

**THINK
GLOBAL**
ACT LOCAL

**COMUNICAZIONI
ORALI**

MARTEDÌ, 12 NOVEMBRE

**Sala Plenaria
TERAPIA INTENSIVA 1**

15:00 - 15:20

IMPLEMENTAZIONE DI UN AMBULATORIO PER IL FOLLOW-UP POST TERAPIA INTENSIVA

Marta Villa, Simona Vimercati, Gessica Coppolecchia, Roberto Rona, Alberto Lucchini - ASST Monza
marta.villa@hotmail.it

Introduzione

La malattia critica ha un impatto sullo stato di salute a lungo termine dell'individuo e sulla qualità di vita (QOL). Gli adulti ricoverati in Unità di Terapia Intensiva (UTI) possono sviluppare debolezza muscolare, deterioramento cognitivo, come difficoltà a gestire le attività di vita quotidiana e a ritornare al lavoro, e problemi psicologici come sentimenti di depressione e ansia. Molta letteratura descrive questi aspetti, in particolare il disturbo da stress post traumatico (PTSD), un disturbo reattivo della sfera psicologica come risultato della permanenza in UTI. Nei sopravvissuti, considerevoli sintomi del PTSD sono comuni e sembrano persistere nel tempo con un possibile impatto negativo sulla QOL. Il delirio e i ricordi post-UTI sono forti predittori di PTSD.

Obiettivi

L'obiettivo primario dello studio è di valutare l'impatto del ricovero in UTI dopo la dimissione dei pazienti in termini di sintomi da stress post-traumatico (PTSS), ansia e depressione. Gli obiettivi secondari sono: misurare la relazione tra PTSS, ansia, depressione e età, lunghezza del ricovero in UTI, giorni di ventilazione meccanica, malattie principali, comorbidità, presenza di delirio, trattamenti farmacologici e sedativi usati.

Metodi

Abbiamo raccolto i dati da gennaio a dicembre 2018 all'interno del programma di Follow Up strutturato in 4 time points: arruolamento, visita a 7 giorni, telefonata a 3 mesi e ambulatorio a 6 mesi dalla dimissione dall'UTI. Abbiamo usato le scale: CAM-ICU, PTSS-10, HADS, Indice di Barthel, MUST, EuroQol-5D, test del cammino dei 6 minuti.

Risultati

Al follow up a 7 giorni i pazienti che avevano una HADS positiva hanno mostrato significativi tempi di intubazione più lunghi [6; 4; 9] vs [11; 6; 19] ($p=0.048$) e di lunghezza del ricovero maggiore [8; 6; 14] vs [13; 8; 27] ($p=0.023$). Al follow up di 3 e 6 mesi questa relazione non si mantiene. A 3 mesi abbiamo osservato una relazione significativa tra HADS positiva e valore mediano di EuroQol-5D [85; 80; 90] vs [50; 50; 70] ($p=0.048$). Questo effetto si perde a 6 mesi. A 6 mesi i pazienti che hanno PTSS-10 positiva sono significativamente più giovani dell'altro gruppo [60; 53; 67] vs [44; 39; 57]. In particolare, questo piccolo gruppo di pazienti ha raggiunto livelli appena sufficienti di qualità di vita descritta dall'EuroQol-5D [50; 50; 100].

Conclusioni

La nostra esperienza suggerisce che tempi di intubazione e ricovero più lunghi sono associati a livelli più alti dei sintomi di ansia e depressione durante il periodo subito dopo la dimissione. Questo trend migliora nei mesi seguenti con una riduzione di questi sintomi associati ad una progressiva ripresa delle attività di vita quotidiana. In una piccola parte del campione, che include le persone più giovani, i sintomi del PTSD diventano consolidati a 6 mesi dalla dimissione, associati ad un peggior livello di qualità di vita.

15:20 - 15:40

GLI ESITI SUL PAZIENTE CRITICO DI TERAPIA INTENSIVA DURANTE E DOPO IL TRASPORTO PROTETTO INTRA-OSPEDALIERO: STUDIO OSSERVAZIONALE

Alessandro Ferraiuolo, Elisa Mattiussi*, Matteo Danielis*, Davide Zanardo*, Omar Trombini* - Policlinico S. Giorgio, Az. Sanitaria Universitaria Integrata*, Udine
ale.ferra@live.it

Introduzione

Il trasporto intra-ospedaliero del paziente critico è un evento frequente e ha il fine di garantire prestazioni diagnostiche e terapeutiche non eseguibili al letto del paziente per motivi logistici, tecnico/strumentali e clinici. I rischi a cui viene esposto il paziente durante il trasporto sono molteplici e possono essere rappresentati da un aumento del dolore, ansia e agitazione, sino ad esitare in alterazioni fisiopatologiche e danni secondari, con potenziali conseguenze in termini di morbilità e mortalità. La qualità della programmazione e della pianificazione assistenziale, unite al livello di standardizzazione di processi e procedure, incidono direttamente sugli esiti dei pazienti. La letteratura definisce mishaps gli eventi non pianificati che possono avere esiti negativi sulla stabilità delle condizioni dei pazienti e che possono essere correlati a problemi tecnico/ambientali, a fattori legati al paziente e al personale coinvolto nelle procedure.

Obiettivi

Osservare i trasporti intra-ospedalieri di pazienti critici ricoverati in Terapia Intensiva, al fine di descriverne i tempi di esecuzione ed osservare eventuali mishaps.

Materiali e metodi

Dopo aver elaborato una scheda di raccolta dati e ottenute le autorizzazioni necessarie, è stato condotto uno studio osservazionale prospettico tra agosto e ottobre 2018 nelle tre terapie intensive polyvalenti dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine. Criteri inclusione: pazienti maggiorenni sottoposti a trasporto intra-ospedaliero ai fini diagnostici. Criteri esclusione: pazienti minorenni e/o trasporti in urgenza/emergenza e/o ai fini interventistici. L'osservazione è avvenuta in cinque tempistiche (T0, T1, T2, T3, T4). L'estrazione dei dati è avvenuta tramite il programma Excel® e l'analisi statistica tramite il software R applicando i test chi square e t Student nel confronto tra proporzioni e medie.

Risultati

Sono stati osservati 185 mishaps su un totale di 57 trasporti effettuati; in cinque trasporti non si sono osservati eventi. Mishaps osservati: 100 correlati ad alterazioni dei parametri vitali, 39 correlati a fattori ambientali e/o tecnici, 46 correlati al personale. I pazienti post-operati (17/57) sono risultati associati a un minor numero di eventi negativi, rispetto alle altre diagnosi ($p=0.039$). I pazienti ventilati meccanicamente (42/57) sono risultati esposti ad un aumento delle tempistiche di trasporto, rispetto ai non ventilati ($p=0.003$). In sei su undici trasporti avvenuti con sospensione della terapia analgesica si sono manifestate problematiche correlate alla sedazione o agitazione/dolore. La media del tempo impiegato per i trasporti risultava di 84 minuti (± 27.3), con un tempo medio trascorso fuori reparto di 38 minuti (± 20). Nei trasporti in cui non sono avvenuti mishaps il tempo medio impiegato è stato di 67.6 minuti (± 28.1). Il punteggio APACHE II, calcolato il giorno del trasporto, è risultato in media di 17.7 nei pazienti esposti a mishaps e di 14.6 nei pazienti non esposti agli eventi ($p=0.95$).

Discussione

I risultati ottenuti sono sovrapponibili a quelli riscontrati in letteratura. Gli studi precedenti sottolineano come un'accurata preparazione del paziente e la continuità clinico-assistenziale, favoriscano la prevenzione di danni secondari. Particolare enfasi viene conferita alla gestione dell'analgesia, al fine di prevenire dolore e agitazione e al monitoraggio dell'end tidal CO2 (EtCO2), per monitorare la qualità della ventilazione, in quanto la letteratura identifica in questi aspetti le maggiori criticità. Il tempo dedicato al trasporto merita un'ulteriore considerazione; si è visto come il trasporto di un paziente critico fuori dalla terapia intensiva impieghi risorse, impattando inevitabilmente sul carico di lavoro. Il limite principale dello studio consiste nella limitata numerosità di osservazioni, la quale non permette di esplorare eventuali relazioni tra fattori di rischio ed eventi avversi.

Conclusioni

Il trasporto intra-ospedaliero protetto è pratica ad alto rischio per il paziente, soprattutto per i pazienti più complessi, i quali risultano esposti al trasporto per più tempo. L'elaborazione di una check-list per il trasporto intra-ospedaliero sulla base delle più recenti linee guida e raccomandazioni potrebbe essere un intervento efficace nel prevenire danni secondari durante il trasporto. Ulteriori approfondimenti sull'argomento dovrebbero essere condotti in Italia, in quanto non sono ancora disponibili studi con risultati generalizzabili a causa del limitato numero di pazienti inclusi e/o dei tempi di osservazione ridotti.

Parole chiave: Trasporto intra-ospedaliero; eventi avversi; fattori di rischio; terapia intensiva; paziente critico.

