il CVP è stato studiato in un RCT condotto di Rosalyn Reades et al(2011). Il corretto posizionamento risulta essere pari a: 91% presidio IO accesso tibiale, 83% presidio IO accesso omerale, 43% CVP. I tempi di posizionamento dei dispositivi sono stati: tibia accesso IO 4,5 min, omero accesso IO 7 min, CVP 5,8 min. La velocità infusiva dei liquidi durante la somministrazione IO verso l'infusione venosa è stata studiata da una ricerca di Adeline S.Y.N. et al (2009). La velocità infusiva IO in regione tibiale con spremi sacca risulta essere 204,6 ml/min, il flusso in regione omerale con spremi sacca è risultato di 148 ml/m, l'infusione con CVP risultata compresa tra 200 ml/min (CVP 16G) e 20 ml/min (CVP 24G). I farmaci utilizzabili attraverso l'accesso IO sono stati valutati in una revisione sistematica di Pepiptas F. et al (2016), possono essere somministrati: adenosina, amiodarone, atropina, dobutamina, dopamina, epinefrina, etomidate, cisatracurium, epinefrina,

na, eparina, insulina, lidocaina, morfina, noradrenalina, propofol, cristalloidi, colloidali, ringer, sangue, liquido di contrasto. La farmacocinetica della morfina somministrata attraverso la via IO verso la via venosa centrale è stata studiata da Fon Hoff et al (2008); i risultati supportano la bioequivalenza delle modalità di somministrazione IO e EV. La facilità di applicazione del presidio IO è stata valutata da uno studio prospettico osservazionale Ong M. et. Alt (2009); dei 25 partecipanti, 23 (87%) dichiarano che il posizionamento del presidio IO è più agevole rispetto al catetere venoso.

Conclusioni: i risultati confermano l'efficacia della via IO rispetto all'infusione venosa in termini di provabilità di successo, velocità e facilità nell'applicazione del presidio.

• **Riorganizzazione dell'approvvigionamento e dello stoccaggio del materiale di consumo presso l'area delle terapie intensive**

Ileana Adamini, P. Roselli, D. Rancati, M. Madeo, G. Ghilardi, A. Galazzi - Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano
ileana.adamini@policlinico.mi.it

Introduzione: l'approvvigionamento del materiale in una U.O. è spesso un problema dovuto alla sovrastima o sottostima delle necessità del reparto. Il processo di ordinazione del materiale per via cartacea è obsoleto e non permette un monitoraggio costante e puntuale dell'effettivo fabbisogno.

Scopo: disporre di un sistema di gestione automatizzata del processo di approvvigionamento in modo da ottenere una razionalizzazione della spesa, evitando inutili giacenze, eventuali scadenze ed evitando perdite di tempo del personale coinvolto.

Materiale e metodi: analisi del contesto, riorganizzazione del magazzino di reparto e del processo di carico e scarico del materiale di consumo.

Risultati: a partire da dicembre 2016, presso ciascuna Terapia Intensiva, tutto il materiale di consumo, ad eccezione dei farmaci, è stato riorganizzato riconducendolo per denominazione

ad alcuni dei bisogni di assistenza infermieristica (respiro, cardiocircolatorio, alimentazione, eliminazione, igiene). Tutti i depositi sono stati identificati da un numero e contrassegnati da un bollino di colore rosso (materiale di scorta) o verde (materiale pronto all'uso); in ciascun deposito ogni contenitore è stato identificato da una lettera dell'alfabeto e in ciascun contenitore, ogni ripiano è stato identificato da un numero. Per ogni scaffale è disponibile un elenco di prodotti identificati dalla denominazione, dal codice di magazzino, dal codice a barre e dalla quantità minima che deve essere garantita in giacenza. Ciascun prodotto è riconducibile al numero del deposito, alla lettera del contenitore con la sua denominazione e al numero del ripiano. Presso ciascuna U.O.S. è disponibile un file in Excel che contiene l'elenco di tutti i prodotti in dotazione con la loro specifica ubicazione, che tutto il personale può consultare per la ricerca di un prodotto. L'ordine e lo scarico di ciascun prodotto è effettuato mediante terminale portatile mediante lettura del codice a barre.

Conclusioni: la gestione automatica del processo dovrebbe garantire il ripristino del materiale effettivamente consumato riducendo il rischio di errore umano rispetto alla sovrastima o sottostima del materiale necessario con un conseguente risparmio economico e di tempo dando al coordinatore più tempo da dedicare ad altre attività clinico assistenziali.

- **Protocollo di ventilazione non invasiva in pazienti tracheostomizzati adulti durante il processo di weaning respiratorio. Casi clinici, esperienza del Centro di Terapia Intensiva Post-Operatoria Cardiochirurgica di Perugia**
Federica Mancini, Simona Casaioli, Andrea Boldrini, Giordano Crisanti, Francesca Volpi - Azienda Ospedaliera di Perugia "S. Maria della Misericordia"
 mancini.federica@hotmail.it

I pazienti cronici post-operatori sono spesso sottoposti ad una prolungata ventilazione meccanica. Il fallimento dal weaning ventilatorio è generalmente multifattoriale ed una delle principali cause è la disfunzione diaframmatica in-

dotta dalla ventilazione meccanica stessa.

Il ruolo della ventilazione non invasiva post estubazione è stato ben chiarito da diversi studi, dimostrando una riduzione dell'incidenza di re-intubazioni se applicata entro 48 ore dall'estubazione in pazienti difficili da svezzare. La ventilazione non invasiva (NIV) viene applicata tramite differenti devices ed è una modalità totalmenete non invasiva.

Il nostro protocollo è nato dall'idea di applicare la modalitaa NIV tramite cannula tracheostomica entro 24 ore dal posizionamento della stessa. La modalità NIV spontanea permette di lavorare sul tempo inspiratorio, ottenendo valori piu lunghi rispetto alle modalita non invasive standard. Riportiamo l'esperienza del nostro centro riguardo l'applicazione di un protocollo di svezzamento ventilatorio nei pazienti tracheostomizzati. Descriviamo 10 casi clinici in pazienti post-operatori cardiochirurgici, tracheostomizzati in seguito al fallimento dallo svezzamento della ventilazione meccanica per insufficienza respiratoria multifattoriale.

Il protocollo, applicato su 5 dei 10 casi descritti, prevede l'utilizzo della modalità ventilatoria NIV-spont con pressione inspiratoria positiva tale da ottenere un volume tidal pari o superiore a 6ml/kg, una saturazione arteriosa sistemica superiore uguale a 92%, frequenza respiratoria inferiore a 25 atti/minuto e un tempo inspiratorio modulato sulle caratteristiche del paziente stesso. Raggiunti adeguati criteri di weaning la NIV-spont viene alternata con brevi periodi di compensazione tubo, per ogni turno infermieristico per le prime 48 ore, senza deconnessione anche se il paziente potrebbe presentare i criteri. Superate le prime 48 ore, se i criteri di weaning permangono, la modalità compensazione tubo viene seguita da periodi di deconnessione e ventilazione tramite sistema kendall.

Dalla nostra esperienza l'applicazione di questo protocollo ci ha permesso di ridurre il tempo di recupero della ventilazione spontanea e quindi dei tempi di degenza, rispetto all'applicazione di tecniche di weaning standard.

• **Studio multicentrico sulla rilevanza delle diagnosi NANDA-I nel trapianto di midollo osseo (TMO)**

Marco Cioce, F. Lamberti, S. Botti, G. Gargiulo, L. Orlando, R.D. De Angelis, I. Serra - Fondazione Policlinico Universitario "Agostino Gemelli"
marco.cioce@policlinicogemelli.it

Introduzione: il paziente sottoposto a TMO necessita di attenta valutazione e di interventi complessi, intensivi e non privi di rischi. Dalla presa in carico ai primi 100 giorni post trapianto, può presentare condizioni legate alla patologia e/o al suo trattamento; la tassonomia NANDA-I fornisce una modalità per la loro classificazione. Speksnijder (2011), utilizzando la metodologia Delphi, identifica 68 diagnosi NANDA-I come rilevanti in ambito onco-ematologico sottolineando l'importanza di 11 di esse; il presente studio ha valutato quante di queste 68 diagnosi fossero rilevanti nel TMO.

Metodologia: ambiti di ricerca: dalla terapia di condizionamento pre-trapianto alla prima dimissione ("DEGENZA") e dalla prima dimissione ai 100 giorni post trapianto (FOLLOW-UP).

Lo studio, prospettico, quantitativo-descrittivo, ha previsto la somministrazione di questionari strutturati ad un campione di esperti reclutati nei Centri TMO della rete italiana GITMO; è stato chiesto di indicare, su scala lineare a 10 punti, quanto ogni diagnosi fosse rilevante nell'individuare i problemi di salute. Le diagnosi con consenso "Alto" (>80%) sono ritenute rilevanti nell'identificare i problemi di salute, le diagnosi con consenso "Moderato" (80-65%) verranno studiate nella seconda fase dello studio (come previsto dalla metodologia Delphi) e le diagnosi con consenso "Basso" verranno eliminate.

Raccolta ed analisi dati: per l'invio e la raccolta dei questionari è stata utilizzata la piattaforma di Google Drive. L'analisi dei dati è stata di tipo descrittiva ricercando frequenze, percentuali e indici di dispersione e di posizione centrale.

Risultati Setting DEGENZA, aderenti 31 Centri: 1 diagnosi ha ottenuto un consenso "basso" (1,5%), 38 diagnosi un consenso "moderato" (55,9%) e 29 diagnosi un consenso "alto"

(42,6%). Setting FOLLOW UP, aderenti 22 Centri: 43 diagnosi hanno ottenuto un consenso "moderato" (63,2%) e 25 diagnosi un consenso "alto" (36,8%). Globalmente, tra setting DEGENZA e FOLLOW-UP, 1 diagnosi ha ottenuto un consenso "basso" (1,5%), 32 diagnosi un consenso "moderato" (47,1%) e 35 diagnosi un consenso "alto" (51,4%); è da sottolineare come 19 di quest'ultime, lo hanno ottenuto in entrambi i setting assistenziali (54,3%).

Conclusioni: in analogia a quanto affermato da Speksnijder, definendo importanti 11 diagnosi in onco-ematologia, il presente studio ha identificato 19 diagnosi importanti nel TMO avendo ottenuto un consenso alto in entrambi gli ambiti di studio.

• **Analisi retrospettiva sulla mortalità del paziente cardiocirurgico in relazione alla qualità dell'assistenza infermieristica basata sul rapporto numerico infermiere / paziente e il grado di formazione**

Simona Casaioli, Federica Mancini, Francesca Volpi, Giordano Crisanti, Andrea Boldrini - Azienda Ospedaliera di Perugia "S.Maria della Misericordia"
simonacasaioli@libero.it

Il ruolo dell'infermiere nelle terapie intensive ha acquisito sempre maggior rilievo nell'ultimo decennio. La maggior parte degli studi si sono concentrati sull'impatto del rapporto tra infermiere e paziente riguardo la sicurezza dello stesso e quindi sulla mortalità a breve termine. La maggior parte degli studi multicentrici si sono focalizzati sul numero delle unità infermieristiche a livello ospedaliero, ma non su un aspetto fondamentale quale l'omogeneità dei livelli di preparazione.

Gli attuali studi evidenziano un rapporto statisticamente significativo tra i livelli di formazione infermieristica e gli eventi avversi sul paziente; pertanto, un rapido turn-over infermieristico o un rapporto inadeguato infermiere/paziente, può portare ad un aumento della mortalità. Nel nostro studio abbiamo voluto esaminare l'impatto del livello di preparazione infermieristica e del rapporto infermiere/paziente sulla mortalità

a 30 giorni.

Lo studio è retrospettivo per tre anni consecutivi, dal 2014 al 2016, condotto presso la terapia intensiva postcardiochirurgica di Perugia.

Sono stati statisticamente analizzati il numero di ricoveri per anno e i relativi decessi annui, il rapporto numerico infermiere/paziente ed il grado di formazione con il relativo numero di neo-assunti. Il risultato dell'analisi statistica ha evidenziato una significatività sulla mortalità e la sicurezza del paziente.

- **Un nuovo strumento per migliorare la comunicazione non verbale nel paziente tracheostomizzato: l'applicazione della CAA (Comunicazione Aumentativa Alternativa) in Terapia Intensiva**

*Alessia Marrocu, Francesca Badalassi, Lara Tognotti – Az. Ospedaliera Universitaria Pisana
a.marrocu@ao-pisa.toscana.it*

La relazione infermiere-paziente è uno degli elementi più importanti per l'efficacia della cura e il benessere del paziente. Una relazione efficace comprende diversi aspetti, primo fra tutti una comunicazione semplice e diretta. L'impossibilità di esprimersi da parte del paziente tracheostomizzato può diventare un ostacolo che si interpone al suo recupero, condizionandolo in maniera psicologicamente negativa. L'obiettivo primario di questo progetto è stato quello di realizzare un nuovo strumento di comunicazione, attraverso l'utilizzo della CAA (Comunicazione Aumentativa Alternativa), con lo scopo di tranquillizzare il paziente tracheostomizzato in preda allo sconforto di non poter parlare. Tutto questo permette al soggetto di riappropriarsi della propria volontà comunicativa. Secondariamente lo strumento ha permesso di soddisfare i bisogni di assistenza infermieristica, in modo immediato e funzionale, con la certezza di aver chiuso correttamente il circolo comunicativo.

Analizzando i bisogni infermieristici di un paziente impossibilitato a parlare, abbiamo creato attraverso l'utilizzo dei simboli PCS due tabelle comunicative: una specifica ad uso degli operatori sanitari per la spiegazione al paziente del

suo stato fisico al momento del risveglio dalla sedazione, una seconda per la comunicazione trasversale e quotidiana.