15:40 - 16:00

RUOLO DELLA SELECTIVE DIGESTIVE DECONTAMINATION (SDD) NELLA PREVENZIONE DELLE POLMONITI ASSOCIATE A VENTILAZIONE MECCANICA: UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA

Giacomo Bergamelli, Attilio Quaini - Humanitas Gavazzeni, Bergamo
giacomo.bergamelli@tiscali.it

Introduzione

Le Polmoniti Associate alla Ventilazione Meccanica (Ventilator-Associated Pneumonia, VAP) sono definite come quelle polmoniti che esordiscono dopo 48-72 ore dall'intubazione orotracheale. Considerato che circa il 70% dei pazienti ricoverati in terapia intensiva è sottoposto a ventilazione meccanica (VM) è facile pensare come le VAP incidano sulla percentuale delle infezioni ospedaliere che comprendono il 25% delle infezioni contratte in TI e assorbono il 50% degli antibiotici impiegati.

L'incidenza delle VAP in Italia nel 2010 è stata di 9,3 casi per 1000 giornate di VM; esse si associano ad elevata morbilità e mortalità (variabile tra 33-50%, LOS 23 gg versus 2 gg dei pazienti che non contraggono queste infezioni).

Nel 2016 il SIMPIOS ha pubblicato dei bundles clinici precisi che comprendono:

1. Elevazione di testa e tronco a 30-45 gradi;
2. Protocolli per gestione del weaning respiratorio;
3. Utilizzo di dispositivi di aspirazione subglottica continua;
4. Igiene orale con clorexidina 0,2%.

Contestualmente Regione Toscana ha emanato una linea guida per la gestione e la prevenzione delle VAP. In primis l'igiene delle mani, quindi ulteriori indicazioni sui sistemi di aspirazione. Si raccomanda non solo l'igiene del cavo orale con clorexidina preceduta da rimozione manuale con spazzolino della placca dentale, ma anche la decontaminazione selettiva dell'orofaringe (SDD) e la decontaminazione selettiva del tratto digerente (SDD) a coloro che sono sottoposti a VM prolungata (>48h).

La SDD rappresenta l'applicazione diretta di antibiotici non assorbibili a livello della mucosa orale secondo schemi e posologie in utilizzo. L'SDD non è altro che la sua estensione a tutto il tratto digerente: consiste nella somministrazione di antibiotici direttamente a livello della mucosa gastrica attraverso un sondino naso-gastrico.

È proprio da quest'ultima pratica clinica che nasce il quesito che ha portato allo sviluppo di questa revisione della letteratura.

Obiettivi

Gli obiettivi della revisione della letteratura sono:

1. valutare le evidenze scientifiche riportate in letteratura circa la SDD nell'ottica della prevenzione della VAP;
2. indagare nell'ambito dell'antibiotic stewardship l'impatto che hanno queste misure di eradicazione della flora batterica rispetto all'insorgenza di ulteriori resistenze antibiotiche nei reparti di terapia intensiva.

Materiali e metodi

La ricerca bibliografica ha previsto la consultazione delle banche dati TripDatabase, The Cochrane Library, Joanna Briggs Institute Database of Systematic Reviews, Pubmed, CINAHL ed Embase per il reperimento di letteratura primaria e secondaria. Il lavoro è stato condotto seguendo le linee guida del Joanna Briggs Institute Rewiers' Manual.

Risultati

L'SDD viene presentata da alcuni studi come "the main intervention" nella prevenzione delle VAP con tassi di efficacia variabili differentemente dal fatto che sia inserita all'interno di un contesto dove vi siano protocolli basati su prove di efficacia che osservino i tradizionali bundles clinici per una corretta prevenzione e gestione delle VAP (posizione corretta di testa e tronco, corretta gestione dei circuiti di aspirazione, svezzamento respiratorio precoce, adeguata gestione IOT, igiene del cavo orale). L'efficacia pertanto varia a seconda dei contesti e degli studi: un incremento nella prevenzione delle VAP vi è negli studi di alta qualità e nelle TI con protocolli ad hoc (Keyt et al.2014; Guillamet et al. 2018).

La maggior parte degli studi suggerisce l'SDD rispetto alla SOD, e nei pazienti intubati viene raccomandata anche nei confronti dell'igiene del cavo orale con clorexidina (Micek et al. 2010; Marshall et al. 2014).

Gli studi fino ad ora condotti, sono quasi unanimemente concordi sul fatto che tali terapie non incrementino in modo rilevante il tasso di resistenze antibiotiche già presente nei reparti di TI (Plantinga et al. 2015; Wittecamp et al. 2018).

Conclusioni

Dai risultati della letteratura è evidente come il rigoroso rispetto delle misure preventive riportate - e quindi anche dell'SDD/SOD - porti a una riduzione delle VAP. I fattori in gioco sono tre: la persona assistita nei termini di una corretta assistenza infermieristica, una adeguata gestione della VM e l'agire professionale. È in quest'ultimo punto che si cala la SDD: il continuo aggiornamento delle pratiche assistenziali e l'operare sulla base di istruzioni operative e protocolli assistenziali evidence based sono il gold standard per la prevenzione di queste infezioni nelle TI.

Sala Falco CARDIO ICU 1

15:00 - 15:20

POSTURA PRONA DURANTE ECMO

Giuseppe Tinessa, Edoardo Righelli, Daniele Rizzi, Marco Giani, Alberto Lucchini - ASST Lariana (Cantù)
gtinessa@gmail.com

Introduzione

L'ossigenazione extracorporea tramite membrana collegata al circolo veno-venoso (VV ECMO) è una terapia avanzata che permette il supporto degli scambi respiratori. Nonostante il trattamento ECMO alcuni pazienti tendono a rimanere ipossiemici, per questo è necessaria la posizione prona.

Obiettivi

L'obiettivo primario di questo studio è investigare le modificazioni della PaO₂/FiO₂ in pazienti sottoposti ad ECMO con ipossemia refrattaria, valutando i cicli di pronazione e le variazioni emodinamiche correlate alla stessa. L'obiettivo secondario è quello di valutare eventuali complicanze che possono insorgere in posizione prona, per pazienti con ARDS supportati da ECMO.

Materiali e metodi

Abbiamo analizzato retrospettivamente le cartelle cliniche di pazienti ricoverati tra il 2014 e il 2018, sottoposti a trattamento VV ECMO e successivamente posti proni. Le modificazioni del rapporto PaO₂/FiO₂ è stata analizzata in quattro diversi steps: prima della pronazione, un'ora dopo la pronazione, alla fine della pronazione ed un'ora dopo la ri-supinazione.

Risultati

Su un totale di 81 pazienti analizzati, 36 sono stati sottoposti a cicli di pronazione durante trattamento VV ECMO. La mediana della durata dei cicli di pronazione era di 7,9 ore (±2,9). Non sono stati registrati eventi avversi quali dislocazioni accidentali di linee infusive, tubi endotracheali, drenaggi chirurgici o diminuzione di volume circolante nella macchina ECMO. Durante il primo step del posizionamento prono di ogni paziente, la mediana del rapporto PaO₂/FiO₂ era 128.1 (±65.3), al secondo step (un'ora dopo la pronazione) era 137.7 (±48.9), alla fine della pronazione era 163.0 (±88.7), un'ora dopo la ri-supinazione era 142.7 (±67.0).

Conclusioni

L'applicazione della posizione prona durante il trattamento VV ECMO è una tecnica sicura se eseguita da un centro specializzato e da un team addestrato e coordinato. Sono apprezzabili delle modificazioni al rapporto PaO₂/FIO₂, oltre che variazioni significative delle pressioni polmonari e driving pressure.

15:20 - 15:40

LA RIMOZIONE PRECOCE DEL SONDINO NASO GASTRICO (SNG) NEL PAZIENTE CARDIOCHIRURGICO RIDUCE LA DURATA DELLA DEGENZA IN TERAPIA INTENSIVA CARDIOCHIRURGICA

Simone Benedet, Martina Tomat – Az. Sanitaria Universitaria Integrata, Udine
simonebenedet@yahoo.it

Introduzione

L'utilizzo di routine del SNG negli interventi di cardiocirurgia, trova applicazione per la decompressione gastrica nei pazienti intubati e ventilati meccanicamente prima dell'uscita dalla sala operatoria e nell'assistenza in Terapia Intensiva (ICU) Cardiocirurgica. Generalmente nella nostra unità operativa il SNG viene inserito a tutti i pazienti; posizionato in sala operatoria, viene mantenuto in sede fino al trasferimento in degenza semi intensiva.

Poiché la letteratura consiglia l'utilizzo elettivo e non routinario del SNG e vista l'importanza di riprendere precocemente l'alimentazione per via naturale, abbiamo voluto verificare se la rimozione precoce del SNG potesse migliorare alcuni aspetti della degenza.

Obiettivi

Valutare se la rimozione precoce del SNG post estubazione possa favorire l'alimentazione per os e ridurre la durata della degenza in ICU.

Setting & Partecipanti

Lo studio è stato condotto nella ICU Cardiocirurgica e sono stati arruolati tutti i pazienti adulti sottoposti a chirurgia cardiaca e polmonare, estubati e con deglutizione conservata.