- **Accesso intraosseo e atomizzatore nasale, indagine conoscitiva su vie alternative di somministrazione farmaci in emergenza**

*Alessandro Avenoso, Lorenzo Stagnaro, Giacomo Taglioli - Ospedale Evangelico Internazionale
aleavenoso@hotmail.it*

Introduzione: la somministrazione dei farmaci per via intraossea (EZ-IO) e per via endonasale (MAD) rappresenta un'importante risorsa in emergenza; sono valide alternative per pazienti critici. Sono stati presi in esame articoli scientifici della letteratura che supportassero il lavoro per capire quanto tali metodiche siano conosciute ed utilizzate nell'ambito extra-ospedaliero.

Metodo: intervista conoscitiva a 100 infermieri dell'area critica (emergenza territoriale-DEA) sulla conoscenza e sull'uso del dispositivo EZ-IO, analisi e confronto della letteratura sulla problematica presa in esame. Analisi della letteratura sull'utilizzo del MAD atomizzatore intranasale.

Risultati: 80% degli intervistati riferisce di aver usato almeno una volta il dispositivo preso in esame scegliendo come sito d'inserzione la tibia prossimale, in particolar modo quando si è trattato di operare sul paziente pediatrico. Il 20% degli operatori che non hanno utilizzato lo strumento, hanno riferito di non averlo fatto per mancanza di esperienza e formazione e per aver sempre in mente metodi classici. La letteratura è favorevole all'utilizzo di tali dispositivi.

Conclusioni: EZ-IO e MAD sono valide alternative alla somministrazione farmaci come si evince dalla letteratura e dall'indagine. Gli intervistati sono favorevoli a continui corsi di aggiornamento su tali dispositivi per padroneggiarli meglio in situazioni d'emergenza.

• **BLS per personale laico non vedente**

Vito Carnicelli, Federico Ruta – Rianimazione, Asl Bat, Barletta - Andria -Trani
vitocarni@libero.it

Il primo corso di rianimazione cardio-polmonare rivolto a persone cieche e ipovedenti organizzato da uno studente in Infermieristica dell'Università degli studi di Foggia, sede distaccata di Barletta presso l'Asl Bat.

Il progetto, nato dapprima come nuova esperienza formativa, è stato inserito nel contesto di una tesi di Laurea triennale col fine di presentare il progetto di tesi sperimentale per l'anno accademico 2016/2017.

Un'iniziativa in collaborazione dell'Uici (Unione Italiana Ciechi e Ipovedenti) di Barletta e con alcuni istruttori di Basic Life Support and Defibrillation certificati Italian Resuscitation Council della U.O. di Rianimazione del presidio ospedaliero di Barletta (Dipartimento di Emergenza) e Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli studi di Foggia.

Il corso ha avuto l'obiettivo di sostenere che, in una situazione di emergenza anche una persona con disabilità visiva, se adeguatamente formato, può essere di grande aiuto e contribuire a salvare una vita. Al progetto hanno partecipato 15 esecutori ipo e non vedenti i quali sono riusciti con esito positivo ad apprendere le principali manovre di primo soccorso in caso di emergenza. Gli stessi infatti, sono stati abilitati alla pratica delle manovre del BLS (Basic Life Support), come rianimazione cardiopolmonare e disostruzione delle vie aeree.

Nell'ambito della valutazione formativa degli obiettivi di apprendimento del corso, ai partecipanti è stato somministrato un questionario pre-corso che andasse a valutare le aree: cognitiva-emotiva, motivazionale, teorico-pratica, mentre alla fine del corso è stato somministrato un questionario di gradimento dello stesso. I risultati raggiunti hanno messo in evidenza che la maggior parte dei partecipanti ha ritenuto il corso interessante, sottolineandone l'utilità sociale e personale delle nozioni apprese, tanto da definire l'esperienza motivazionale e coinvolgente.

• **Registro delle contenzioni: uno strumento di monitoraggio e di riflessione**

Filippo Binda, Alessandro Galazzi, Giovanni Greco, Marco Giammarrusti, Pietro Marino, Ileana Adamini - Fondazione Irccs Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico
filippo.binda@policlinico.mi.it

Introduzione: la contenzione fisica è uno dei sistemi più utilizzati nelle unità di terapia intensiva per proteggere i pazienti dai rischi connessi alla rimozione dei presidi. Tuttavia, l'utilizzo di tale pratica è associato ad eventi avversi: lesioni agli arti, delirium ed estubazione non pianificata. La registrazione dei dati relativi alla contenzione devono essere riportati sulla documentazione clinica in modo da evidenziare tempi, modalità e causa delle contenzioni attuate.

Scopo: disporre di un registro, in cui siano riportati i tempi e le modalità della contenzione fisica, integrato alla documentazione assistenziale nei pazienti ricoverati presso la Terapia Intensiva Generale.

Materiali e metodi: analisi retrospettiva dei dati riportati nel piano di assistenza infermieristica relativi al bisogno di ambiente sicuro per tutti i pazienti ricoverati in Terapia Intensiva Generale nel periodo compreso tra gennaio 2015 e maggio 2017. La contenzione fisica è stata applicata nei pazienti con un punteggio RASS ≥ 1 in cui lo stato di agitazione aumentava il rischio di rimozione accidentale dei presidi necessari per la sopravvivenza o a scopo precauzionale in previsione del risveglio nei pazienti sottoposti a intervento chirurgico.

In dettaglio, è stato registrato: data e ora di inizio/fine della contenzione, sigla dell'operatore che applica/rimuove la contenzione, tipologia e sedi anatomiche a cui si applicano le contenzioni.

Risultati: nel periodo considerato sono stati ricoverati 911 pazienti: la contenzione fisica è stata applicata in 477 pazienti (52%). Tra questi, 230 pazienti (48%) sono stati sottoposti a contenzione fisica a scopo precauzionale durante la fase di risveglio. La durata media dell'applicazione dei mezzi contenitivi è pari a 68.9 ± 117.6 ore; mentre la popolazione di pazienti che ha necessita-

to di contenzione fisica ha avuto una degenza media di 6.7 ± 11.1 giorni. Tutte le registrazioni effettuate riportano l'uso del fermapolso con chiusura a velcro come unico strumento usato per l'immobilizzazione.

Conclusioni: la riduzione del numero di pazienti sottoposti a contenzione fisica in terapia intensiva è un indicatore di qualità dell'assistenza: la quota di pazienti cui vengono applicati mezzi di contenzione a scopo precauzionale riflette un modello organizzativo dove questa pratica è utilizzata come prima soluzione per garantire la sicurezza dei pazienti. Per questo occorre ripensare all'utilizzo della contenzione fisica come ultima alternativa quando altre strategie meno restrittive si siano dimostrate inefficaci o insufficienti allo scopo.

• **Il ruolo dell'infermiere di Sala Operatoria (SO) cardiocirurgica nella gestione della riapertura post operatoria in emergenza/urgenza**

Federica Ceccotti, Fatima Cappelletti, Debora Lucetti, Patrizia De Angeli, Rossana Vinciguerra, Sara Legname, Miria Affanni, Catiuscia Rocchi, Stefania Baratta - Fondazione Gabriele Monasterio federica.ceccotti@ftgm.it

Premessa: secondo la letteratura, le riaperture per sanguinamento post cardiocirurgiche adulto sono in media il 4% e sono correlate ad un'incidenza di mortalità più alta rispetto al resto. Il paziente pediatrico è più complesso con alta incidenza di ripetuti interventi che prevedono vari step per completamento del trattamento della patologia, aumentando il rischio sanguinamento.

Scopo: controllare e revisionare la procedura aziendale per l'assistenza infermieristica nella riapertura d'emergenza fuori della SO.

Metodo: gruppo di lavoro: infermiere SO, Cardiocirurghi, Perfusionisti. Raccolta dati (studio retrospettivo) per stimare il numero di riaperture dagli anni 2013-2016. Ricontrollare i carrelli d'emergenza per riapertura presenti nei reparti a rischio. Revisionare le competenze infermieristiche.

Risultati: dal 1/1/2013 al 31/12/2016 sono stati svolti 4529 interventi adulti. 157 pazienti (3.4%) sono stati riaperti per sanguinamento, di cui 6 in Cure Intensive e altri 6 in Emodinamica per vari motivi (7.6% totale riaperture). Per l'attività pediatrica nello stesso periodo sono stati operati 1037 pazienti (dall'età neonatale al grown up congenital heart); 75 (7.2%) sono stati riaperti per sanguinamento e altri motivi di cui 38 in Cure Intensive e 2 in Emodinamica (53.3% totale riaperture). Esaminando le procedure in uso è emersa una differenza di atteggiamento tra i vari reparti fuori dalla SO (diversi carrelli, apparecchiature ed istruzioni operative). È stato quindi deciso di creare un'unico documento. I carrelli di riapertura sono stati uniformati tra i reparti ed i contenuti distinti per adulto e pediatrico; ne è stato creato uno ex novo per la degenza adulti, in quanto il reparto ha subito un trasferimento di sede più distante dalla precedente locazione.

Discussione: l'infermiere della SO svolge un ruolo fondamentale per una buona gestione e esito di questo tipologia d'urgenza. Il personale dei reparti non sono esperti nella gestione di un intervento chirurgico. È importante avere una squadra addestrata e formata, capace di gestire e coordinare l'attività in situazioni di stress e criticità; per questo è necessario che l'infermiere di SO svolga attività di tutoraggio.

Conclusione: la nuova procedura è in fase di completamento e sarà condivisa con tutta l'equipe. Un'analisi più approfondita è in svolgimento per esaminare i motivi di riapertura fuori SO, la tipologia dei pazienti coinvolti, l'outcome per capire nel futuro se c'è un miglioramento post introduzione.

• **Mappatura delle competenze avanzate dell'infermiere di area critica: ricerca qualitativa tra due contesti di Terapia Intensiva**

Marina Mori, Valentina Barbui - Azienda Ospedaliera Maggiore di Parma morimarina92@gmail.com

Introduzione: oggi in Italia, lo sviluppo ed il potenziamento delle competenze infermieristiche sta permettendo un graduale miglioramen-

to del servizio sanitario del paese, della qualità delle prestazioni offerte dai professionisti della salute e del benessere sociale. La professione infermieristica, in risposta alle esigenze di salute dei cittadini, alla necessità di ottenere un' autonomia professionale e decisionale ha implementato le proprie conoscenze, ha acquisito nuove e numerose abilità, e responsabilità nello svolgere la propria professione. Attualmente, la presenza di infermieri che hanno seguito percorsi formativi post-base, con la conseguente acquisizione di conoscenze cliniche avanzate e specializzazioni, ha reso indispensabile la presenza di mappature di competenze per ogni specialità.

Obiettivi: ottenere una mappatura delle competenze dell'infermiere operante in area critica ed in particolare modo in terapia intensiva; chiarire se questa mappatura possa essere utile nel contesto lavorativo, formativo e per creare una scala di valutazione propria per questa specifica area.

Metodo: l'indagine è stata eseguita tramite un confronto la Terapia Intensiva del Lebanon Heart Hospital di Tripoli in Libano, la Terapia Intensiva dell'Azienda Ospedaliera di Parma in Italia. Sono state condotte delle interviste, costruite sul modello di Levati per la mappatura delle competenze, che hanno coinvolto in base agli organigrammi infermieri, medici, OSS, coordinatori infermieristici, RAD e coordinatori dipartimentali, di entrambi i contesti.

Risultati: i dati emersi hanno permesso di ottenere un importante elenco di capacità, abilità, competenze, caratteristiche caratteriali e attività proprie dell'infermiere di terapia intensiva. Gli infermieri italiani e libanesi appaiono preparati dal punto di vista tecnico e con desiderio di miglioramento tramite specializzazioni, master e corsi abilitanti a manovre sanitarie avanzate; dagli infermieri intervistati si può cogliere un forte desiderio di miglioramento professionale.

Conclusioni: al termine del lavoro di ricerca, è stato creato un portfolio delle competenze tecniche, relazionali, cognitive e professionali di un infermiere di terapia intensiva "ideale". Questo può essere utilizzato come sistema di autovalutazione o di valutazione di chi opera in area

critica. La figura infermieristica possiede un elevato potenziale e grandi prospettive di miglioramento professionale, se maggiormente preso in considerazione dal sistema sanitario.

• **La "posizione del loto" nella gestione delle crisi neurovegetative: un'analisi a partire dalla pratica clinica nella Terapia Intensiva Neurochirurgica di Verona**

Silvia Vincenzi, Alice Allegrini, Francesco Farimbelli, Stefania Leoni - Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

silvia.vincenzi@univr.it

Introduzione: le crisi neurovegetative comportano l'attivazione del sistema nervoso autonomo, nel periodo che segue un trauma. E' una reazione fisiologica caratterizzata da tachicardia, incremento della pressione arteriosa e redistribuzione del circolo verso il sistema nervoso centrale per assicurare un adeguato apporto di ossigeno e garantire le funzioni vitali. Si esprimono con iperattività motoria, posture patologiche in decorticazione o in decerebrazione, distonie, spasticità e rigidità. Il trattamento farmacologico è finalizzato a trattare i segni e i sintomi e ridurre gli eventi avversi associati alle crisi, mentre attualmente non esistono studi su interventi non farmacologici alternativi o complementari.

Obiettivo: descrivere, a partire dalla pratica clinica, l'utilizzo della "posizione del loto" come intervento di gestione non farmacologica delle crisi neurovegetative. Lo yoga sposta l'equilibrio dal sistema nervoso simpatico al sistema nervoso parasimpatico. La "posizione del Loto" ha notevoli benefici fisici: il torace si allarga e viene favorita una respirazione ampia e profonda, viene applicata una pressione alla spina dorsale inferiore, sede d'origine delle fibre nervose parasimpatiche, agevolando il rilassamento. Nella nostra Unità Operativa nella gestione non farmacologica delle crisi neurovegetative viene adottata la "posizione del loto" derivante dalla pratica yogica, con la finalità di risolvere lo schema corporeo stereotipato. Tale pratica è stata introdotta su indicazione dei tecnici della riabilitazione.