Materiali e metodi

È stato condotto uno studio di coorte prospettico su 87 pazienti operati dal 29/03/2018 al 30/05/2018. I dati sono stati raccolti su un foglio excel ed elaborati con il test t-student ed un p-value di 0,05.

Risultati

Dall'analisi dei dati è emerso che i pazienti cui viene rimosso il SNG entro 10 ore dall'estubazione, hanno una degenza più breve (p-value 0,021) con una media di 49 ore e si alimentano prima (p-value 0,012), con una media di 9 ore dopo l'estubazione.

Non vi è invece una correlazione statisticamente significativa tra la rimozione precoce del SNG tra le 5 e le 10 ore dall'uscita ed il tempo di permanenza in ICU e per la prima alimentazione.

Conclusioni

Dall'analisi dei dati risulta importante una modifica della prassi lavorativa, volta a ridurre la degenza del paziente in ICU. La rimozione precoce del SNG post estubazione è risultata essere una manovra senza rischi concreti per il paziente ma favorente l'alimentazione per via naturale e la riduzione della degenza. Tali obiettivi sono noti come fondamentali per un miglior recupero fisico del paziente dopo un intervento di chirurgia maggiore. Dall'analisi dei dati risulta chiaramente come la permanenza del SNG fino al trasferimento in degenza del paziente non porti benefici concreti in termini di riduzione di nausea e vomito e rallenti la prima alimentazione orale e la degenza in ICU. Vi è la necessità di un aggiornamento della prassi lavorativa volta a migliorare i processi di assistenza al paziente post operato cardiotoracico.

15:40 - 16:00

LVAD ED ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Fabio Pugiotta - Azienda Ospedaliera di Padova
pugiotta2@libero.it

Lo scompenso cardiaco refrattario è una situazione che peggiora la qualità della vita dei pazienti, che in questa condizione sono soggetti a numerose ospedalizzazioni. Il gold standard per questa patologia è il trapianto di cuore. Poiché la vita media si allunga ed il numero di pazienti in lista d'attesa aumenta, il numero di organi disponibili diminuisce.

L'assistenza ventricolare (VAD) è un'insostituibile risorsa nella gestione dello scompenso cardiaco refrattario.

La Cardiocirurgia di Padova ha un tasso di dimissione a domicilio per i VAD di circa l'80%. La probabilità che un infermiere del pronto soccorso debba prendere in carico un paziente portatore di VAD è sempre più alta.

L'infermiere deve conoscere le componenti del VAD e gli effetti che produce sul paziente, in modo da conoscere quali parametri monitorizzare senza recar danno al paziente o al VAD.

Sala Regency 3

INFERMIERISTICA NARRATIVA

15:00 - 15:20

I DIARI IN TERAPIA INTENSIVA: UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA

Federico Bazzucchi – Relazione Gian Domenico Giusti
federico.bazzucchi@gmail.com

Introduzione

Le continue innovazioni in campo sanitario, consentono oggi di poter trattare patologie ritenute una volta incurabili; tuttavia risulta ancora lontana, nella pratica di assistenza sanitaria, l'adozione del concetto di umanizzazione delle cure. Particolare attenzione va riservata ai pazienti che sperimentano il ricovero in terapia intensiva, poiché tali pazienti sono esposti a complicanze che non sempre sono legate alla patologia che ha condotto al ricovero; una fra tante, il Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD).

Obiettivi

Verificare attraverso una revisione della letteratura se il Diario di Terapia Intensiva può essere ritenuto strumento preventivo/riabilitativo al PTSD nei confronti dei pazienti e dei caregivers.

Materiali e metodi

È stata condotta una revisione della letteratura, attraverso la consultazione delle banche dati di Pubmed/Medline, Cinahl, Scopus, Ovid, Ebsco. Gli articoli sono stati presi in considerazione se pubblicati tra 2008 e 2018, riguardanti pazienti della terapia intensiva di età adulta.

Risultati

22 articoli hanno incontrato i criteri d'inclusione; 15 studi quantitativi e 6 studi qualitativi ed un focus group. Tutti gli studi quantitativi misuravano i sintomi di PTSD, ansia e depressione mediante l'uso di scale validate (PTSS-14, PCL-5, HADS, ICU-MT, IES-R) in diversi momenti della degenza, prima e/o dopo la lettura del diario di terapia intensiva; gli studi qualitativi hanno esplorato le percezioni di pazienti e caregivers con l'uso di interviste e questionari.

Conclusioni

Dalla letteratura emerge che i diari di terapia intensiva potrebbero essere potenziali strumenti per la riduzione di ansia, depressione e dei sintomi di PTSD, ma ad oggi permangono degli aspetti non ancora completamente esplorati da studi di forte evidenza, con particolare riferimento all'aspetto

della gestione della privacy degli assistiti, portando a sconsigliare l'implementazione nella pratica clinica. Tuttavia, nonostante l'assenza di evidenze forti che ne raccomandino l'uso e considerando che i risultati degli studi sono di tipo quantitativo, con questa revisione si vuole consigliare la previsione dell'uso dei diari come strumento di promozione della qualità dell'assistenza erogabile, in quanto questa rappresenta un carattere che identifica il professionista infermiere e che non sempre segue in parallelo i risultati degli studi.

15:20 - 15:40

INFERMIERI E TERAPIA INTENSIVA: METODOLOGIA PER L'INTRODUZIONE DEL DIARIO NARRATIVO ATTRAVERSO UNO STUDIO OSSERVAZIONALE. LA NARRAZIONE DI UN CAMBIAMENTO

*Lorenzo Pilati, Elena Anni, Sara Acerbis, Silvia Buscio, Maria Grazia Cavesti, Claudia Maioli, Paola Melzani, Daniela Orizio, Michela Pagati, Elena Angela Pasott, Simona Porta Scarta, Tiziana Sola - ASST Spedali Civili Brescia
pilatilorenzo@gmail.com*

Introduzione

Le persone che hanno sperimentato un ricovero in terapia intensiva (ICU) hanno grandi difficoltà nel recuperare le forze fisiche dopo la dimissione e spesso presentano ansia (42%), depressione (36%) e sindrome da stress post traumatico (PTSD) (24%). Il ricovero si è dimostrato essere un evento particolarmente stressante e psicologicamente rilevante anche per i familiari che assistono i loro parenti ricoverati in ICU; è stata rilevata la presenza di ansia nel 40% de casi, di depressione nel 23% e di PTSD del 21%.

Come dimostrato nella revisione sistematica "Rehabilitation Interventions for Postintensive Care" l'ICU Diary è un valido strumento, efficace ed a basso costo che si è rivelato essere in grado di ridurre il disturbo da stress post-traumatico di nuova insorgenza (5% vs 13%, $p = 0,02$).

In uno studio RCT canadese, si rilevano prove di efficacia dei Diari nel ridurre ansia e depressione negli assistiti. Numerosi studi evidenziano inoltre il buon gradimento dello strumento da parte sia degli assistiti sia dei loro familiari; suggeriscono inoltre che i Diari aumentino la soddisfazione degli operatori e ne sviluppano l'empatia. Dopo la dimissione dall'ICU è possibile che gli assistiti ed i loro parenti abbiano difficoltà nel ristabilire la relazione che avevano prima del ricovero; la lettura del diario, la condivisione delle informazioni e dell'esperienza aiuta l'assistito e i suoi parenti a rafforzare la propria relazione. Alla scrittura dei Diari è seguita anche una riduzione della sindrome da stress post-traumatico nei parenti (Nielsen et al 2019).

La lettura del Diario da parte dei parenti si è dimostrata utile anche in caso di morte dell'assistito in quanto li ha aiutati nell'elaborazione del lutto; di contro ha causato anche sofferenza in quanto personificava la morte.

Obiettivi

Presentazione della metodologia utilizzata nella creazione di un protocollo di ricerca infermieristica per l'inserimento dell'ICU Diary e realizzazione di un protocollo di ricerca dal titolo: "Il Diario narrativo della persona ricoverata in Terapia Intensiva: studio osservazionale sul gradimento dello strumento da parte dell'assistito e dei familiari, progetto pilota".

Materiali e metodi

È stata condotta una revisione della letteratura che ci ha permesso di identificare gli elementi fondamentali che caratterizzano l'ICU Diary. In seguito è stato avviato un percorso formativo specifico con una docente specializzata in scrittura narrativa che ha previsto la presentazione della cornice di riferimento della Medicina Narrativa e della scrittura riflessiva unitamente ad attività di tipo laboratoriale. Durante il corso i partecipanti sono stati attivamente coinvolti nella sperimentazione delle tecniche di scrittura. A seguito di questi incontri è stato istituito un gruppo di progetto composto da alcuni infermieri che durante il corso hanno mostrato sensibilità, attitudine ed interesse all'ICU Diary. Il team di progetto, attraverso incontri di formazione sul campo, ha realizzato un protocollo di studio nell'arco di quattro mesi. Dopo approvazione da parte del Comitato Etico, sono state realizzate altre due edizioni formative con la stessa docente, aperte a tutto il personale (Infermieri, Operatori di supporto, Medici, Fisioterapisti) in occasione delle quali oltre all'introduzione alla scrittura narrativa è stato presentato e diffuso il protocollo di ricerca. Nel contempo il gruppo di infermieri ricercatori ha realizzato le linee di indirizzo per l'introduzione operativa del Diario all'interno delle Terapie Intensive e progettato il layout del Diario stesso anch'essi oggetto di presentazione e diffusione durante il corso.

Conclusioni

Al termine di questo articolato progetto l'ICU Diary è stato inserito nella realtà di reparto ed, in contemporanea, è stato avviato uno studio osservazionale per valutare il gradimento da parte degli assistiti e dei loro parenti. L'intero processo ha previsto tra l'altro l'attivazione del follow-up infermieristico ad integrazione dell'ambulatorio di follow-up medico.

Il protocollo di studio prevede come principali investigatori e firmatari del progetto due infermieri delle Terapie Intensive coinvolte. Per il perseguimento dei risultati attesi sono state fondamentali la grande sinergia e la forte motivazione dei componenti del gruppo.

15:40 - 16:00

INTRODUZIONE DEGLI ICU DIARY IN UNA TERAPIA INTENSIVA GENERALE

*Alberto Lucchini, Luigi Iannuzzi, Giulia Villa, Francesca Pisetti, Silvia Villa - ASST Monza - Relazione Simona Vimercati
alberto.lucchini@unimib.it*

Obiettivi

Analizzare i contenuti degli ICU Diaries compilati in una terapia intensiva generale.

Materiali e metodi

Sono stati presi in esame retrospettivamente tutti i diari scritti da Aprile a Dicembre 2018. È stata utilizzata una griglia di analisi con 6 categorie tematiche già presente in letteratura.

Risultati

I diari totali raccolti sono stati 31 (47,7% degli eleggibili). La restituzione del diario è avvenuta per tutti i pazienti vivi, a cui è stato riconsegnato personalmente (20 diari - 87%), a 7 giorni dalla dimissione dalla Terapia Intensiva dopo valutazione di delirium negativo attraverso la scala CAM-ICU. Nella lettura ed analisi dei diari sono state identificate tre categorie di "soggetti scriventi": infermieri, parenti/amici e altro (studente di infermieristica, medico o specializzando). Ogni diario aveva una media di $[42,93 \pm 46,9]$ entries totali, con una frequenza di scrittura giornaliera di $[2,2 \pm 0,97]$ volte distribuite tra vari soggetti. Dai dati raccolti è emerso che la figura sanitaria che in assoluto contribuisce maggiormente alla stesura dei diari è l'infermiere $[56,2 \pm 26,7]$ %, mentre le altre figure come medici, studenti di infermieristica o specializzandi contribuiscono solo per il $[2,1 \pm 3,9]$ %; la restante parte è stata stesa da persone significative per l'assistito. Calcolando la degenza media e dividendo in due metà il campione, emerge che la frequenza relativa di scrittura degli infermieri nella categoria "Presenza e Supporto", aumenta in maniera statisticamente significativa tra la prima e la seconda metà ($p = 0,043$), ovvero $(0,30 \pm 0,14)$ nella degenza 18 giorni.

Conclusioni

Dai dati raccolti emerge la forte presenza della componente infermieristica nella stesura dei diari e l'aumento del coinvolgimento emotivo da parte di suddetti professionisti all'aumentare della degenza del paziente ($p = 0,043$). Essendo il campione analizzato esiguo, sarebbe necessario integrare lo studio, ampliando la popolazione.

Sala Plenaria TERAPIA INTENSIVA 2

16:20 - 16:40

ANALISI DEL SISTEMA DI GESTIONE DELLE EMERGENZE INTRAOSPEDALIERE ITALIANO: UNA SURVEY NAZIONALE

Bianca Reitano – Az. Osp. Univ. S. Maria alle Scotte, Siena
bianca.reitano@gmail.com

Introduzione

L'arresto cardiocircolatorio rappresenta l'emergenza intraospedaliera più temibile che si possa presentare all'interno del nostro sistema sanitario. In Italia, la media riscontrata è di 1,53 arresti intraospedalieri ogni 1.000 pazienti (Radeschi 2017). Il tasso di sopravvivenza dopo un arresto cardiaco intraospedaliero non supera il 20% (Morrison 2013). Nella maggior parte dei casi gli arresti cardiaci intraospedalieri si verificano presso le unità operative generiche facendo riferimento ai reparti medici (Nolan 2014). Presso queste degenze il paziente non è sottoposto a monitoraggio continuo dei parametri vitali, caratteristica che ostacola la prevenzione dell'evento critico o comporta un ritardo nel riconoscimento e nella gestione dell'evento stesso (Sandroni 2015). Questo ritardo nell'attivazione del team che gestisce l'emergenza è causato da:

- poca conoscenza dell'importanza del rilevamento e monitoraggio dei parametri vitali;
- bassa frequenza di rilevamento dei parametri vitali o rilevamento in modo tardivo e incompleto, con conseguente inadeguato riconoscimento e trattamento dei segni precoci;
- disorganizzazione o eccessivo carico di lavoro del reparto che non permette l'intensificazione del monitoraggio;
- comunicazione, aggiornamento e attivazione inefficaci dello staff sanitario dedito alla gestione dell'emergenza intraospedaliera.

Materiali e metodi

Anche un'organizzazione complessa, poco chiara e diversificata può causare delle difficoltà nell'attivazione del team che gestisce l'emergenza intraospedaliera e quindi un ritardo nell'intervento. Il presente lavoro di ricerca ha dunque condotto uno studio osservazionale attraverso survey nazionale telefonica per indagare e valutare le diverse tipologie di organizzazione presenti nel territorio italiano preposte alla gestione dell'emergenza intraospedaliera.

Risultati

Dalla raccolta dati è stato ottenuto un campione totale di 152 strutture ospedaliere di cui almeno una per ogni provincia italiana. All'interno delle strutture esaminate le emergenze intraospedaliere sono gestite nel 52% dei casi dall'unità operativa di Terapia Intensiva, nel 25% dal Medical Emergency Team (MET) nel 15,1% dall'unità operativa dove si verifica l'emergenza, nel 6,6% dal Pronto Soccorso ed infine nell'1,3% dalla Medicina d'Urgenza. Nello specifico, il team è composto da un medico anestesista rianimatore e da un infermiere proveniente dalla Terapia Intensiva nell'80,3% delle strutture ospedaliere esaminate, nel 13,2% dei casi il team è formato solo dal medico anestesista rianimatore, nel 3,3% dei casi da un medico e da un infermiere di Pronto Soccorso. In solo l'1,3% dei casi intervengono il medico e l'infermiere provenienti dall'unità operativa di Medicina d'Urgenza, sempre nell'1,3% dei casi gestisce l'emergenza intraospedaliera il personale dell'unità operativa dove si verifica l'emergenza ed infine nello 0,7% dei casi interviene il medico del Pronto Soccorso. Nell'89,5% dei casi si tratta di personale non esclusivamente dedicato alla gestione delle emergenze e solo nel 10,5% dei casi il team è composto da un medico anestesista rianimatore riservato esclusivamente alle emergenze intraospedaliere al quale poi si aggiunge personale infermieristico non dedicato. Confrontando inoltre la composizione del team e la tipologia di struttura ospedaliera, si evidenzia una situazione molto eterogenea all'interno dei presidi ospedalieri, dovuta probabilmente alla limitazione delle risorse umane, al minore livello di complessità assistenziale e alla mancanza della Terapia Intensiva.

Per le modalità di attivazione, in 152 strutture sono stati riscontrati 148 numeri telefonici differenti, solo il 2,6% utilizza uno stesso numero. Per quanto riguarda la formazione, si è evidenziato che solo il 20,4% delle strutture ospedaliere offre un corso di formazione specifico ai propri dipendenti.

Conclusioni

Dato l'ampio livello di eterogeneità organizzativa riscontrata, occorre procedere ad un piano di riorganizzazione del sistema di gestione delle emergenze intraospedaliere a partire da un processo di miglioramento della fase di attivazione del team che preveda la standardizzazione di procedure, l'introduzione di strumenti di valutazione basati su criteri guida come la scala MEWS e un accurato programma di formazione.

L'adozione di un numero unico di chiamata standardizzato, proposto a livello europeo già dal 2006, può comportare l'aumento dell'efficacia, dell'efficienza e della sicurezza del paziente evitando il verificarsi di ritardi nella gestione dell'emergenza. Allo stesso tempo, costituirebbe un punto fermo per l'operatore che è sempre più soggetto a spostamenti da ospedale ad ospedale, di regione in regione diminuendo così la confusione e i potenziali eventi avversi (Whitaker 2016).