Discussione: la gestione delle crisi neurovege-

tative nei pazienti con danno assonale diffuso risulta ancor oggi un ambito poco conosciuto. Nel momento di comparsa della crisi neurovegetativa, in associazione al trattamento farmacologico si può ipotizzare l'utilizzo di tecniche complementari come lo yoga ed in particolare l'adozione della "posizione del loto". A partire dalla nostra esperienza clinica tale pratica assistenziale nella gestione delle crisi neurovegetative, qualora tollerata dal paziente, sembra generare un rilassamento con riduzione e/o risoluzione della sintomatologia.

Conclusioni: nella gestione non farmacologica le ipotesi rimangono aperte e le scelte affidate all'esperienza degli infermieri e fisioterapisti coinvolti nell'assistenza diretta di questi pazienti. Sono auspicabili ulteriori indagini e approfondimenti rispetto a questa tematica.

• Visiting Policies

Antonio Ciabrone, Santo Angotti - Az. Osp. Pugliese-Ciaccio
antoniociam@libero.it

L'accompagnamento e la visita dei familiari in Terapia Intensiva (TI) implica una presa in carica del paziente, non solo come individuo isolato e corpo da curare, ma come persona con le sue relazioni significative. I dati suggeriscono che la promozione dell'accesso alla TI per familiari e visitatori non solo non è pericolosa per i pazienti, ma anzi è benefica sia per loro sia per le famiglie, non causa un aumento delle infezioni, riduce in modo significativo gli anxiety score, presenta indici ormonali di stress più bassi.

Per molti medici e infermieri l'espressione "TI aperta" rappresenta una condizione irrealistica. Le TI sono state reparti "chiusi" dove l'accesso di familiari e visitatori era considerato sfavorevole e molto limitato, ciò motivato da timori riguardo il rischio di infezioni, interferenza con le cure al paziente, aumento dello stress per pazienti e familiari e violazione della confidenzialità delle informazioni. Accanto alla sofferenza del paziente c'è anche quella dei familiari; dopo 3-5 gg dal ricovero, una percentuale elevata dei familiari presenta sintomi di stress traumatico 57%, ansia

80% e depressione 70%. Il rispetto della segretezza delle informazioni non è compromesso dalla presenza dei familiari e dei visitatori. È opportuno che a tutti i colloqui con i familiari e alla comunicazione dei dati clinici, alla presentazione delle valutazioni prognostiche e delle scelte terapeutiche, siano dedicati tutto il tempo necessario, ma anche modalità adeguate e luogo adatto. Ai pazienti ricoverati seppur incapaci di esprimere la propria volontà, dovrà essere garantita l'esigenza di mantenere relazioni con i familiari. La scelta della TI aperta diventa necessaria perché non solo risponde in modo pieno ai bisogni dell'altro, ma perché esprime in modo adeguato la considerazione e il rispetto per la vita e il benessere dell'altro. Occorre considerare l'apertura anche sul piano fisico e relazionale. Al piano fisico appartengono le barriere che vengono proposte o imposte al visitatore. A quello relazionale appartengono tutte le espressioni di una comunicazione compressa o inefficace. Ai familiari e ai visitatori si dovrà chiedere di avere la massima attenzione, di rispettare alcune norme igieniche, di sicurezza e gestionali, garantire all'equipe tempi e spazi propri. Il personale sanitario deve ricevere un'adeguata e aggiornata formazione per salvaguardare aspetti di cruciale importanza: igiene, sicurezza e privacy del malato durante lo svolgimento delle visite, gestire la comunicazione, i conflitti ed acquisire la capacità di comprendere i bisogni dei familiari.

• Mucosa orale compromessa correlata a radioterapia e/o chemioterapia concomitante: risultati dell'impiego topico di un polydeoxyribonucleotide

Serenella Panzolini, Serenella Fiorucci, Daniela Pierini, Marina Mancini, Maria Stella Merolla, Anna Podlesko, Simonetta Saldi, Valentina Lancelotta, Nicola Ramacciati, Cynthia Aristei - Azienda Ospedaliera di Perugia
Nicola.ramacciati@ospedale.perugia.it

Introduzione: tra i problemi di salute presentati dai propri assistiti, l'infermiere di Radioterapia oncologica frequentemente diagnostica e tratta condizioni di "Mucosa orale compromessa

correlata a radioterapia (RT) e/o chemioterapia concomitante”(Codice NANDA-I: 00045).¹ Questa affezione della cavità orale si presenta nel 97% degli assistiti affetti da tumore della testa e del collo e rappresenta un comune effetto avverso della RT ma, nonostante l’impiego per la sua prevenzione o gestione di agenti corticosteroidi, lidocaina e vitamine, i risultati non sono ottimali. Riportiamo gli effetti dell’applicazione locale (Codice NIC: 2316)² di un prodotto a base di acido deossiribonucleico naturale altamente purificato, estratto da gonadi di storione (Sarnaryn® spray), su tre casi di persone con tumore testa/collo affette da mucosite orale da moderata a grave, con piano assistenziale “Livello del dolore”: da Grave o Sostanziale a Moderato, Lieve o Nessuno; e “Integrità tissutale:cute e mucose”: da Estremamente o Sostanzialmente compromessa a Moderatamente, Lievemente o Non compromessa (Codice NOC: 2102 e 1101)³.

Descrizione del caso: tre pazienti sottoposti a RT e/o a chemioterapia con mucosite orale di grado 3 hanno ricevuto un trattamento topico con spray orale a base di PDRN. Trattamento continuato per un mese dopo la fine della RT. Nessun paziente ha riportato reazioni allergiche. RT e chemioterapia non sono state interrotte e non si sono presentate “complicanze potenziali” e quindi “Problema collaborativo: analgesia con terapia oppioide”. I risultati infermieristici attesi sono stati raggiunti: la sintomatologia dolorosa è stata alleviata circa 2-3 giorni dopo l’inizio della somministrazione topica e la mucosite orale è stata ridotta a G2 entro una settimana.

Conclusioni: lo spray a base di PDRN presenta risultati incoraggianti che suggeriscono uno studio di efficacia più approfondito su un campione più grande di assistiti con diagnosi infermieristica: “Mucosa orale compromessa correlata a radioterapia e/o chemioterapia concomitante”.

Bibliografia

1. HERDMAN TH, KAMITSURU S. (a cura di). (2014). *NANDA International Diagnosi infermieristiche: Definizioni e Classificazione, 2015-2017*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
2. BULECHEK G, BUTCHER H, DOCHETERMAN J, WAGNER C. (a cura di). (2014) *Classificazione NIC degli In-*

terventi Infermieristici. Edizione 2013. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.

3. MOORHEAD S, JOHNSON M, MAAS ML, SWANSON E. (a cura di). (2014) *Classificazione NOC dei risultati Infermieristici*. Edizione 2013. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.

• **Morire con dignità: studio fenomenologico in un setting di area critica**

Lucia Dignani, Alice Chiarello, Susi Girotti, Cristina Sansò, Andrea Tocaceli, Carla Lucertini – Az. Osp. Univers. Ospedali Riuniti di Ancona
 luciadignani@yahoo.it

Introduzione: la tutela della dignità umana nel fine-vita rappresenta un importante obiettivo nella pratica clinico-assistenziale. La perdita dell’autonomia, il senso di impotenza, i sintomi della patologia e l’ambiente circostante contribuiscono a minare la dignità del morente. La conoscenza dei fattori critici e dei punti di forza nell’assistenza al morente può supportare le strategie organizzative volte al miglioramento e al cambiamento in ambito assistenziale nel fine-vita.

Obiettivo: comprendere il significato attribuito al concetto di dignità umana nel fine-vita dal personale infermieristico di area critica.

Materiali e metodi: è stato condotto uno studio fenomenologico descrittivo, nel 2016. La ricerca ha coinvolto gli infermieri di area critica di un’azienda ospedaliera marchigiana, con diverso grado di esperienza nell’assistenza a persone nel fine-vita. Il campionamento, avvenuto secondo una modalità di convenienza, si è protratto fino a saturazione dei dati. La raccolta dati è avvenuta attraverso interviste “face to face”, attraverso interviste di tipo non strutturato. L’analisi delle interviste è stata condotta attraverso il metodo Colaizzi.

Risultati: sono stati arruolati 17 infermieri. Il campione era prevalentemente femminile (70.6%), con un’età media di 33.6 (DS 4.5), e un’esperienza media nella UO di appartenenza di 9.5 (DS 53.8) anni. Dalle interviste sono emersi 11 temi, raggruppati in 6 categorie: rispetto, gestione dei sintomi, supporto al familiare, relazio-

ne, ambiente, disagio morale.

Il tema che emerge con più forza è quello della gestione dei sintomi, soprattutto del dolore, attraverso un adeguato supporto farmacologico. Risulta importante anche la predisposizione di spazi che consentano al morente di mantenere la propria privacy e di circondarsi delle persone significative.

Riguardo al tema del rispetto emerge come l'infermiere consideri di prioritaria importanza il rispetto della volontà dell'assistito e il coinvolgimento attivo della famiglia nelle ultime fasi della vita del morente, in quanto fonte di supporto emotivo e fisico. Infine si è evidenziato il tema del disagio morale, per il senso di impotenza di fronte alla morte, e per le cure eccessive inutili che talvolta vengono erogate.

Conclusioni: lo studio ha evidenziato come il concetto di assistenza dignitosa nel fine vita sia multidimensionale e profondamente connesso al rispetto per la persona e alla gestione dei sintomi. Sono emerse 6 categorie principali, e sono state messe in luce aree critiche suscettibili di miglioramento e di intervento infermieristico.

• Nurses' self efficacy: studio osservazionale in un setting di area critica

Lucia Dignani, Michele Berdini, Susi Girotti, Cristina Sansò, Carla Lucertini, Andrea Toccaceli – Az. Osp.Univers. Ospedali Riuniti di Ancona
 luciadignani@yahoo.it

Introduzione: la self-efficacy (SE) si riferisce alla fiducia di una persona nella propria capacità di ottenere gli effetti desiderati attraverso le proprie azioni. Più la SE è elevata, migliore è la performance e maggiore è la probabilità che lo svolgimento di determinate attività conduca ad outcomes positivi.

Obiettivo: indagare il livello di SE percepito dagli infermieri di area critica.

Materiali e metodi: è stato condotto uno studio osservazionale descrittivo, nel 2016, che ha coinvolto gli infermieri di 4 Unità Operative di area critica di un'azienda ospedaliera marchigiana. È stato costruito ad hoc un questionario composto da una sezione per la rilevazione del-

le variabili socio-demografiche, una per la valutazione dei livelli di SE percepita, divisa in 4 aree: autoefficacia relazionale, efficacia collettiva percepita, capacità di risoluzione dei problemi, gestione delle situazioni di emergenza.

Risultati: response rate: 81%. Campione (n=115). Hanno partecipato allo studio 115 infermieri (response rate: 81%): 73.8% donne; età media 37 anni (DS 7.9); servizio medio di 12.7 anni (DS 7.8). Gli infermieri hanno ottenuto punteggi più alti negli items della quarta area, riguardanti la gestione delle situazioni emergenza.

L'analisi inferenziale ha mostrato i seguenti risultati generali:

1. L'età anagrafica, gli anni di servizio e l'esperienza nel reparto di appartenenza influenzano la quarta area "Situazioni di Emergenza" ($p=0,045$; $p=0,022$; $p=0,021$).
2. L'appartenenza alle unità operative influenza le aree "Autoefficacia Relazionale" ($p=0,020$); "Efficacia Collettiva Percepita" ($p=0,008$) e "Situazioni di Emergenza" ($p=0,031$).

Per gli specifici items la SE è influenzata principalmente da:

1. Gli anni complessivi di servizio rispetto alla capacità di "Intervenire in un arresto cardiopolmonare" in assenza di un medico ($p=0,046$); "Lavorare efficacemente all'interno di una équipe" ($p=0,035$); "Gestire situazioni di emergenza con colleghi meno esperti" ($p=0,019$).
2. Gli anni di servizio in una unità operativa rispetto alla capacità di "Rispondere in maniera esaustiva alle perplessità espresse dai pazienti/familiari circa il percorso terapeutico" ($p=0,013$); di "Trattare una improvvisa crisi comiziale" in assenza di un medico ($p=0,010$) o in presenza di un infermiere meno esperto ($p=0,005$) di "Gestire un paziente con reazione anafilattica grave" in presenza di un infermiere meno esperto ($p=0,004$).

Conclusioni: lo studio ha valutato la SE in area critica, evidenziando possibili aree suscettibili di interventi di miglioramento.

- **Prendersi cura dei pazienti sottoposti a trapianto di cellule staminali emopoietiche quando la situazione dei germi sfugge di mano; indagine nazionale della sezione infermieristica GITMO sulle procedure correlate all'assistenza di pazienti colonizzati/infetti da germi multiresistenti**

Iris Agreiter, Laura Orlando, Stefano Botti, Valentina De Cecco, Emanuela Samarani, Sonia Soave, Angela Lina Trunfio, Letizia Galgano, Margherita Venturini, Alberto Castagna, Annarita Pesce, Antonio Magarò, Marco Cioce, Marta Canesi, Cristina Mentone, Diana Cerne, Gianpaolo Gargiulo - Ematologia e Centro Trapianti, Ospedale Regionale San Maurizio, Bolzano
iris.agreiter@sabes.it

Introduzione e obiettivo: uno degli scopi della sezione infermieristica del Gruppo Italiano Trapianto Midollo Osseo (GITMO) è quello di identificare le procedure assistenziali quotidiane che potrebbero comportare un rischio per il paziente immunodepresso.

Metodi: dopo una revisione della letteratura è stato costruito un questionario con 72 domande a risposta multipla che è stato inviato ai 100 centri trapianto italiani (CTI). Dal 21 febbraio al 31 marzo 2016, all'infermiere referente di ogni CTI, è stato chiesto di compilare il questionario su piattaforma Google Drive. Il questionario comprende 6 domini principali: igiene delle mani, screening, procedure d'isolamento, sanificazione, collaborazione e comunicazione.