16:40 - 17:00

L'INFERMIERE NEL TRASPORTO INTER-OSPEDALIERO PER LA SICUREZZA ED IL CORRETTO HANDOVER DEI PAZIENTI DIMESSI DALLA TERAPIA INTENSIVA (TI): UNO STUDIO OSSERVAZIONALE, RETROSPETTIVO, MONOCENTRICO

Moris Rosati, Francesco D'Ambrosio, Michele Fanetti, Simone Pirri – Az. Osp. Univ. di Siena
moris.rosati@gmail.com

Introduzione

La letteratura più recente disponibile riprende e sostiene i concetti esplicitati nelle Linee Guida inglesi dell'Intensive Care Society (2011) nelle quali si afferma che il trasporto sia inter-ospedaliero sia intraospedaliero è esposto a criticità elevate che vanno a minare la sicurezza del paziente e del trasporto in generale. A livello nazionale il gruppo SIAARTI (2012) ha emanato le proprie indicazioni e standard minimi per il trasporto inter e intra ospedaliero. Localmente, la Regione Toscana ha regolamentato (2009) il trasporto su mezzi gommati e nel 2012 ha introdotto un ulteriore documento denominato "Trasporto inter-ospedaliero di pazienti critici adulti: handover e mantenimento del livello di intensità di cure". Alla luce della normativa ed in accordo con il 118 locale, nell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Siena (AOUS) è stato attivato un servizio di trasporto inter-ospedaliero allo scopo di garantire la continuità assistenziale (handover) e la sicurezza durante il trasferimento dalla U.O.C. Rianimazione e Medicina Critica verso altri ospedali o centri di riabilitazione. Lo staff dimettente presente nel trasporto garantisce la continuità assistenziale in quanto ha una conoscenza molto accurata del paziente perché lo ha seguito in tutto il suo percorso diagnostico e terapeutico; inoltre, la presenza dell'infermiere e del medico ove previsto, conseguiranno a minimizzare i rischi di deterioramento dei pazienti e quindi la sicurezza durante il trasferimento.

Disegno

Lo studio è di tipo osservazionale, retrospettivo, monocentrico sul servizio di trasporto inter-ospedaliero effettuato del personale della U.O.C. Rianimazione e Medicina Critica dell'AOUS per i pazienti ricoverati nella propria TI nel periodo da dicembre 2016 ad agosto 2018.

Obiettivi

Lo studio ha come obiettivi primari la descrizione quantitativa e qualitativa dei trasferimenti osservati nel periodo in esame e annoverare le criticità emerse al fine di percepire la sicurezza del trasporto. Secondariamente si vuol descrivere, facendo esprimere l'infermiere che ha effettuato il trasferimento attraverso delle scale Likert, la qualità dell'handover, la sicurezza per il paziente, la qualità della trasmissione delle informazioni e la soddisfazione professionale personalmente percepita nel servizio.

Popolazione

La popolazione in studio sono tutti i pazienti adulti, dimessi dalla U.O.C. Rianimazione e Medicina Critica nel periodo da dicembre 2016 ad agosto 2018. Sono stati inclusi nello studio tutti i pazienti adulti (> 18 aa) che per qualsiasi motivo hanno avuto necessità di essere trasferiti in altro presidio per il proseguimento della cura.

Materiali e metodi

I dati sono stati raccolti in scheda di tipo cartaceo e successivamente trasferiti in formato elettronico utilizzando il software Microsoft® su scheda di calcolo Excel® ove è stato possibile effettuare i calcoli per l'analisi di statistica descrittiva.

Analisi

Nel periodo di studio sono stati effettuati 54 trasporti inter-ospedalieri di cui 37 inclusi in quanto rispondenti al criterio di selezione "pazienti dimessi dalla TI in esame". Il trasporto si è dimostrato sicuro per il paziente in quanto gli episodi critici che si sono verificati sono stati solamente 2 (5.41%) e comunque risolti in modo immediato con trattamento farmacologico e non hanno riportato conseguenze né immediate né tardive; altri indici che possono suggerire la sicurezza del trasporto, sono relativi alla bassa variabilità dei parametri vitali monitorati durante il trasferimento. Per la valutazione dell'handover sono state raccolte il 75.7% (n=28) delle schede; dai dati emerge che alla domanda se "lo staff accettante abbia gradito la presenza del personale dimettente al fine di garantire un buon handover" i giudizi si sono divisi tra "abbastanza" (57.1%) e molto (42.9%). Per la valutazione del servizio effettuato è stata usata una scala Likert a dieci punti dove si è chiesto all'infermiere che ha effettuato il trasporto, un proprio giudizio sulla sicurezza dello stesso, la qualità di trasmissione delle informazioni e la soddisfazione professionale allo svolgimento di tale servizio. Tutti e tre gli item hanno riportato valori molto alti e nello specifico:

1. Sicurezza: media punteggio 8.5 (DS \pm 1.64), mediana 8.5, moda 10.
2. Qualità delle informazioni: media punteggio 8.43 (DS \pm 1.35), mediana 8, moda 8.
3. Soddisfazione professionale: media punteggio 8.54 (DS \pm 1.35), mediana 9, moda 10.

Ulteriori dati sono attualmente in elaborazione.

Conclusioni

L'elaborazione dei dati è ancora incompleta e quindi impossibile trarre le conclusioni dello studio.

17:00 - 17:20

NURSING NEL CONTROLLO GLICEMICO STRETTO (TGC): REVISIONE SISTEMATICA DELLA LETTERATURA

Irene Comisso, Marika Rosset, Flavia Chessari, Daiana Peressini, Serena Giorgino, Anna Qualizza – Az. San. Univ. Integrata, Udine
irenecomisso77@gmail.com

Introduzione

Nel 2001, Van den Berghe e coll. hanno dimostrato una riduzione statisticamente significativa della mortalità nei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva (TI) e trattati con un protocollo che prevedeva il mantenimento dei valori glicemici all'interno di range limitati, anche in pazienti alimentati artificialmente. Negli anni successivi, la riduzione della mortalità e la sicurezza del protocollo sono stati ampiamente dibattuti e molti altri studi hanno applicato la metodica del TGC con range di tolleranza della glicemia più elevati rispetto a quanto fatto nello studio originale. Il TGC rimane una attività a prevalente gestione infermieristica, rispetto alla quale devono essere condivisi nell'equipe sia i target di mantenimento, sia la frequenza dei controlli, attraverso la predisposizione di protocolli specifici di struttura.

Obiettivi

Lo scopo di questa revisione è di determinare quali siano i range ottimali di mantenimento della glicemia nei pazienti degenti in TI e il timing dei controlli, includendo anche la determinazione del carico di lavoro derivante dall'applicazione del protocollo. La revisione si propone inoltre di individuare le principali complicanze associate all'applicazione di un protocollo per il TGC.

Materiali e metodi

È stata interrogata la banca dati PubMed utilizzando le parole chiave glycaemia, intensive care, critical care, outcome, glycaemic control, glycaemic intensive monitoring, strict glucose control, tight glucose monitoring, tight glucose control, nurse workload, adverse events, complications, glucose measurement. Sono stati inclusi tutti gli articoli individuati in lingua inglese. Sono stati esclusi gli articoli che riguardavano la popolazione pediatrica.

Risultati

Sono stati reperiti un totale di 266 articoli dalla combinazione delle parole chiave in stringhe di ricerca. L'analisi degli articoli ha portato ad escluderne 196 perché non pertinenti, doppiati, o perché non è stato possibile reperirne il full-text. L'intervallo adottato nello studio di Van den

Berghe (80-110 mg/dl) è stato considerato non sicuro in studi clinici successivi, e diverse società scientifiche hanno prodotto raccomandazioni con intervalli differenti (fino a 200 mg/dl). La somministrazione di macronutrienti in quantità adeguate rappresenta uno standard imprescindibile nei pazienti sottoposti a controllo glicemico stretto, al fine di ridurre le complicanze derivanti dall'ipoglicemia. L'adozione di metodiche di monitoraggio continuo sembrano migliorare il controllo glicemico, mentre i sistemi point of care hanno dimostrato una eccessiva variabilità rispetto ai sistemi con taratura giornaliera. Il carico di lavoro infermieristico viene descritto come aumentato ma non adeguatamente quantificato negli studi presi in considerazione.

Conclusioni

L'intervallo ottimale di mantenimento del target glicemico rimane un argomento ancora dibattuto, probabilmente a causa della variabilità indotta dalle metodiche di misurazione, dall'expertise degli operatori e dal rapporto infermiere-paziente. La gestione dell'apporto nutrizionale e della somministrazione di insulina che si avvale di modelli predittivi computer-based sembra essere efficace nella riduzione delle complicanze legate all'ipoglicemia severa e del raggiungimento dei target nutrizionali stabiliti. Il carico di lavoro rimane poco indagato, pur essendo elevata l'attenzione degli infermieri sull'importanza del mantenimento di target glicemici adeguati.

Sala Falco

EMERGENZA E PRONTO SOCCORSO I

16:20 - 16:40

RISPOSTA ASSISTENZIALE ALLE URGENZE MINORI IN PRONTO SOCCORSO: STUDIO RETROSPETTIVO SUI PERCORSI SEE AND TREAT NELLA ZONA SENESE DELLA USL TOSCANA SUD EST

Lorenzo Righi, Christian Ramacciani Isemann, Stefano Trapassi, Stefania Brogini, Giovanni Becattini - USL Toscana Sud Est
lorenzo.righi@hotmail.it

Introduzione

Nel contesto del pronto soccorso della Regione Toscana riveste una consistente rilevanza il fenomeno della forte prevalenza dei "codici minori": ogni anno, infatti, circa l'80% degli accessi viene classificato con un livello di priorità basso (codici "bianchi" e "azzurri": tra il 16 e il 32%) o medio (codici "verdi": tra il 40 ed il 66%). 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).