Risultati: hanno risposto al questionario 72 CTI divisi in 50 centri adulti, 14 pediatrici e 8 misti. Quarantotto centri sono composti da centro trapianto e divisione di ematologia in un unico reparto, 24 sono solo centri trapianto. Il primo dominio riguarda l'igiene delle mani e nel 72% dei CTI è disponibile il gel o la soluzione idroalcolica all'ingresso o all'interno della stanza di degenza. Prima di entrare in stanza, il 99% si disinfetta le mani, prima di uscire la disinfezione viene effettuata dal 72% degli intervistati. Il secondo dominio riguarda lo screening: nel 76% dei CTI vengono eseguiti di routine i test microbiologici per la ricerca di germi multiresistenti (GM)

al momento del ricovero. In caso di indagini diagnostiche all'esterno del reparto, il servizio/reparto di destinazione viene avvisato della condizione del paziente nel 92% e il 90% dei CTI fa indossare al paziente i dispositivi di protezione individuale. La stanza del paziente colonizzato/infetto da GM è pulita e disinfettata almeno due volte al giorno nell'87,5% dei casi; nel 92% dei CTI, gli addetti alle pulizie sono sempre gli stessi e alla dimissione di un paziente con GM, il 30% dei CTI usa l'ipoclorito. I controlli periodici dopo gli interventi di pulizia/sanificazione nelle stanze di degenza vengono effettuati nel 57% dei CTI attraverso piastre, conteggio particellare, tamponi. Il 76% dei CTI esegue periodicamente un report epidemiologico e nel 57% dei casi i risultati vengono presentati e discussi all'equipe.

Conclusioni: l'indagine nazionale ci fornisce un quadro della situazione attuale. Diverse procedure potrebbero essere migliorate e standardizzate al fine di indebolire il problema dei GM nei CTI. La figura dell'infermiere svolge un ruolo chiave nella prevenzione delle complicanze infettive nei pazienti immunodepressi.

- **Trattamento del potenziale donatore in morte cerebrale: la gestione infermieristica**

Clara Tornielli, S. Tosi - Centro Coordinamento Donazione e Trapianto Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo Pavia

F. Arca, C. Calabrese, C. Cavaliere, L. Colagiovanni, B. Pastore, A. Quaglio, D. Sciaravel, M. Zedde, L. Zorzoli, M. Zanierato - UOC Anestesia e Rianimazione 1, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo Pavia

clara.tornielli@gmail.com

Introduzione: il potenziale donatore in morte encefalica è oggi un soggetto mediamente anziano multi patologico che, frequentemente, presenta criteri di marginalità. Il percorso diagnostico-terapeutico e assistenziale del donatore in morte encefalica in terapia intensiva è molto più complessa rispetto al passato e sempre più impegnativa; l'infermiere che assiste il donatore deve possedere competenze avanzate e eseguire un aggiornamento frequente rispetto

agli standard emersi dalle evidenze più recenti.

Materiali e metodi: è stata effettuata una revisione di letteratura effettuata attraverso ricerche condotte su Pubmed e Cinahl in merito alle attuali linee guida sul trattamento del potenziale donatore in morte cerebrale.

Risultati: dopo selezione e analisi degli studi selezionati sono emersi gli aspetti peculiari del nursing sul potenziale donatore in morte cerebrale rispetto ai seguenti aspetti: funzionalità emodinamica (PAM 70-100 mmHg, PVC 6-10 mmHg, FE >45%; infusione di vasoattivi al minor dosaggio possibile), funzionalità respiratoria (P/F >300mmHg), bilancio idro elettrolitico (Sodio 135-155 mEq/L; diuresi 1-3 ml/Kg/h), mantenimento della temperatura corporea (> 35°C), supporto endocrino e metabolico.

• **Il disturbo post traumatico da stress nell'equipe d'emergenza: studio osservazionale**

Susi Girotti¹, Francesco Marra², Lucia Dignani¹, Giuseppe Pio Martino³

¹ Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" Ancona - ² Università Politecnica delle Marche - ³ ASUR Marche- Area Vasta 4

susi.girotti@libero.it

Introduzione: il Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD) è un grave disturbo psichiatrico che insorge acutamente in conseguenza dell'esposizione ad eventi stressanti, di gravità estrema, che mettono a repentaglio la propria o altrui incolumità. Negli ultimi anni numerosi autori si sono concentrati sulla salute psichica del personale sanitario; è importante considerare coloro che operano nel setting d'emergenza, poiché, maggiormente esposto ad episodi stressanti durante le ore di servizio, è a rischio di sviluppare problemi di salute legati ad un PTSD.

Obiettivo: misurare il rischio di PTSD del personale medico ed infermieristico di emergenza.

Materiali e metodi: è stato condotto uno studio osservazionale descrittivo, somministrando nel periodo gennaio-febbraio 2016 l'Impact of Event Scale - Revised (IES-R) tradotto in lingua italiana, a infermieri e medici di Pronto Soccorso e 118 di un ospedale della regione Marche.

Il questionario, preceduto da una sezione per la rilevazione delle variabili socio-demografiche, è composto da 22 item che indagano, con 5 opzioni di risposta su scala Likert, la frequenza con cui si sono manifestate determinate situazioni, che caratterizzano le 3 aree di indagine: intrusione, evitazione, ipereccitazione. L'indagine è stata condotta su campione totale. L'analisi dei dati è stata effettuata con statistica descrittiva.

Risultati: hanno partecipato 67 operatori (response rate 95,7%), prevalentemente di genere femminile (56,7%), con età media di 41,1 anni (DS= 9,1). Il 57% degli operatori non ha nessun rischio di sviluppare un PTSD, il 24% ha un rischio lieve, il 9% un rischio moderato, il 10% un rischio alto. Gli aspetti più critici riguardano:

- item n 1 (area intrusione): il 25,4% dichiara di aver avuto molto spesso ricordi che gli hanno fatto provare sentimenti riguardo l'accaduto;
- item n 4 (ipereccitazione): il 28,4% afferma di essersi sentito spesso irritabile ed arrabbiato;
- item n 5 (area evitazione): il 22,4% dichiara di aver spesso evitato di lasciarsi coinvolgere quando ha pensato o gli è stato ricordato dell'accaduto;
- item n 6 (area intrusione): il 18 % afferma aver spesso pensato all'accaduto senza averne l'intenzione.

I risultati sono sovrapponibili nei due sottogruppi.

Conclusioni: il monitoraggio costante del rischio di PTSD e l'attuazione di interventi di prevenzione, permettono di intervenire precocemente sul fenomeno.

• **Nursing sul neonato sottoposto a dialisi peritoneale come trattamento salvavita. Revisione della letteratura**

Maria Vittoria De Girolamo - Terapia Intensiva Pediatrica e Trauma Center, Policlinico Universitario A.Gemelli, Roma
de_girolamo_mv@inwind.it

Introduzione: la dialisi peritoneale è un processo chimico-fisico che, sostituendo la funzionalità renale, rappresenta l'unica tecnica terapeutica per il paziente in IRA quando insorge in neonati e lattanti. Il nursing sul neonato sotto-

posto a dialisi peritoneale comporta delle conoscenze da parte dell'infermiere che riguardano non solo l'applicazione e la gestione della dialisi stessa che va da un attento monitoraggio del catetere di Tenkhoff, al controllo delle sacche e dei circuiti di dialisi, ma anche il monitoraggio fino alla prevenzione delle complicanze infettive.

La revisione della letteratura ha dimostrato che la dialisi peritoneale rappresenta il trattamento d'elezione sugli stati di IRA sviluppata sui neonati (evento di per se raro), conseguente a malformazioni congenite, intossicazione da farmaci o veleni, infezioni, complicanze di interventi di chirurgia maggiore o sindrome emolitico-uremica. Di fronte a situazioni di questo tipo la dialisi peritoneale sopperisce alla funzione renale venuta meno, di stabilizzando il piccolo da un punto di vista generale, permettendogli di crescere adeguatamente per arrivare a trapianto renale.

Obiettivo: conoscere i diversi strumenti che la letteratura scientifica individua come validi per il Nursing sul neonato sottoposto a dialisi peritoneale.

Materiali e Metodi: la ricerca è stata effettuata su PubMed.

Risultati: la dialisi peritoneale sul neonato in IRA è risultata essere ben tollerata, non richiede né l'uso di anticoagulanti né l'utilizzo di un accesso vascolare centrale, garantendo una crescita fino agli 8-10 kg che lo predispongono al trapianto di rene. Il follow-up su alcuni neonati sottoposti a dialisi peritoneale e dopo trapianto ha dimostrato un adeguato accrescimento psico-motorio.

Discussioni: dal lavoro di revisione sono state tuttavia riscontrate delle limitazioni; essendo i volumi di carico molto piccoli (40-60 ml) e non esistendo macchine da dialisi peritoneale in grado di gestire correttamente volumi di carico e scarico così esigui, la dialisi peritoneale viene effettuata in maniera manuale con metodi empirici risultati efficaci.

Conclusioni: la revisione ha permesso di evincere che la dialisi peritoneale è un trattamento valido come salvavita per questi piccoli pazienti. Per il futuro si propone di avviare un'indagine

all'interno dei centri intensivi che adottano la dialisi peritoneale dislocate sul territorio nazionale, per condividere e confrontare il nursing e per osservare il follow-up a lungo termine, testando l'efficacia del Nursing e lo sviluppo.

• **La presa in carico infermieristica del paziente pediatrico in triage**

Ilaria Bergese, Claudia Bosio, Arianna Mezzano, Federica Leonessa, Carmela Arbucci, Giada Actis Caporale - Città della salute e della scienza
 ilariabergese@yahoo.it

Background: il sovraffollamento e i lunghi tempi di attesa per i pazienti con codice di bassa priorità sono problemi che affliggono i Dipartimenti di di Emergenza/Urgenza anche in ambito pediatrico. Oltre all'attesa post triage per accedere alla visita medica, il paziente potrebbe essere sottoposto a procedure diagnostico-terapeutiche, le quali prevedono un ulteriore tempo di attesa prima di poter decidere in merito alla dimissibilità o meno. In letteratura sono descritte diverse strategie per permettere di contrarre i tempi di attesa e per accelerare il percorso del paziente. See and treat, Fast Track, Minor Injuries Stream, trattamento post triage/triage avanzato sono alcuni degli strumenti clinico/assistenziali adottati per contenere i tempi di permanenza nei servizi di Urgenza.

Materiali e metodi: all'interno del Pronto Soccorso Pediatrico dell'Osp. Inf. Regina Margherita di Torino il gruppo di lavoro ha individuato le prestazioni clinico assistenziali che prevedono un aumento dei tempi di permanenza nel Pronto Soccorso post visita già prevedibili in sede di triage. Sono stati pertanto analizzati i tempi di attesa dei pazienti sottoposti all'esecuzione di ECG, alla raccolta del campione di urine, alla reidratazione per via orale, all'esecuzione del clistere evacuativo e applicazione di anestetico topico per l'esecuzione di prelievo venoso.

Risultati: è stata elaborata un'istruzione operativa di presa in carico infermieristica del paziente in sede di triage con codice di priorità verde o bianco definendo un insieme di procedure diagnostico-terapeutiche per facilitare il percor-

so del paziente e che necessita di eseguire ECG, analisi campione urinario, reidratazione orale, clistere evacuativo e applicazione di anestetico topico per l'esecuzione di prelievo venoso. Sono state elaborate delle schede operative per l'applicazione dell'istruzione oltre che un percorso di formazione per tutti gli operatori.

Conclusioni: il prolungarsi dei tempi di attesa e lo stazionamento nei servizi di Emergenza è fonte di situazioni di conflittualità e tensione tra gli operatori e gli utenti. E' imperativo pertanto adottare strategie per ridurre il rischio di situazioni critiche sia dal punto di vista relazionale che clinico.

• **Monitoraggio della sedazione nei pazienti in ECMO-VV: un labirinto o una strada ben definita?**

Matteo Primavera, Renato Bruno, Domenico Volontè, Stefano Elli, Alberto Lucchini - ASST Monza, Ospedale S.Gerardo
alberto.lucchini@unimib.it

Background: la terapia sedativa ha un ruolo chiave della gestione dell'ARDS grave sia nel facilitare il raggiungimento di un'adeguata ossigenazione e ventilazione che nel migliorare la sincronizzazione paziente-ventilatore.

Obiettivo: analisi del livello di sedazione nei pazienti sottoposti a Venovenous Extracorporeal Membrane Oxygenation Support (VV-ECMO), in relazione ai valori di Bispectral Index (BIS) e Richmond Agitation Sedation Scale (RASS).

Materiali e Metodi: studio osservazionale retrospettivo. Il campione di pazienti è stato raccolto in un periodo compreso tra il 2 gennaio 2015 ed il 16 settembre 2016.

Risultati: per lo studio è stato raccolto un totale di 23 pazienti sottoposti ad ECMO-VV, 14 uomini (61%) 9 donne (39%), con età media del campione di 49 anni e una durata media di giorni di ricovero ECMO di 13.5 (11,05). Le rilevazioni totali registrate sono state 975 in corrispondenza dei valori di RASS e BIS. L'ECMO-VV è stato posizionato per un totale di giornate pari a 311.

La mediana del livello di sedazione ottenuto è stata mediante Fentanyl 100 (IQR 75-100 [5-

150]); Propofol 270 (IQR 200-300; [10-550]); Dexmedetomidina 0.74 (IQR 0.62-0.74 [0.5-0.74]); Midazolam 4 (IQR 4-5 [0.1-8]); Remifentanyl 0.1 (IQR 0.1-0.1 [0.09-0.63]). La mediana BIS è risultata 43 (IQR 38-48; [0-94]); dell'elettromiografia (EMG) 27 (IQR 26-28;[4-72]); suppression ratio (SR) 2 (IQR 0-7; [0-100]); la mediana della RASS -5 (IQR -5 -5; [-5;3]). Un sottogruppo del campione, 16 (69%), è stato sedato mediante gas alogenati (285 rilevazioni), mostrando un maggior grado di sedazione: BIS 40.65 (87.49) con alogenato vs 44.31 (10.11) senza alogenato, [p 0.0001].