Materiali e metodi

L'obiettivo di questo lavoro, pertanto, è quello di analizzare la casistica degli assistiti afferenti al pronto soccorso dei tre ospedali della provincia di Siena (Ospedale "Alta val d'Elsa" di Poggibonsi, "Ospedali riuniti della Valdichiana" di Montepulciano, Ospedale "Amiata-Val d'Orcia" di Abbadia San Salvatore) che possono rientrare nel percorso S&T per valutarne il possibile impatto sulla linea di attività a bassa complessità prevista nel nuovo modello organizzativo.

È stato condotto uno studio di natura descrittiva retrospettiva attraverso il Data Warehouse aziendale sono stati scaricati i record relativi a tutti gli accessi dei tre pronto soccorso nel periodo 1/1/2018 - 31/12/2018.

Risultati

L'analisi dei casi inclusi nello studio ha evidenziato l'eligibilità di 5.661 casi sul totale degli accessi annui: ciò significa che l'8,66% degli accessi totali nel pronto soccorso oggetto dello studio è potenzialmente inseribile nel percorso S&T. Esiste una differenza sostanziale tra i casi eligibili nei pronto soccorso zonali. La maggior parte dei casi (oltre 2/3) dei casi che accedono nei pronto soccorso presi in esame appartiene alla casistica a bassa priorità.

Conclusioni

La numerosità dei casi a bassa priorità, comunque, sottolinea l'importanza dell'applicazione dei percorsi S&T anche in questi contesti, dove quasi

1/10 dei casi potrebbe essere trattato da un infermiere esperto e certificato nella metodica. Ciò può contribuire a ridurre i tempi di attesa e di throughput e migliorare nello stesso tempo la qualità delle prestazioni sanitarie per gli utenti e anche per gli operatori, valorizzando la professionalità degli infermieri (perfezionati nell'aspetto clinico) e dei medici (che possono dedicarsi alla casistica a maggiore complessità).

16:40 - 17:00

INDAGINE SUL RECEPIMENTO DELLA NORMATIVA REGIONALE RIGUARDANTE IL CODICE ROSA NEI PRONTO SOCCORSO PIEMONTESI

Fabio Bidoggia, Cerasela Solomon - AOU San Luigi Gonzaga, Orbassano (TO)

fabio.bidoggia@unito.it

Introduzione

La violenza contro le donne è un importante problema per la sanità pubblica. Il Pronto Soccorso assumono una posizione di leadership nelle azioni da intraprendere per combattere ogni forma di violenza, grazie alla loro funzione di riconoscimento e supporto immediato alle vittime. In Piemonte è stata deliberata la Legge Regionale n.4 del 24/2/2016 nella quale sono previsti interventi di prevenzione e contrasto della violenza di genere; nella normativa sono coinvolti attivamente anche i Pronto Soccorso del territorio regionale.

Obiettivi

Descrivere le modalità di recepimento della normativa regionale per il contrasto della violenza di genere, da parte della rete dell'emergenza ospedaliera piemontese.

Materiali e metodi

È stato costruito un questionario a partire dalla normativa di riferimento. Per ottenere l'autorizzazione all'indagine sono stati contattati i responsabili della direzione generale, sanitaria e infermieristica dei singoli presidi; il questionario è stato somministrato ai responsabili medico-infermieri di ciascun Pronto Soccorso.

Risultati

Delle 49 strutture ospedaliere dotate di Pronto Soccorso, presenti sul territorio regionale, hanno risposto in 25. Il Codice Rosa è presente come codice aggiuntivo in 7 dipartimenti. In 22 strutture è presente un'équipe multidisciplinare e, in 4 di queste, l'équipe è composta dalle figure previste dalla normativa. La formazione al personale è contemplata in 21 dipartimenti, attraverso corsi riguardanti il percorso delle vittime di violenza. In 19 strutture è garantito un luogo riservato per chi ha subito violenza. La reperibilità dedicata alle vittime di violenza è garantita in 3 strutture su 25.

Conclusioni

In Piemonte l'adesione alla Legge Regionale risulta ancora frammentaria e, sul territorio regionale, l'offerta di percorso dedicato alla vittima di violenza è ancora disomogenea. Seppur molti Pronto Soccorso abbiano dichiarato di aver realizzato interventi adeguati, resta prioritaria la necessità di maggior uniformità a livello regionale.

17:00 - 17:20

L'INFERMIERE BED MANAGER E IL MANAGEMENT DEI FLUSSI OSPEDALIERI

Daniela Berardinelli, Annarita De Luigi, Daniela Lanteri - AOU San Luigi Gonzaga, Orbassano, (TO)

dnl.berardinelli@gmail.com

Introduzione

Per contrastare il sovraffollamento ospedaliero ed ottimizzare la gestione dei posti letto è nata la figura dell'infermiere Bed Manager, con funzione di valutazione del flusso di pazienti da ricoverare e in dimissione e di ricerca di un appropriato setting assistenziale.

Obiettivi

Elaborare il profilo di posto dell'infermiere Bed Manager dell'AOU San Luigi Gonzaga di Orbassano.

Materiali e metodi

È stato identificato un gruppo di lavoro multidisciplinare ed effettuate delle interviste strutturate a tre infermieri Bed Manager di aziende ospedaliere piemontesi. Le competenze individuate sono state inserite nel modello ISFOL.

Risultati

Il profilo di posto elaborato prevede 4 aree di intervento dell'infermiere Bed Manager: organizzazione, formazione, ricerca e valutazione. L'infermiere Bed Manager analizza in maniera critica l'organizzazione in cui opera, programma i flussi interni e supervisiona la programmazione delle dimissioni.

Conclusioni

L'utilizzo del profilo di posto si è rivelato uno strumento utile per la sua valenza formativa e funzione di guida per i professionisti coinvolti e necessiterà di revisioni periodiche sulla base dell'evolversi del modello organizzativo aziendale e delle esigenze operative.

Sala Regency 3 TECNOLOGIA

16:20 - 16:40

LO SVILUPPO DI UN'APPLICAZIONE PER SMARTPHONE IN TERAPIA INTENSIVA: L'ESPERIENZA DI APPIC®

Matteo Danielis, Anne-Sophie Debye, Elisa Mattiussi, Vaglio Mariaelena, Gruppo Italiano ApplC - Università degli Studi di Udine

danielis.matteo@gmail.com

Introduzione

Il mondo dell'informazione e formazione sanitaria è in continua evoluzione: gli incontri in webinar, i corsi di formazione a distanza (FAD), le applicazioni per cellulari e tutti gli altri sistemi di e-learning consentono al professionista di accedere a contenuti scientifici dal proprio dispositivo elettronico, fisso o portatile, in qualsiasi momento. Ormai quasi cinque anni fa, un gruppo internazionale di professionisti afferenti al comitato Nurses and Allied Healthcare Professionals (N&AHP), che riunisce tutti gli infermieri iscritti all'European Society of Intensive Care Medicine (ESICM), ha sviluppato l'idea di mettere a disposizione degli infermieri clinici uno strumento multimediale facilmente accessibile e di immediato supporto alla pratica.

Obiettivi

Gli obiettivi del progetto erano:

- portare sullo schermo del cellulare le migliori pratiche di assistenza infermieristica in Terapia Intensiva basate su prove di efficacia, aggiornate in tempo reale e facilmente accessibili,
- creare uno strumento da utilizzare al posto letto del paziente in un'ottica di completa integrazione con l'assistenza.

Materiali e metodi

Circa 80 infermieri esperti provenienti da tutto il mondo si sono prestati gratuitamente come autori di 115 articoli a carattere scientifico. Attraverso un costante processo di peer-review, gli articoli sono stati revisionati ed approvati prima della pubblicazione sull'applicazione. L'App è nata in lingua inglese, ma ad oggi è già stata tradotta in cinque lingue, tra cui l'italiano.

Risultati

Disegnata per infermieri di area critica, ApplC® è un'applicazione gratuita, di facile utilizzo, evidence-based e che contiene informazioni sia in forma scritta che multimediale.

ApplC® si compone di cinque sezioni. Approfondire, Interagire e Svolgere sono le tre sezioni che contengono i 56 contenuti scientifici disponibili, esempi dei quali sono l'interpretazione dell'emogasanalisi arteriosa e venosa, la descrizione di come ricercare le migliori evidenze, l'assistenza

al paziente durante la broncoscopia, la descrizione di come pronare un paziente in Terapia Intensiva. La sezione Strumenti contiene, oltre alle formule di conversione, alcuni calcolatori delle scale maggiormente utilizzate nella pratica clinica (ad es. RASS per misurare il livello di sedazione del paziente o CPOT per l'accertamento del dolore). Inoltre, contiene un elenco di farmaci in cui, per ogni principio attivo, vengono riportati i nomi commerciali, preparazione e somministrazione, incompatibilità ed interazioni, sorveglianza. Infine, nella sezione Account personale, viene data la possibilità di salvare documenti per una più rapida consultazione, di accedere direttamente al sito internet dell'ESICM, di compilare il questionario di gradimento e contattare il comitato direttivo. Attualmente, la App è stata scaricata e viene utilizzata da circa 2,200 infermieri, ed è stata tradotta in francese, spagnolo, greco, italiano e si sta lavorando per la versione in lingua tedesca.