La mediana della RASS si configura pari a -4.82 (0.5), in presenza di alogenato, contro il -4.88 (0.7) senza (p 0.266). La mediana del BIS in ventilazione controllata è di 43.09 (9.35) risultando minore rispetto a quella in ventilazione assistita 57.71(18.39), entrambe con Tidal Volume protettivo.

• **L'importanza del monitoraggio invasivo durante la connessione ad ECMO veno-venoso**

Alberto Lucchini, Mariangela Tommaselli, Roberto Fumagalli, Giuseppe Foti - ASST Monza, Ospedale S.Gerardo
alberto.lucchini@unimib.it

Obiettivo: analizzare i parametri vitali emodinamici e respiratori durante la connessione ad Extracorporeal Membrane Oxigenation Venovenous (ECMO V-V).

Materiali e metodi: studio osservazionale retrospettivo su pazienti sottoposti ad ECMO V-V, incannulati presso la Rianimazione Generale dell'Ospedale San Gerardo di Monza nel periodo compreso tra aprile 2011 e febbraio 2016. Sono stati arruolati 16 pazienti, di questi ne sono stati analizzati 12.

Risultati: sono stati analizzati i primi 20 minuti a partire dal momento della connessione ad ECMO V-V in quanto i cambiamenti del setting ventilatorio avvengono nei primi minuti in contemporanea al variare del flusso ECMO. E' stato adottato un protocollo di connessione basato sui seguenti punti: raggiungimento del target di Blood Flow lento (5-10 minuti); mantenimento del valore di pressioni medie nelle vie aeree;

riduzione progressiva della frequenza respiratoria (RR) e del volume tidale espirato (Tve) a parità di volume minuto espirato (Mve); utilizzo del monitoraggio della CO₂ di fine espirazione (ETCO₂) come guida alla connessione.

Risultati: Alcuni parametri incrementano in maniera significativa nei primi minuti di connessione (saturazione periferica, SpO₂, saturazione venosa centrale, SvO₂), altri si riducono (Tve, Mve e pressione arteriosa cruenta, ABP), in altri casi non vi è un andamento omogeneo per poter trarre conclusioni (è il caso della frequenza cardiaca, HR, dove i dati sono molto variabili, servirebbe un campione maggiore per analizzare tale parametro). E' interessante notare come la varianza in alcuni parametri cambia molto a seconda dei minuti di connessione, facendo intuire la non omogeneità del campione per quanto riguarda i cambiamenti emodinamici e respiratori in seguito alla connessione ECMO. Nell'analisi di ABPs, ABPd e ABPm abbiamo notato come questo parametro abbia risposto alla connessione variando molto nei primi 20 minuti, pur mantenendo una correlazione tra i tre valori.

Conclusioni: la connessione di un paziente con ARDS ad un sistema ECMO V-V è un momento estremamente delicato che richiede la presenza di infermieri con competenze specialistiche nell'assistenza di pazienti sottoposti ad ECMO. Al fine di evitare variazioni importanti di CO₂, è fondamentale durante la connessione il mantenimento di tutti i monitoraggi, che debbono sempre includere anche l'ETCO₂.

• **Incidenza delle lesioni da pressione in Terapia intensiva: perché la Braden non basta**

Flora Bianchi, Silvia Zucchini, Nicoleta Birleanu, Alberto Lucchini - ASST Monza, Ospedale S.Gerardo alberto.lucchini@unimib.it

Introduzione: le lesioni da pressione (LdP) sono ancora oggi un problema di ardua gestione specialmente per i pazienti ricoverati nelle unità di Terapia Intensiva (TI).

Obiettivo: identificare quali fattori di rischio sono associabili in modo significativo all'insorgenza di lesioni da pressione nei pazienti ricovera-

ti in terapia intensiva e determinare se il punteggio ottenuto dall'applicazione della scala di Braden correla con il rischio effettivo di sviluppo di LdP.

Materiale e metodi: studio osservazione retrospettivo in una terapia intensiva generale.

Risultati: il campione è composto da 122 persone, per il 36% (n=44) costituito da donne e per il 64% (n=78) da uomini, con una età media di 57,2 (18,1) anni e un BMI di 26,6 (5,4); la loro permanenza in ICU è stata in media di 14,2 (13,3) giorni. Per ogni paziente è stata rilevata la scala di Braden compilata all'ingresso pari a 11,75 (2,25), alla dimissione 14,87 (1,87), ed è stata calcolata la Braden media tra tutte le rilevazioni avvenute durante la degenza, con un risultato di 12,59 (1,70). L'incidenza delle Ldp è stata la seguente: sacro 21,3%, occipite 3,3%, talloni 1,6%, rachide 4,9%, gluteo 4,9% e altre sedi 13,9%.

Al fine di identificare quali fossero i fattori di rischio predisponenti per l'insorgenza delle Ldp i pazienti sono stati stratificati in due gruppi: con e senza Ldp. I fattori di rischio statisticamente significativi nel campione analizzato sono risultati essere: degenza media > 5 gg (p=0.0001), Braden media degenza (0.02), Diagnosi ammissione (0.030), Ventilazione invasiva >72 ore (0.048), P/F ingresso (0.03), Pronazione (0.06), PAM ingresso (0.06) e presenza dell'infusione di dobutamina (0.041).

Conclusioni: l'utilizzo della sola scala di Braden al momento dell'ammissione non permette di identificare i pazienti a maggior rischio di sviluppo di Ldp. L'infermiere deve attuare un monitoraggio multi fattoriale che non deve tenere conto delle sole variabili contenute negli items della scala di Braden.

• **Studio osservazionale retrospettivo sull'andamento dell'ossigenazione nei pazienti con insufficienza respiratoria sottoposti a ventilazione non invasiva**

Laura Caiazza, Andrea Melia, Cristina Ceirano, Alberto Lucchini - ASST Monza, Ospedale S.Gerardo alberto.lucchini@unimib.it

Obiettivo: valutare gli effetti sull'ossigenazione nei pazienti con insufficienza respiratoria sot-

toposti a ventilazione non invasiva con casco o maschera.

Metodo: studio osservazionale retrospettivo sui pazienti ricoverati in una Rianimazione Generale, da Maggio 2014 a Giugno 2016, valutando il P/F prima dell'applicazione della NIV con casco o maschera, a un'ora dall'inizio della stessa e dopo 48 ore.

Risultati: nei 176 pazienti arruolati, le modificazioni del valore di P/F si notano già dopo un'ora dall'applicazione della NIV, in quanto il valore medio del P/F pre NIV è di 228,85 (ds 107,106), il P/F medio ad un'ora dalla NIV è 271,49 (ds 122,306), il P/F medio a 48 ore dall'inizio della NIV è 259,80 (ds 116,262). I fattori che influenzano l'applicabilità della NIV per cicli maggiori di 12 ore o alla ripetizione di un numero consistente di cicli, sono risultati: l'età ($p=0,002$), il peso ($p=0,006$), e l'IMC ($p=0,019$ per i cicli totali di casco e $p=0,002$ per i cicli totali di NIV). Invece, per quanto riguarda la tolleranza non si hanno differenze significative di P/F nei tre momenti in cui è stato rilevato tra i pazienti intolleranti e i complianti.

Conclusioni: lo studio ha visto come la tolleranza non sia il principale parametro che influenza l'applicabilità, in termini di tempo e numero di cicli, della NIV. Maggiore importanza, infatti, è data alla variazione del P/F durante tutte le fasi del trattamento. Resta comunque rilevante la tolleranza al presidio, dove il comfort, aumentato dall'applicazione dell'Helmet Bundle, ha un ruolo fondamentale. Si è, inoltre, osservato come la precocità dell'intervento sia indispensabile per la buona riuscita della terapia e in quest'ottica la figura infermieristica è essenziale nel monitoraggio del malato, sia intercettando precocemente chi potrebbe necessitare della NIV, sia monitorando attentamente il paziente che sta effettuando questa terapia.

• **Utilizzo della pupillometria elettronica in una terapia intensiva polivalente**

Flavio Gheri, Eduard Stoia, Sonia Valpondi, Alberto Lucchini - ASST Monza, Ospedale S. Gerardo
alberto.lucchini@unimib.it

Introduzione: la sedo-analgesia in terapia intensiva

è diventata parte integrante dell'impegno a cura dei pazienti.

Obiettivo: obiettivo primario dell'indagine, è stato quello di confrontare due metodiche di valutazione del grado di sedazione, quali BIS (Bispectral Index Scale) e pupillometro.

Materiale e metodi: studio osservazionale prospettico in una terapia intensiva generale.

Risultati: nel periodo di osservazione sono stati reclutati un totale di 13 pazienti, di cui 3 di sesso femminile (23,1%) e 10 di sesso maschile (76,9%). Il campione in esame presenta una media di 58 anni \pm 8,66. Nel periodo di osservazione sono state eseguite 287 rilevazioni attraverso l'utilizzo del pupillometro. È stato rilevato un diametro pupillare medio di 3.0 mm (\pm 0.95).

Contemporaneamente alla rilevazione del diametro delle pupille sono stati registrati anche i valori del BIS ottenendo un valore medio di 41.28 ± 10.09 . nel campione analizzato, un valore di Bis determinante uno stato di sedazione ottimale, non corrisponde un valore di diametro pupillare che possa indicare con precisione il grado di sedazione adeguata del paziente ($p=0.156$).

La correlazione effettuata tra la media del diametro pupillare e il dosaggio del fentanyl in infusione continua non ha prodotto valori statisticamente significativi ($p= - 0.113$) escludendo che vi sia un'effettiva influenza del farmaco di natura oppiacea con la reazione del diametro delle pupille.

Conclusioni: la correlazione tra valore del Bis e reazione della pupilla ha sottolineato come questa non possa, allo stato attuale essere considerato come un parametro per valutare lo stato di sedazione del paziente critico.

• **Il ruolo decisionale dell'infermiere nella gestione della ventilazione meccanica: un confronto tra la realtà italiana e quella spagnola**

Alessandro Galazzi, K. Kilim, M. Boscarino, I. Adami - IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

alessandro.galazzi@policlinico.mi.it

Introduzione: la gestione ottimale della venti-

lazione meccanica e dello svezzamento richiede un processo decisionale dinamico e collaborativo per ridurre al minimo le complicanze ed evitare ritardi nell'estubazione. In assenza di collaborazione il processo di ventilazione può essere frammentato, incoerente e ritardato con un aumento della mortalità. Gli esiti dello svezzamento e della durata della ventilazione meccanica sono positivamente influenzati dalla crescente partecipazione degli infermieri.

Obiettivo: comprendere il ruolo decisionale dell'infermiere nella gestione della ventilazione meccanica confrontando la realtà italiana con quella spagnola.

Materiali e metodi: studio descrittivo, trasversale, multicentrico, effettuato tramite la somministrazione di un questionario validato (Survey of Mechanical Ventilation and Weaning Role Responsibilities) agli infermieri di otto terapie intensive, italiane e spagnole, a conduzione sia universitaria che ospedaliera.

Risultati: sono stati compilati 114 questionari. La percezione della responsabilità infermieristica nella ventilazione meccanica risulta maggiore nella realtà spagnola dove gli infermieri la percepiscono come un processo collaborativo (52%), mentre in Italia come una responsabilità principalmente del medico (69%). La collaborazione è più sentita negli ospedali a gestione universitaria rispetto a quelli a gestione ospedaliera.

Conclusioni: la responsabilità decisionale dell'infermiere durante la ventilazione meccanica varia a seconda della tipologia di attività, nonostante ciò il suo ruolo sia in Spagna che in Italia non è ancora elevato.

Parole chiave: terapia intensiva, ventilazione meccanica, infermiere, Italia, Spagna

• **Studio prospettico sulla qualità del sonno del paziente sottoposto ad intervento neurochirurgico**

*Matteo Danielis, Deborah Di Zanutto, Renzo Moreale, Alvisa Palese – Az.San.Univ. Integrata di Udine
danielis.matteo@gmail.com*

Background: la deprivazione del sonno può

determinare una riduzione del benessere generale, aumentare l'incidenza di delirium, ridurre la funzionalità muscolare, accrescere stress e ansia e prolungare il ritorno alla guarigione. Se da un lato diverse ricerche hanno documentato una riduzione in qualità e quantità del sonno in diverse realtà e specificità clinico-assistenziali, nessun dato è invece emerso rispetto ai pazienti con patologia neurochirurgica sottoposti ad intervento.

Obiettivi: esplorare il vissuto dei pazienti durante le notti in neurochirurgia e terapia intensiva, indagando i fattori che principalmente possono essere causa di deprivazione di sonno.

Materiali e metodi: studio longitudinale prospettico su un campione di pazienti sottoposti ad intervento neurochirurgico e ricoverati nel reparto di neurochirurgia.

Risultati: sono stati intervistati 34 pazienti con una prevalenza del genere maschile (55.9%) e un'età media di 58.5 anni. Nella fase post-operatoria 4 pazienti (11.8%) sono stati trasferiti in terapia intensiva, mentre 30 (88.2%) hanno proseguito il periodo post-operatorio presso la degenza di neurochirurgia. Su una scala da 0 a 4, in cui 4 indica l'eccellenza, i pazienti intervistati hanno riferito una qualità del sonno prima dell'intervento chirurgico di 2.44, mentre nel post-operatorio era mediamente di 1.69 ($p=0.007$), con una durata media di 5.30 ore/notte prima dell'intervento e 4.53 ore/notte nel post ($p=0.007$).

L'elemento che maggiormente è stato causa di disturbo per il sonno nella fase preoperatoria era la presenza di pensieri e preoccupazioni (11/34; 32.4%), seguita dal rumore (9/34; 26.5%), dalla presenza di altri pazienti (8/34; 23.5%) e dalle attività infermieristiche (6/34; 17.6%); nel post-operatorio, in primis il rumore (14/32; 43.7%), seguito dalla presenza di altri pazienti (9/32; 28.1%), pensieri e preoccupazioni (7/32; 21.9%), dolore (6/32; 18.7%) e attività infermieristiche (6/32; 18.7%). Inoltre, è emerso che i pazienti avevano pensieri con tratti principalmente negativi nel pre-operatorio, più positivi e legati alla speranza ed agli affetti nel post.

Conclusioni: i dati suggeriscono la necessità di

sviluppare interventi per la promozione della qualità e quantità di sonno per i pazienti sottoposti ad intervento neurochirurgico, in modo particolare finalizzati alla riduzione del rumore e dei disturbi ambientali. Sarebbe oltretutto auspicabile prediligere luoghi di degenza con basso numero di pazienti, per favorire il comfort e la privacy, ed incentivare la presenza dei parenti anche durante le ore notturne.

- **Pediatric Alarm: un sistema di monitoraggio del paziente pediatrico degente**

Fabiana Carmen Rollo, Ilaria Bergese - Città della salute e della scienza, Torino
 fc.rollo@libero.it

Introduzione: l'arresto cardiaco nel paziente pediatrico ricoverato è un evento frequentemente prevenibile da un rapido riconoscimento e trattamento del deterioramento dei parametri vitali. L'intercettazione precoce dei segni di peggioramento clinico può evitare il concretizzarsi di condizioni potenzialmente fatali. All'interno del presidio Osp. Infantile Regina Margherita dal 2014 è in uso a tale scopo il Pediatric Alarm. Questo strumento creato "ad hoc" rappresenta la traduzione e adattamento del PEWS (Pediatric Early Warning Score) nato nel mondo anglosassone.

Materiali e Metodi: a seguito di una rivisitazione delle schede di intervento della squadra MET, sono state analizzate quelle compilate a seguito di un intervento da Febbraio al 15 Maggio 2017. Sono state prese in considerazione le variabili genere, età, reparto di appartenenza e problema prioritario di allerta.

Risultati: la squadra MET è stata allertata 69 volte tra Febbraio e Maggio 2017, l'età media dei degenti per i quali è stata allertata la squadra è di 6,5 anni di cui il 37% circa aveva meno di un anno e il 28% tra 1 e 12 anni, il genere è in egual misura rappresentato (35 femmine e 31 maschi); il 49% ossia 33 pazienti erano ricoverati al momento della chiamata, 22 erano in Pronto Soccorso mentre i restanti erano in area diagnostica, centro prelievi o area non sanitaria. Il 48% aveva una compromissione delle vie aeree o un

problema respiratorio, il 16% un problema neurologico seguiti dai traumi (6%). Le unità operative che hanno richiesto con maggiore frequenza l'intervento della squadra sono stati il Pronto Soccorso con 22 chiamate, le pediatrie con 10 chiamate seguite dall'oncologia e centro trapianti con 9 chiamate. In 21 casi la squadra non ha eseguito nessun intervento oltre alla consulenza mentre, poiché i problemi respiratori sono quelli maggiormente rappresentati anche il supporto ventilatorio con ossigeno terapia risulta essere l'intervento prioritario.

Conclusioni: l'arresto cardiaco in età pediatrica degente coinvolge una popolazione tra lo 0,7 e il 3% e nel 90% dei casi è secondario ad uno scompenso respiratorio o emodinamico. Per queste ragioni, possedere uno strumento capace di ridurre i ricoveri in terapia intensiva e la mortalità rappresenta un gold standard nell'assistenza al paziente pediatrico.

- **Strategie di gestione della nutrizione in ospedale: creazione del team nutrizionale**

Oliva Matrona, Francesca Angelelli - Fondazione "A. Gemelli", Roma
 matrona77@libero.it

Contesto: la prevenzione e il trattamento della malnutrizione ospedaliera sono strategie importanti e sottostimate nel tentativo di affrontare i problemi insiti nel mondo sanitario, tra cui la riduzione dei giorni di degenza, la riduzione dei costi per i trattamenti sanitari e ultimo, ma non per questo meno importante, il benessere del paziente. La letteratura sottolinea come la malnutrizione implica l'aumento della degenza del 10-15% in media di 6 giorni.

Negli ospedali i principali ostacoli all'identificazione di una corretta nutrizione clinica per i pazienti, sembrano essere correlati ad alcuni fattori specifici, quali la mancanza di responsabilità chiaramente definite riguardo la gestione della nutrizione clinica, l'insufficiente formazione del personale sanitario sul tema della malnutrizione, la mancanza di informazione e consapevolezza da parte dei pazienti stessi e la scarsa collaborazione e lavoro di equipe.

Obiettivo: la creazione di un Nutrition Team all'interno di un Policlinico romano, nel quale la figura infermieristica assume in campo nutrizionale un'importanza fondamentale. L'infermiere, aggiornato nel campo della nutrizione può fornire informazioni in merito ai modelli alimentari, può rilevare precocemente segni di malnutrizione anche attraverso l'uso di apposite scale.

Materiale e metodi: lo studio si è avvalso di una survey eseguita nello stesso Policlinico, nel 2013 con lo scopo di indagare le attuali politiche dei diversi reparti dell'ospedale e della revisione della letteratura su banche date indicizzate.

Risultati: la letteratura ci insegna come un indice di buona qualità delle cure è la soddisfazione dei pazienti ospedalizzati riguardo all'apporto nutrizionale. Con il team nutrizionale si potrà migliorare l'efficacia degli interventi di NA attraverso l'individuazione del trattamento più idoneo e la riduzione delle complicanze. Le funzioni che esso può svolgere sono molteplici, per esempio la valutazione dello stato nutrizionale, il programma e l'intervento più adatto, la messa a punto di protocolli diagnostici di trattamento, di modulistica per le soluzioni nutrizionali e il monitoraggio dell'applicazione delle linee guida, del funzionamento e dei relativi risultati dell'intervento nutrizionale, al fine di ridurre costi di assistenza e giorni di degenza.

Conclusioni: soltanto superando le resistenze al cambiamento, integrando e migliorando, la collaborazione di tutte le risorse disponibili, che si crea la condizione essenziale per migliorare l'efficacia clinica degli interventi e garantire un ottimale utilizzo delle risorse.

• **La valutazione del ristagno gastrico nel paziente critico**

*Oliva Matriona, Francesca Angelelli - Fondazione "A. Gemelli", Roma
matrona77@libero.it*

Contesto: l'Evidence-Based Nursing nello specifico contesto della nutrizione artificiale non consente un'ampia disponibilità di evidenze prettamente infermieristiche a favore invece della vasta disponibilità degli aspetti medici in

materia, da parte delle maggiori società che si occupano di nutrizione, come la Simpe e l'Espen. Dalla letteratura si evince come l'infermiere nella gestione nutrizionale del paziente rivesta un ruolo chiave; lo stesso management del sondino nasogastrico e orogastrico è di stretta pertinenza e gestione infermieristica.

Obiettivo: lo studio di ricerca è teso a rilevare quanto sia standardizzata e abbia evidenze scientifiche la tecnica di valutazione del ristagno gastrico nel paziente adulto critico in nutrizione enterale tramite sondino nasogastrico o orogastrico.

Materiale e metodi: è stata effettuata una revisione della letteratura sulle maggiori banche date indicizzate considerando anche le linee guida delle maggiori società che si occupano di nutrizione.

Risultati: la valutazione del ristagno gastrico non è standardizzata né di facile interpretazione. La correlazione tra ristagno gastrico elevato, rischio di aspirazione, rischio di polmonite ab ingestis nei pazienti critici ricoverati in terapia intensiva non è basata su evidenze scientifiche. Questa consuetudine comporta un ingente aumento del lavoro infermieristico poiché non è una pratica economica e espone ad un elevato rischio di occlusione del sondino per nutrizione enterale.

Conclusioni: è ben noto come nella maggior parte dei casi, nei pazienti critici la nutrizione enterale è da preferire alla nutrizione parenterale grazie alla sua facilità d'uso, ai costi ridotti e al minor rischio di complicanze settiche catetere correlate. All'interno dei reparti di terapia intensiva vi è quindi la necessità di uniformare il comportamento nella valutazione del ristagno gastrico nel paziente critico adulto in nutrizione enterale, tramite sondino nasogastrico e orogastrico, al fine di evitare continue interruzioni nella somministrazione nutrizionale riducendo un ritardo nel raggiungimento del target calorico.

• **Family-centered care in terapia intensiva e sub-intensiva: empatia o criticità?**

Federico Moggia, Sara Lessi, Valeria Tomassone, Erica Ciussani, Angela Giorgeschi - Ospedali Gal-

liera, Genova
chiccomoggia@gmail.com

Obiettivo: lo scopo di questo studio qualitativo descrittivo è quello di comprendere la divergenza o corrispondenza tra operatori e persone di riferimento nelle terapie intensive e sub-intensive circa i bisogni dei familiari delle persone degenti, eventualmente anche individuare le possibili criticità nella comunicazione con il familiare della persona assistita.

Materiali e Metodi: lo studio di tipo qualitativo descrittivo consiste nell'analisi dei risultati emersi dalla compilazione del CCFNI (Critical Care Family Needs Inventory) da parte di infermieri in servizio presso terapie intensive e post intensive e, in contemporanea, alle persone di riferimento dei degenti nelle stesse strutture.

Risultati: lo studio, ancora in corso, è volto a individuare eventuali discrepanze tra i bisogni delle persone di riferimento e gli infermieri che hanno in carico gli assistiti. Attraverso questo studio, si vuole ricercare lo spunto per l'implementazione delle competenze relazionali richieste nel difficile ambito delle terapie intensive e sub-intensive, alla luce dell'esplorazione dei bisogni reali del familiare, raffrontati con quelli che l'infermiere percepisce come cogenti per gli stessi. Al momento della presentazione dell'abstract, non abbiamo ancora sufficienti dati per poter citare risultati in merito.

Conclusioni: qualora emergessero significative discrepanze tra i bisogni espressi dall'utenza esterna e quelli percepiti dagli infermieri, ciò aprirebbe la strada alla rilevazione di un bisogno formativo per gli infermieri stessi, al fine di favorirli nella comunicazione con i familiari e le persone di riferimento dei propri assistiti e di ridurre i contenziosi legati a problemi di comunicazione tra operatori e utenza, con un probabile impatto positivo sul grado di soddisfazione dell'utenza, anche in vista di una prossima "apertura" dei reparti di terapia intensiva.

Se emergesse invece uniformità tra i bisogni reali e la percezione di essi, si potrebbe concentrare le risorse dedicate a detta "apertura" su altri aspetti strutturali o umani. Si propone, come

prospettiva futura, l'ampliamento dello studio ad altri centri, per ottenere una visione d'insieme più ampia che consenta lo sviluppo di strategie per ottimizzare la gestione di questo aspetto del rapporto infermiere-cittadino.

Parole chiave: terapia intensiva, family-centered care, percezione dei bisogni, comunicazione, customer satisfaction.

• **La donazione multiorgano e tessuti da donatore a cuore fermo (DCD): competenze infermieristiche nella realizzazione e gestione del programma Alba**

Silvana Tosi, L. Colagiovanni, N. Maggi, C. Maraschi, A. Quaglio, D. Sciaravel, C. Torielli, F. Turati, R. Viadana, M. Zedde, M. Zanierato - Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo Pavia
s.tosi@smatteo.pv.it

Introduzione: il Programma di donazione di organi a cuore fermo (Programma Alba) è stato avviato presso la Fondazione San Matteo di Pavia nel 2008; si tratta di un percorso di donazione complesso che prevede competenze specifiche organizzative, gestionali, cliniche e relazionale. Nell'organizzazione e gestione dell'intero programma, l'infermiere, denominato di coordinamento della donazione e prelievo, è una figura indispensabile.

Metodo: nella prima fase di progettazione sono stati valutati i vari aspetti etici, legislativi, organizzativi, le risorse necessarie, sia di personale che di materiale, quindi è stata effettuata la formazione del personale. Il programma operativo prevede una procedura scritta per ogni step del percorso di donazione e la predisposizione dei locali e del materiale specifico. Il ruolo dell'infermiere è fondamentale in molti punti: accertamento della morte con registrazione dell'ECG di 20 minuti (no touch period), predisposizione di profili di prelievi ematici "ad hoc" per verifica dell'idoneità in accordo con i laboratori analisi, assistenza al donatore durante la fase di preservazione degli organi con perfusione normotermia regionale (NRP), relazione d'aiuto e supporto ai familiari, coordinamento delle procedure di prelievo in sala operatoria e attività di report

e ricerca per verificare i risultati e migliorare la qualità e la sicurezza del percorso.

Risultati: dal 2008 a maggio 2017 sono stati reclutati 36 donatori DCD con un'età media di 51 anni, sono stati valutati 56 reni di cui 29 trapiantati e 16 fegati di cui 10 trapiantati. In 2 casi sono stati prelevati e ricondizionati i polmoni, non ritenuti idonei per il trapianto; in tutti i casi vi è stato il prelievo multi tessuto. La presenza costante dell'infermiere con competenza avanzata ha permesso un progressivo e costante aumento dell'attività di donazione a cuore non battente negli ultimi anni.

Conclusioni: questo processo implica il coinvolgimento di varie figure professionali e l'infermiere esperto ha un ruolo fondamentale nella progettazione dell'iter operativo, nella supervisione dell'intero processo, nella gestione clinica e relazionale, nella formazione del personale/strutture coinvolte e nella ricerca per verifica e miglioramento continuo dei risultati.

• **Implementazione e standardizzazione della IAP in Terapia Intensiva con il Metodo Abdo-Pressure**

Andrea Del Grande, Valerio Di Nardo, Mauro Scimmi - Azienda Ospedaliera "Santa Maria" di Terni andreadg1987@gmail.com

Background: la pressione intraddominale (IAP) rappresenta un importante problema clinico nei pazienti ricoverati in terapia intensiva (Malbrain et al, 2004). I pazienti critici in ventilazione meccanica presentano valori maggiori di IAP all'ammissione e devono essere monitorati attentamente, specialmente se sia applicata loro una Pressione positiva di fine espirazione (PEEP), anche quando non abbiano altri apparenti fattori di rischio per l'Ipertensione Intra-Addominale (IAH) (Caridad de Dios & Teddy Osmin, 2012). L'aumento della IAP può determinare una compromissione multiorgano, si correla bene con gli score di gravità e può essere utilizzato come indice predittivo di mortalità intra-ospedaliera (Malbrain, Wyffels, Wilmer, Frans, & Daelemans, 1997). L'attuale indicazione standard sulla metodologia di misurazione della IAP, è quella di

misurarla attraverso il catetere urinario, avvalendosi dei valori della pressione intravesicale (Cirocchi R. et al 2010).