Conclusioni

I punti di forza di questa App sono prima di tutto che si tratta di un'applicazione creata da infermieri per infermieri. In secondo luogo, che i suoi contenuti sono costantemente aggiornati e sempre in evoluzione. Chiunque può segnalare in tempo reale la presenza di nuove prove di efficacia, richiedere un aggiornamento o proporre l'approfondimento di un argomento.

Parole chiave:

Terapia Intensiva, Area Critica, Smartphone, App, E-learning, Evidence-based.

16:40 - 17:00

APP PER LA SEGNALEZIONE DEGLI ATTI DI VIOLENZA VERSO GLI INFERMIERI DI PRONTO SOCCORSO: RISULTATI DI UNO STUDIO MULTICENTRICO

Nicola Ramacciati, Roberto Caldelli, Ruby Becarelli, Andrea Guazzini, Laura Rasero* - Az. Osp. di Perugia - *Università di Firenze
nicola.ramacciati@unipg.it

Introduzione

La violenza sul lavoro (workplace violence - WPV) in ambito sanitario è un fenomeno di rilevanza mondiale per dimensioni e gravità. Gli infermieri di Pronto Soccorso, soprattutto durante l'attività di triage, sono tra i lavoratori più esposti. Nonostante i sistemi di registrazione (report- keeping) e monitoraggio della WPV siano sempre più diffusi, la sotto-segnalazione degli episodi violenti (under-reporting) largamente descritta in letteratura e stimata attorno all'80%, rimane ad oggi un grave ostacolo alla conoscenza del problema e un limite per la verifica dell'efficacia reale degli interventi attuati per prevenire, contrastare o minimizzare il fenomeno. Studi recenti suggeriscono che l'uso di sistemi semplici e agevoli di registrazione potrebbero facilitare la segnalazione degli eventi violenti, in particolare quello condotto dall'Università degli Studi di Firenze presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia, i cui risultati preliminari sono stati presentati al 35° Congresso Nazionale Aniarti e al 5th International Conference on Violence in Health Sector di Dublino.

Disegno di studio

Questo studio si propone di studiare l'efficacia di un sistema semplice di segnalazione degli atti di violenza verso gli operatori di pronto soccorso (un'APP denominata PSaggres) tramite smartphone, tablet e personal computer, nella riduzione del fenomeno della mancata segnalazione.

1. Endpoint primario: ridurre il numero di mancate segnalazioni nel corso di 6 mesi.

2. Endpoint secondari:

- descrivere l'evento aggressione, (tipologie di aggressioni, profilo dell'aggressione e del sanitario aggredito),
- analizzare le caratteristiche delle vittime di violenza e dei servizi di Pronto Soccorso negli episodi di violenza.

Lo studio è osservazionale di tipo prospettico, multicentrico, senza finalità commerciali (no-profit). La durata dello studio è stata di sei mesi con inizio 5 febbraio 2018, i centri arruolati (su 25 autorizzati) sono stati 21 Pronto Soccorso di 5 regioni italiane (Piemonte, Lombardia, Toscana, Umbria, Lazio) per un totale di 384 infermieri partecipanti.

Analisi statistica

I dati raccolti, terminata la fase di pre-processing degli stessi, sono attualmente in fase di analisi statistica di tipo descrittivo utilizzando misure di

tendenza centrale (media, deviazione standard, mediana, range interquartile) per le variabili continue e misure di frequenza (proporzioni, tassi con limiti di confidenza al 95% calcolati in base a una distribuzione di Poisson) per le variabili discrete, nonché distribuzioni di frequenza semplici e multiple, associazione di caratteri, misure di variabilità, tenendo conto sia delle variabili specifiche della popolazione target (sesso, classi di età, anzianità di servizio, ecc.) sia delle variabili descrittive dell'evento. Il test di Student a due code e il χ^2 quadro saranno utilizzati per confrontare distribuzione di variabili continue e discrete, rispettivamente. Il livello minimo di significatività statistica è stabilito al 5%.

17:00 - 17:20

STUDIO OSSERVAZIONALE VOLTO AL MONITORAGGIO DEI FATTORI DI COMFORT NEL PAZIENTE CRITICO: L'UTILIZZO DELLO SLEEP PROFILER PER L'OTTIMIZZAZIONE DEL SONNO IN TERAPIA INTENSIVA (TI)

Lucia Lombezi, Yari Bardacci
lucia.lombezi@libero.it

Introduzione

La comunità scientifica sta ponendo sempre più l'accento sulla necessità di implementare delle misure che garantiscano un'adeguata quantità e qualità del sonno anche nel difficile setting delle TI. L'oggettivazione di un sonno soddisfacente si affida per lo più a scale numeriche quali RASS e CAM-ICU, mentre ad oggi lo sviluppo di dispositivi per effettuare misure neurofisiologiche affidabili è stato di difficile applicazione al letto del paziente. Razionale del presente studio è quello di confrontare la quantità e qualità del sonno, anche nel paziente sedato, rilevate mediante la tecnologia dello Sleep Profiler nelle ore notturne, con i principali fattori di disturbo ambientali e procedure operatore-dipendenti. I principali fattori di discomfort ambientale notturni sono stati studiati in una popolazione di pazienti nell'ambito di una TI post-chirurgica. L'architettura del sonno è stata registrata grazie alla tecnologia dello Sleep Profiler, strumento non invasivo e di facile utilizzo, applicato nella fronte del paziente mediante tre elettrodi per ECG. Lo studio ha previsto l'impostazione di una scheda di registrazione appositamente formulata nella quale sono state riportate tutte le procedure svolte sul paziente ed eventuali fattori di disturbo. Il confronto tra l'analisi EEG dello Sleep Profiler e i dati rilevati dalla scheda di registrazione, ha permesso di evidenziare quali fattori hanno aumentato l'incidenza dei risvegli; si è quindi sviluppata un'analisi critica di tutte quelle azioni che potrebbero essere limitate o evitate durante la notte. Lo studio si è concluso con la stesura di linee guida per l'infermiere aventi come scopo la riduzione dei principali fattori di disturbo. Strumenti di facile impiego come lo Sleep Profiler potrebbero essere utilizzati per studiare più approfonditamente il sonno in Terapia Intensiva riducendo le complicità post ricovero ad esso associate.

Sala Plenaria

TERAPIA INTENSIVA 3

17:20 - 17:40

ESPERIENZA INFERMIERISTICA SULLA CURA DEL FINE VITA: APPLICAZIONE DEL PROTOCOLLO SIAARTI IN TERAPIA INTENSIVA (TI)

Claudia Fanizza, Federico Ruta - Università degli Studi di Foggia
claudiafanizza@gmail.com

Introduzione

In tema con l'emanazione delle legge 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento" e sulla base del protocollo SIAARTI 2018 relativo le cure di fine vita e l'approccio alla persona morente, abbiamo sviluppato un lavoro che ha come obiettivo quello di analizzare le conoscenze degli operatori circa gli argomenti succitati, al fine di implementarli e utilizzare gli strumenti di management individuati nell'ambito del progetto aziendale sul fine vita.

Contenuti

Il ruolo dei professionisti sanitari è di rilevante importanza nella gestione delle situazioni di fine vita relative all'approccio alla persona morente

e al supporto della famiglia. La finalità di questo lavoro è stata di analizzare le conoscenze degli operatori sanitari (medici, infermieri) della TI dell'ospedale Bonomo di Andria, attraverso la formulazione di un questionario composto di 12 items a risposta validata e strutturato in due parti, la prima utile per capire il livello di formazione e informazione degli operatori, mentre nella seconda abbiamo analizzato il loro atteggiamento rispetto al fine vita e l'attuale sua gestione. Lo scopo è stato quello di fotografare una realtà iniziale su cui costruire le fondamenta di un progetto relativo le dichiarazioni anticipate di trattamento (DAT) e per la sperimentazione del nuovo protocollo SIAARTI.