Problema: rilevazione della IAP non standardizzata ricorrendo a tecniche "handmade" con metodi che incidono su:

- qualità della procedura (rischio infezioni urinarie);
- tempi di carico assistenziale (montaggio sacca a pressione, trasduttore, linea di connessione al catetere vescicale);
- economia della struttura (costi dei dispositivi monouso).

Obiettivo: implementare e standardizzare il monitoraggio della IAP nel paziente con patologia addominale tramite l'adozione del sistema abdo-pressione in una terapia intensiva.

Metodi: presentazione del dispositivo agli operatori, raccolta dati relativa all'aderenza degli infermieri alla misurazione con moduli creati ad hoc ed elaborazione dell'istruzione operativa relativa al device.

Risultati: la raccolta dati ha evidenziato un'aderenza degli infermieri alla procedura dell'88%, considerando una frequenza di rilevazione quotidiana minima pari a 6 ore (Cirocchi R. et al 2010).

Conclusioni: l'adozione del sistema abdo-pressione si è dimostrata efficace nell'implementare il monitoraggio della IAP nei pazienti con patologia addominale ricoverati in terapia intensiva. I motivi che sembrano favorire l'utilizzo di tale presidio sembrano essere sia di carattere assistenziale come tempi immediati di rilevazione (circa un minuto), che organizzativi/gestionali come l'assenza di formazione e il basso impatto economico.

Dati i vantaggi dimostrati dal sistema abdo-pressione, tra cui la non necessaria presenza di un monitor, si consiglia di valutarne l'utilizzo anche nel percorso post intensivo, mantenendo il dispositivo nei reparti di degenza.

• **Urgenze ed emergenze sanitarie sul luogo di lavoro: un modello organizzativo**

Chiara Urbani - Centro Diagnostico Italiano
 chiaraurbani88@libero.it

Obiettivo: individuare le criticità che si possono sviluppare nella gestione dell'emergenza-urgenza sanitaria in ambienti lavorativi a rischio intermedio e sviluppare un piano di risposta attraverso l'acquisizione e la gestione di risorse umane e materiali.

Materiali e Metodi: sono state svolte una revisione della letteratura e un'analisi del contesto normativo di riferimento; è stata effettuata inoltre un'analisi dei rischi correlati agli ambienti lavorativi, al fine di individuare i profili di rischio degni di maggiore nota e implementare strategie di risposta mirate. Infine, si sono valutate le strategie aziendali di gestione di un'eventuale emergenza sanitaria.

Risultati: lo studio è volto a individuare eventuali situazioni a rischio e criticità correlate all'organizzazione della risposta sanitaria di primo intervento, fino alla presa in carico da parte del personale del servizio di emergenza territoriale. Attraverso questa analisi, si vuole ricercare lo spunto per l'implementazione del sistema di risposta intra aziendale alle emergenze-urgenze sanitarie, per sviluppare un modello applicabile a qualsiasi contesto lavorativo di tipo aziendale. Al momento della presentazione dell'abstract, non sono ancora disponibili dati a sufficienza per poter citare statistiche definitive.

Conclusioni: attraverso la lettura dei dati circa i profili di rischio e le risorse disponibili, si propone un metodo attraverso il quale sviluppare il piano di risposta aziendale alle emergenze-urgenze, che si possa applicare a contesti aziendali di diversa estrazione. Uno strumento simile, può consentire all'infermiere con competenze avanzate in area critica di sviluppare un approccio sistematico nella pianificazione della risposta all'emergenza, con un impatto positivo sui costi sociali, ad oggi, purtroppo ancora elevati, degli infortuni e delle invalidità correlate al lavoro.

Parole chiave: infortunio sul lavoro, prevenzione, pianificazione, emergenza sanitaria.

• **Indagine conoscitiva sulle buone pratiche clinico assistenziali nella gestione dei pazienti in ECMO alla luce della Legge n.24 dell'8 Marzo 2017**

Antonella Degani - Servizio perfusione Cardiochirurgia; C. Maraschi, A. Quaini - Anestesia e Rianimazione 1; A. Sacchi - Anestesia e Rianimazione 2; A. Massara - Area Emergenza Urgenza; S. Tezzon - Area Chirurgica; G. Grunetti - Direttore SITRA; Prof G. Iotti - Dipartimento DEA - Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo Pavia
 a.degani@smatteo.pv.it

In questi ultimi decenni si è assistito ad un cambiamento legislativo importante di tutte le professioni sanitarie che ha portato a un cambiamento sia nella formazione universitaria che nell'ambito dell'attività professionale. L'evoluzione delle competenze ha reso necessario una nuova definizione di responsabilità con una connotazione diversa rispetto al sistema precedente culminato con la Legge Gelli dell'8 marzo 2017, n. 24.

La Fondazione I.R.C.C.S. Policlinico San Matteo di Pavia ha una vasta esperienza nel trattamento del paziente in ECMO respiratorio e/o cardiaco; questo trattamento rende necessari una degenza in un ambiente dedicato come una terapia intensiva cardiocirurgica o una rianimazione e l'impiego di una equipe altamente specializzata composta da cardiocirurghi, cardioanestesisti e cardioperfusionisti che giornalmente sono a contatto con sistemi di circolazione extracorporea. Nella nostra realtà la figura del perfusionista e dell'infermiere collaborano nella gestione del paziente in ECMO, con la definizione di istruzioni operative che hanno permesso nel tempo di costruire una gestione della procedura ECMO in perfetta sinergia anche con il personale medico. Da una indagine telefonica si è rilevato che tutti i Centri Lombardi che si occupano di ECMO hanno istruzioni interne ma non condivise a livello nazionale a differenza della realtà internazionale. L'idea nata tra infermieri e tecnici perfusionisti, in accordo con il SITRA della Fondazione San Matteo è stata quella di creare un questionario da inviare ai centri ECMO che permettesse di ca-

pire quali fossero le procedure utili per definire le “buone pratiche” per un paziente in assistenza come la presenza del tecnico perfusionista 24h/24h, tipo di formazione necessaria e soprattutto la definizione dei livelli di responsabilità. Il questionario è suddiviso in tre aree: organizzativa, gestionale e formativa. Al momento non è stato possibile analizzare i dati in quanto il questionario è in corso di validazione ma l’obiettivo è quello di attivarsi nel delineare nuovi ambiti di responsabilità dei professionisti sanitari chiamati sempre più spesso a partecipare ad iniziative volte a ridurre il rischio clinico e a valutare la possibilità di delineare eventuali “buone pratiche” di un paziente in ECMO.

• **Lean thinking in triage: l’esperienza degli Ospedali Riuniti della Valdichiana**

Christian Ramacciani Isemann - Azienda USL Toscana sud est
christian@criweb.eu

Nel decennio attuale si sta facendo sempre più strada tra gli strumenti a disposizione dei professionisti della salute il cosiddetto “Lean thinking”; la filosofia, nata nelle fabbriche Toyota, sta conoscendo ormai anche in Italia molte applicazioni nelle differenti realtà assistenziali.

Questo lavoro ha preso in considerazione i processi assistenziali sia in triage che in “post triage” nel pronto soccorso del presidio “Ospedali Riuniti della Valdichiana” appartenente all’area senese dell’Azienda USL Toscana sud est (DEA di I livello con 27.000 accessi l’anno e triage attivo nelle 24 ore).

Partendo dalla mappatura del processo attraverso la Value Stream Map, sono stati ricercati e identificati i fattori classificabili tra gli “sprechi”; questi sono stati classificati nelle sette categorie individuate da Ohno con riferimento particolare a trasporti, movimenti superflui, attese e complicazioni inutili.

Attraverso la metodologia delle 5S (Seiri, Seiton, Seiso, Seiketsu, Shitsuke: separare, riordinare, pulire, standardizzare e diffondere) sono state individuate delle strategie isorisorse, riproducibili anche in realtà diverse da quella studiata,

per aggredire gli sprechi ed efficientare i processi di triage e di post-triage.

• **L’infermiere e la sorveglianza dei device in area cardiovascolare. Quali competenze nella gestione del rischio infettivo?**

Davide Montebello, Luca Fialdini, Mariella Tongiani, Stefania Baratta, Monica Baroni - Fondazione Toscana Gabriele Monasterio
fialdiniluca@gmail.com

Background: la letteratura americana riporta una frequenza di infezioni associate a CVC pari a 5,3 per 1000 giorni/catetere con una mortalità attribuibile al 18%, un prolungamento medio di degenza pari a 7 giorni e un costo da 29 mila a 37 mila dollari. In Italia, da uno studio di prevalenza è emerso che il 32% delle infezioni ematiche è legato ai device con una prevalenza del 6,7% dei CVC e del 0,6% sui CVP.

Obiettivi: sorveglianza e management dei device, riduzione del tasso di infezione correlato all’assistenza, riduzione costi sanitari, beneficio per i pazienti.

Metodi: in riferimento alla pratica per la sicurezza del GRC Regione Toscana e relativo bundle abbiamo implementato la scheda di sorveglianza infezioni correlate a CVC e CVP presso l’U.O. Degenza Adulti dell’Ospedale del Cuore della FTGM. Lo studio è prospettico, osservazionale, include i pazienti con età >= di 18 anni, osservati dall’ingresso alla dimissione. I dati sono stati organizzati in un database telematico.

Risultati: sono stati arruolati in due mesi 394 pazienti e registrate 2006 osservazioni. La sede di inserzione più utilizzata per il posizionamento di CVP è risultata l’avambraccio mentre per i CVC la vena giugulare interna destra. Il tempo medio di permanenza in sede dei CVC è risultato di 3 giorni. La medicazione più utilizzata è quella trasparente. Il 96% delle osservazioni presentavano nel sito d’inserzione un grado 0 (nessuna alterazione), il 4% un grado 1 (lieve arrossamento). Solo il 9% del campione presentava dolore alla palpazione.

• **Dissezione dell'arteria polmonare in una paziente GUCH: la sinergia tra le competenze specialistiche multiprofessionali**

Luca Fialdini, Valeria Cortese, Lisa Bottari, Evelina Giromella, Debora Granai, Susan Gwynne, Marta Tonlorenzi, Massimiliano Adorni, Alessio Pucciarelli, Benedetta Natali, Anna Mecozzi, Giulia Santucci, Martina Borghini, Stefania Baratta, Monica Baroni - Fondazione Toscana Gabriele Monasterio fialdiniluca@gmail.com

Introduzione: una rara condizione caratterizzata dalla rottura della parete della arteria polmonare in una giovane donna affetta da cardiopatia congenita, con sindrome di Turner e Shone "ha incontrato" un obiettivo di cura comune tra le diverse strutture e Regioni, tempestività nella diagnosi e nell'intervento, multidisciplinarietà, e misurazioni degli esiti delle cure infermieristiche (ESI).

Caso Clinico: 29 anni, trasferita da Cagliari a Massa per dissezione della Arteria Polmonare, affetta da Sindrome di Shone e Sindrome di Turner; sottoposta a correzione per coartazione prima e stenosi aortica dopo; permane ipertensione polmonare pre e post capillare. Percorso Clinico-Assistenziale l'arrivo in urgenza, e la gravità delle condizioni cliniche hanno richiesto l'intervento chirurgico, immediato, con sostituzione dell'arteria polmonare e del ramo polmonare destro, sostituzione della radice aortica e dell'aorta ascendente secondo Bentall. Coinvolti molti professionisti esperti in cardiopatie congenite ed acquisite, 13 ore di intervento, politrasfusa, sterno aperto per tre giorni. Ha avuto bisogno di ogni singolo ritrovato della medicina attuale, sia in termini farmacologici, che di apparecchiature a supporto di ogni funzione vitale. Il decorso in cure intensive è stato caratterizzato da diverse crisi di ipertensione polmonare con conseguente uso prolungato di iNO, VAM e tracheostomia; alti dosaggi di inotropi ed estrema instabilità alla broncoaspirazione; lesione di difficile riparazione in zona peritracheostomica. Nessuna infezione correlata all'assistenza, non ha presentato UdP, e non è servita la contenzione fisica.

Dopo 50 giorni, la paziente viene trasferita nel reparto di degenza dove gradualmente completa il weaning respiratorio, riprende a mangiare ed infine a camminare, ESI ancora negativi. Finalmente, dopo due mesi, la giovane torna a casa.

Aspetti sociali e psicologici: sposata, i genitori dalla nascita, hanno affrontato grandi sfide, di salute, economiche e sociali. Grande coinvolgimento e stress emotivo da parte degli infermieri, tanto da richiedere un cambio di professionisti nella lungodegenza.

Conclusioni: la sinergia tra le competenze specialistiche nel paziente con cardiopatia congenita e nel trattamento dell'adulto cardiopatico è un punto di forza e il "monitoraggio degli esiti sensibili alle cure infermieristiche favorisce l'empowerment degli infermieri sugli outcomes, supporta il management infermieristico e le policy sulla qualità e sicurezza delle cure". I pazienti GUCH hanno bisogno di centri specializzati con personale dedicato.

• **Orario di lavoro e carico di lavoro degli infermieri: l'esperienza di una terapia intensiva polivalente del nord Italia**

Stefano Bernardelli¹, Martina Bertacco², Alfio Patanè³

¹ATS Pavia - ²Aulss 8 Berica - ³Az. Osp. Univ. Integrata di Verona

bernardelli.stefano@alice.it

Abbiamo condotto uno studio osservazionale nel mese di giugno 2014 sul tempo di lavoro e sul carico di lavoro degli infermieri in un centro di terapia intensiva polivalente di 18 posti letto presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona. Le attività degli infermieri sono state classificate, misurate e aggregate nelle seguenti aree: assistenza al medico per procedure sul paziente, assistenza diretta al paziente, monitoraggio post operatorio, tempo amministrativo legato all'assistenza sanitaria, tempo amministrativo non correlato all'assistenza sanitaria. Il nostro studio inoltre ha voluto misurare i percorsi assistenziali degli operatori mediante una spaghetti chart del personale per monitorare

la distribuzione all'interno della struttura del materiale necessario. Dai dati raccolti il nostro studio ha rivelato che la distribuzione del lavoro era ben lungi dall'ottimale dato che le attività amministrative occupano più del 30%, che se rimodulate in processi automatici e con il supporto dell'information technology possono essere reinvestiti in attività assistenziali dirette con beneficio per il paziente e per il benessere degli infermieri.

Bibliografia

ZHANZENG F, YURONG Z, CHUANGANG Y, YUNYUN J, XINGANG W, ZHAOFAN X, CHUNMAO H. *Basic investigation into the present burn care system in China: burn units, doctors, nurses, beds and special treatment equipment.* Burns. 2015 Mar;41(2):279-88. doi:10.1016/j.burns.2014.06.003. Epub 2014 Jul 12.

HOLMES JH 4TH. *J Burn Care Res. Critical issues in burn care.* 2008 Nov-Dec; 29 (6 Suppl 2):S180-7. doi: 10.1097/BCR.0b013e318c8f8b8.

BRIGHAM PA, DIMICK AR. *The evolution of burn care facilities in the United States.* J Burn Care Res. 2008 Jan-Feb; 29(1):248-56. doi: 10.1097/BCR.0b013e31815f366c.

• **Revisione della letteratura: esposizione alle radiazioni ionizzanti al personale sanitario in terapia intensiva con Dr portatile per radiologia convenzionale**

Stefano Bernardelli¹, Martina Bertacco², Alfio Patanè³

¹ATS Pavia - ²Aulss 8 Berica - ³Az. Osp. Univ. Integrata di Verona
bernardelli.stefano@alice.it

Premessa: le procedure radiologiche a letto del paziente nei reparti di terapia intensiva sono molto frequenti data l'impossibilità di spostare il paziente.

Obiettivo: questa revisione critica della letteratura si propone di esplorare le conoscenze e la percezione del rischio che può aumentare il grado di tutela tra il personale sanitario.

Metodi: la revisione della letteratura è stata condotta mediante l'utilizzo dei database PubMed, CINAHL e Cochrane, utilizzando le seguenti parole: Intensive Care Units, Radiation Exposu-

re/adverse effects*, Prospective Studies, Mobile Applications. I criteri di inclusione sono stati: lingua inglese e disponibilità in full text e pubblicati negli ultimi 10 anni. Sono stati selezionati 25 articoli.

Risultati: dall'analisi si evince che il dosaggio annuo previsto per medici e infermieri è stato di 0,99 mSv e 0,88 mSv (p<0,001) rispettivamente.

• **Valutazione del carico di lavoro mentale tra gli infermieri di 4 terapie intensive della provincia di Verona**

Stefano Bernardelli¹, Martina Bertacco², Alfio Patanè³

¹ATS Pavia - ²Aulss 8 Berica - ³Az. Osp. Univ. Integrata di Verona
bernardelli.stefano@alice.it

Premessa: un alto livello di carico di lavoro è stato identificato tra gli stressor degli infermieri nelle unità di terapia intensiva (ICU).

Obiettivo: questa revisione critica della letteratura si propone di esplorare le conoscenze e la percezione del rischio che può aumentare il grado di tutela tra il personale sanitario.

Metodi: questo studio trasversale in corso, con termine entro luglio 2017 su 215 infermieri che lavorano in 4 terapie intensive della città e provincia di Verona. La NASA-TLX è stata applicata per la valutazione del carico di lavoro. Inoltre, il questionario per gli ostacoli di prestazioni delle ICU è stato utilizzato per identificare gli ostacoli alla prestazione.

Risultati: dai primi dati che sono in elaborazione emerge che la domanda fisica (media = 84,17) è stata percepita come le dimensioni più importanti del carico di lavoro degli infermieri. Gli ostacoli più gravi per la prestazione del lavoro sono stati: difficoltà a trovare un posto dove sedersi, un posto di lavoro frenetico, un posto di lavoro disorganizzato, spendere molto tempo a cercare ausili e presidi nei magazzini di reparto, scarsa qualità dei dispositivi medici, di tempo lavoro assorbito per i famigliari e difficoltà nel conciliare vita professionale e vita affettiva e tempi per la formazione extra orario di servizio.

Conclusioni: diversi ostacoli di prestazioni sono

correlati con il carico di lavoro degli infermieri, afferma la significatività delle caratteristiche del sistema di lavoro infermieristico. Si raccomanda di intervenire in base ai risultati di questo studio nelle impostazioni di lavoro degli infermieri nelle ICU.

Bibliografia

GREENGLASS ER, BURKE RJ, MOORE KA. *Reactions to increased workload: Effects on professional efficacy of nurses*. Appl Psychol 2003; 52:580-597. doi: 10.1111/1464-0597.00152

YOUNG G, ZAVELINA L, HOOPER V. *Assessment of workload using NASA Task Load Index in perianesthesia nursing*. J Perianesth Nurs 2008;23:102-110. doi: 10.1016/j.jopan.2008.01.008

MORRIS R, MACNEELA P, SCOTT A, TREACY P, HYDE A. *Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review*. J Adv Nurs 2007;57:463-471. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04134.x

• Il benessere degli infermieri nelle unità di terapia intensiva: studio dei fattori che muovono l'impegno di squadra

Stefano Bernardelli¹, Martina Bertacco², Alfio Patanè³

¹ATS Pavia - ²Aulss 8 Berica - ³Az. Osp. Univ. Integrata di Verona

bernardelli.stefano@alice.it

Premessa: le unità di terapia intensiva (ICU) sono ambienti di lavoro impegnativi a causa della condizione critica. Pazienti e infermieri ICU spesso lamentano una scarsa soddisfazione del lavoro e un elevato fatturato del personale. Tuttavia, le caratteristiche organizzative e di lavoro e la qualità dei rapporti con il personale possono contribuire a mantenere alto l'entusiasmo degli infermieri e aumentare la soddisfazione del lavoro.

Obiettivo: lo scopo di questo studio che è in via di conclusione, quello di analizzare come fattori ambientali di lavoro infermieristico influenzano l'identificazione e l'impegno degli infermieri di terapia intensiva.

Metodi: uno studio trasversale è stato condotto in 4 terapie intensive della provincia di Verona. Un totale di 201 infermieri hanno com-

pilato un questionario autosomministrato costruito a partire da: Nurses-physicians collaboration (Aiken and Patrician, 2000) Job autonomy: (Morgeson and Humphrey, 2006) Perceived quality of nursing practice Nursing Work Index-Revised (NWI-R) (Aiken and Patrician, 2000) Perceived supervisor Survey of Perceived Organizational Support (SPOS) (Eisenberger et al. 1986) Job satisfaction: (Cortese, 2001) Organizational Commitment Questionnaire Allen and Meyer (1990). **Risultati:** i primi risultati mostrano che le caratteristiche di lavoro infermieristico sono direttamente correlate all'impegno della squadra. Le caratteristiche del lavoro infermieristico e il rapporto di impegno del team sono stati mediati da entrambi percepiti come elementi chiave del processo in grado di generare una valenza statistica significativa sulle variabili.

Conclusioni: supporto supervisore e soddisfazione del lavoro hanno una rilevanza della pratica clinica per migliorare le condizioni di lavoro e la salute dei pazienti nelle terapie intensive.

Bibliografia

ADAMS A, BOND S. (2000). *Hospital nurses' job satisfaction, individual and organizational characteristics*. Journal of Nursing Management; 32: 536-543.

BAKHSI A, SHARMA AD, KUMAR K. (2011). *Organizational commitment as predictor of organizational citizenship behavior*. European Journal of Business and Management; 3: 78-86.

BURGESS L, IRVINE F, WALLYMAHMED A. (2010). *Personality, stress and coping in intensive care nurses: a descriptive exploratory study*. Nursing in Critical Care

• Quale strumento per le decisioni etico-assistenziali in area critica?

Floriana Pinto, *Terapia intensiva cardio-toraco-vascolare -ASST Niguarda, Milano*
floriana.pinto89@gmail.com

La terapia intensiva sembra essere oggi una "realtà di confine", ai limiti della cura e della vita stessa: gli operatori sono coloro che, oltre a toccare il limite, vi stazionano.

In un'epoca di progressi scientifici e tecnologici,

un'attenzione sempre minore è posta su quegli aspetti etici e relazionali che restano comunque alla base di un efficace e pieno rapporto terapeutico-assistenziale.

Nel paradigma del "nursing della sopravvivenza", noi infermieri di terapia intensiva, vediamo oscillare il nostro operato tra la vita e la morte, tra umanità e tecnicismo, autonomia e dipendenza, organizzazione e razionalizzazione.

La pratica evidence-based e lo sviluppo di protocolli ben definiti, lo sviluppo delle "competenze tecnologiche", dovrebbero essere accompagnate a un contestuale sviluppo di competenze relazionali e ad un'espressione dell'etica della cura.

La pratica frenetica, tende a identificare l'assistito con la sua condizione clinica, depersonalizzandolo; un nuovo bilanciamento tra diagnosi, terapia e assistenza rappresenta una necessità. L'avvicinarsi di dilemmi etici nelle decisioni assistenziali e terapeutiche, ci mette di fronte a scelte che mettono in gioco le nostre qualità e competenze professionali, ma anche i nostri principi e valori come professionisti ed esseri umani.

La capacità di prendere decisioni etiche è essenziale per eccellere moralmente nella pratica infermieristica professionale.

Nessun modello è appropriato per tutti. La proposta di un modello decisionale etico da utilizzare a letto del paziente o in discussione condivisa con l'intera équipe consente la personalizzazione dell'assistenza. Il modello per l'analisi e la presa di decisioni di Fry e Johnstone, ideato da due infermiere, utilizza un approccio incentrato sui valori per la soluzione dei conflitti etici che originano dall'assistenza alle persone e conduce ad una soluzione e alla natura delle responsabilità dell'infermiere.

Il modello si compone di quattro domande:

- Quali sono i retroscena dei conflitti di valori?
- Quale significato hanno i valori implicati?
- Qual è il significato di questi conflitti per le parti implicate?
- Che cosa si dovrebbe fare?

Il seguente lavoro utilizza questo modello nell'analisi di un caso a valenza etica realmente acca-

duto. Tale metodologia, diventa strumento valido che offre una soluzione al gap esistente tra il codice deontologico e la quotidianità.

• **Assistenza infermieristica avanzata in brachiterapia secondo il modello bifocale della pratica clinica**

Marina Mancini, Maria Stella Merolla, Serenella Fiorucci, Serenella Panzolini, Daniela Pierini, Valentina Lancellotta, Cristina Mariucci, Isabella Palumbo, Nicola Ramacciati, Cynthia Aristei

Introduzione: la brachiterapia (dal greco brachýs corto), conosciuta anche come radioterapia (RT) interna, è una forma di radioterapia in cui una sorgente radioattiva è collocata all'interno o vicino alla zona da trattare. Questa metodica, utilizzata da sola o in combinazione con altre terapie, come la chirurgia, la RT esterna e la chemioterapia, trova applicazione con intento radicale, adiuvante o sintomatologico/palliativo in molte affezioni tumorali. L'esperienza del nostro team viene discussa alla luce dell'infermieristica di brachiterapia della mammella e dell'adozione del Modello bifocale della pratica clinica di Carpenito-Moyet, in corso di implementazione nel nostro servizio.¹

Discussione: secondo tale modello vi sono due focus per l'infermiere: da un lato le situazioni in cui identifica attraverso l'accertamento infermieristico le risposte umane delle persone ai problemi di salute reali o potenziali ponendo precise diagnosi infermieristiche e pianificando autonomamente il trattamento in base ai risultati prestabiliti e agli interventi infermieristici finalizzati al raggiungimento di questi, dall'altro tutte quelle condizioni che Carpenito-Moyet chiama "complicanze potenziali", in cui l'infermiere agisce al fianco di altri professionisti sanitari, in primis il medico, ma non esclusivamente, con competenze, spesso avanzate, finalizzate a risolvere i "problemi collaborativi" che possono presentarsi.

Conclusioni: il modello bifocale della pratica clinica torva una coerente applicazione nell'infermieristica di Radioterapia Oncologica in particolare nell'ambito della Brachiterapia, declinato anche attraverso l'uso delle Diagnosi Infermie-

ristiche secondo la tassonomia NANDA International² e la classificazione dei Risultati e degli Interventi dell'Università dell'Iowa NOC e NIC.^{3,4}

Bibliografia

1. MANCINI M, MEROLLA S. *La brachiterapia applicata al carcinoma della mammella*. Tesi 4° corso di alta formazione e di aggiornamento per gli Infermieri operanti in Radioterapia Oncologica. Università Cattolica del Sacro Cuore. Roma, 19/05/2017.
2. HERDMAN TH, KAMITSURU S. (a cura di). (2014). *NANDA International Diagnosi infermieristiche: Definizioni e Classificazione, 2015-2017*. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
3. BULECHEK G, BUTCHER H, DOCHETERMAN J, WAGNER C. (a cura di). (2014) *Classificazione NIC degli Interventi Infermieristici*. Edizione 2013. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.
4. MOORHEAD S, JOHNSON M, MAAS ML, SWANSON E. (a cura di). (2014) *Classificazione NOC dei risultati Infermieristici*. Edizione 2013. Milano: Casa Editrice Ambrosiana.



Un ringraziamento alle Aziende che hanno contribuito all'evento:



Gli infermieri



meritano più attenzione

anarti



associazione nazionale infermieri di area critica