Analizzando e sintetizzando i dati relativi una popolazione campione di 42 operatori intervistati, è emerso che gli operatori hanno, in media "abbastanza" conoscenze, ma che non trovano applicazione nella realtà lavorativa a causa della scarsa comunicazione tra l'équipe e soprattutto per la poca informazione e sensibilizzazione della società circa l'argomento. Sulla base di tali considerazioni abbiamo formulato un secondo questionario diversamente rivolto alla comunità laica, che andasse a valutare le conoscenze e la cultura sul fine vita. Attraverso l'utilizzo di Google moduli abbiamo somministrato 15 items a 308 persone, riportando i seguenti dati: 85.3% non è d'accordo all'accanimento terapeutico; 82.3 % conosce la possibilità di redigere un testamento biologico; 63.7 % vorrebbe redigerlo, nonostante non sappia come farlo; 55.9 % non conosce la modalità di redazione; 54.8% gradirebbe che in caso di non espressione la decisione spettasse ad un familiare; 75.7 % pensa che le DAT accompagnino dignitosamente alla morte; 66.7 % non si spaventa all'idea di redigere un testamento biologico; 87 % il testamento biologico non va contro i principi etici della vita; 83.9 % non conosce le cure palliative; 96.7 % ritiene opportuna una buona divulgazione delle tematiche sul fine vita; 94.3 % condivide il progetto terapie intensive aperte. È opportuno sottolineare che i risultati sono meritevoli di valutazione, al fine di intraprendere le migliori politiche sociali per preparare la popolazione su argomentazioni di attualissima emanazione, ma che ad oggi restano ancora poco chiare e soprattutto poco applicate nelle strutture ospedaliere, le quali hanno l'obbligo di fornire tutti gli strumenti validi per erogare un'assistenza a 360°. Lo studio condotto può essere suddiviso in tre fasi principali:

1. la prima fase ha previsto degli incontri di formazioni tra l'intera équipe per discutere e analizzare i dati rilevati i questionari, e colmare i gap formativi degli operatori coinvolti;
2. la seconda fase riguardava la condivisione e introduzione del Protocollo SIAARTI all'interno dell'Unità Operativa, analizzando in tutte le sue parti gli aspetti salienti di applicazione dello stesso;
3. la terza fase adiuvata dal preesistente progetto Intensiva 2.0, ha permesso di migliorare i rapporti di comunicazione con i parenti "abbattendo" le mura dei pregiudizi nei confronti degli operatori e implementando la condivisione dei trattamenti terapeutici con la famiglia.

In fase di attuazione del progetto il gruppo di lavoro ha ritenuto opportuno utilizzare la scheda di valutazione del fine vita per valutare tutti i pazienti a cui è stato applicato il trattamento di fine vita ed il diario infermieristico che si accosta a tale scheda, utile per documentare l'aspetto del nursing durante la cura del fine vita. Ad oggi, il progetto nel primo quadrimestre di sperimentazione, vanta un numero di 20 casi a cui, in comune accordo e condivisione con la famiglia, sono state applicate le limitazioni dei trattamenti intensivi, sebbene in nessuno di questi sia stata documentata una sottoscrizione di DAT e solo in 2 casi c'è stata la nomina di un fiduciario da parte della persona morente.

Conclusioni

Concludiamo citando l'art. 24 del nuovo Codice Deontologico degli infermieri, che afferma l'importanza del gesto assistenziale della pianificazione condivisa delle cure, della palliazione, del conforto ambientale e del sostegno che si presta ai familiari.

17:40 - 18:00

PADIS 2018: PROGETTO DI IMPLEMENTAZIONE IN TRE TERAPIE INTENSIVE DELL'ASST GOM NIGUARDA

Marcella Bonelli - ASST GOM Niguarda, Milano
bonellimarcella1@gmail.com

Introduzione

Le linee guida PADIS 2018, raccolgono le principali raccomandazioni sulla prevenzione e gestione di dolore, sedazione/agitazione, delirium, immobilità e sonno nel paziente di terapia intensiva (TI). L'utilizzo di scale di valutazione appropriate risulta essere il punto di partenza nella gestione di tali problematiche. È pertanto necessario che gli infermieri di area critica siano non solo a conoscenza di tali linee guida, ma le traducano in azioni assistenziali mirate nella realtà quotidiana, al fine di migliorare gli outcome del paziente critico.

Obiettivi

L'obiettivo di questo lavoro è quello di unificare, secondo le linee guida PADIS, il sistema di monitoraggio e gestione del dolore, sedazione, delirium, sonno e del controllo ambientale attraverso l'utilizzo di uno strumento comune, in tre TI dell'ASST GOM Niguarda.

Materiali e metodi

È stata condotta un'analisi retrospettiva delle schede di monitoraggio aziendali e diari infermieristici dell'ultimo anno (2018). L'analisi ha evidenziato l'errato utilizzo di una scala di valutazione del dolore e lo scarso o assente impiego di scale per la valutazione dello stato di sedazione e di valutazione del delirium, all'interno di tutti e tre i reparti di TI presi in considerazione. La metodologia del Journal Club, ha poi permesso di presentare le Linee Guida PADIS attraverso l'organizzazione di due incontri da due ore ciascuno. Questo momento di riflessione condivisa, ha consentito la creazione di un gruppo di lavoro unificato che lavorasse all'ideazione ed implementazione delle azioni di miglioramento individuati durante gli incontri.

Risultati

È stata prodotta un'istruzione operativa, contenente una scheda di monitoraggio con le differenti scale di valutazione associate anche al controllo dell'ambiente e del sonno dei pazienti ricoverati all'interno delle tre unità di TI. Tale scheda, in vigore dal prossimo 1 Ottobre 2019, costituirà lo strumento di raccolta per uno studio osservazionale ideato dal gruppo di lavoro.

Conclusioni

La conoscenza delle nuove linee guida PADIS ha permesso una riflessione critica e una standardizzazione del monitoraggio del dolore, del livello di sedazione e la presenza o meno di delirium, all'interno delle tre TI considerate. Un adeguato monitoraggio risulta essere il primo passo al fine di riscontrare miglioramenti non solo a livello organizzativo, ma anche sugli esiti del paziente critico. Ricerche future saranno utili, al fine di valutare la correlazione tra tali azioni di miglioramento e gli outcome di cura.

18:00 - 18:20

PAIN AGITATION DELIRIUM: REPORT SULL'IMPLEMENTAZIONE ED UTILIZZO DELLE SCALE DI VALUTAZIONE CON ANALISI DELLE CRITICITÀ EMERSE NEL TEMPO

Moris Rosati, Francesco D'Ambrasio, Michele Fanetti, Simone Pirri - Az. Osp. Univ. di Siena
moris.rosati@gmail.com

Introduzione

Il Delirium è una sindrome neuro-comportamentale causata da una disregolazione dell'attività neuronale, secondaria a danni sistemici. Ha un'incidenza in Terapia Intensiva (ICU) molto elevata che arriva fino all'80% dei pazienti ventilati meccanicamente. Le linee guida americane (Barr 2013) indicano una stretta correlazione tra dolore-agitazione-delirium e per questa ragione è raccomandato un monitoraggio routinario di queste tre componenti attraverso delle Scale di Valutazione validate e conosciute dal personale.

Progetto di studio

Lo studio è di tipo osservazionale, retrospettivo, monocentrico e prevede di descrivere l'incidenza delle tre componenti in un periodo di osservazione di 3 anni. Secondariamente mira ad analizzare le criticità emerse durante il periodo di osservazione dall'introduzione del monitoraggio routinario (Aprile 2016) fino al 31 dicembre 2018 e verificare l'aderenza alla compilazione delle Scale di Valutazione nel tempo.

Materiali e metodi

Ad inizio progetto le Scale di Valutazione sono state implementate nella cartella informatizzata della ICU e successivamente è stato deciso che una volta per turno infermieristico (cadenza di 8 ore) fossero somministrate seguendo una precisa modalità: inizialmente dovrà essere valutato il Dolore applicando la scala NRS (gold standard) nei pazienti svegli ed orientati. Quando non è possibile applicarla perché il paziente non è in grado di auto valutarsi (es: grado di sedazione RASS=-2) oppure la sua valutazione non è affidabile, usare la scala BPS o in alternativa la scala BPS-NI.

Se il dolore è presente dovrà essere trattato secondo il piano terapeutico (dose rescue) e dovrà essere rivalutata l'efficacia dell'intervento tenendo conto del tempo di azione del farmaco somministrato. Quando il dolore sarà assente dovrà essere valutato lo stato di Sedazione/Agitazione applicando la scala RASS e se lo score è superiore a -3 dovrà essere valutata la presenza o meno di Delirium applicando la scala CAM-ICU. La raccolta dei dati è stata possibile tramite query diretta nel software dedicato.

Analisi e discussione

L'implementazione nella cartella informatizzata delle scale di valutazione ha facilitato la compilazione in termini di tempo e l'ha resa più facile in quanto le scale di valutazione sono ben visibili e fruibili nel PC al letto del paziente sia ad inizio progetto sia ad oggi. L'analisi completa dei dati è tutt'ora in corso, attualmente abbiamo disponibili i dati dell'anno 2018 che fanno registrare 6351 registrazioni del dolore con le varie scale, di queste il 13% con la scala NRS e il 4% con la scala BPS-NI erano significative per dolore. Le rilevazioni con la scala RASS sono state 6042 mentre le valutazioni di screening per il Delirium tramite la scala CAM-ICU sono state 765, l'incidenza di Delirium per l'anno in esame è del 16%. L'analisi separata dei tre anni dimostrerà l'aumentata o la ridotta aderenza alla compilazione da parte del personale infermieristico e le criticità emerse durante il progetto.

Sala Falco EMERGENZA E PRONTO SOCCORSO 2

17:20 - 17:40

UTILIZZO DELLA TECNICA "RESUSCITATIVE ENDOVASCULAR BALLOON OCCLUSION OF THE AORTA" (REBOA) PER IL CONTROLLO DELLE EMORRAGIE TRAUMATICHE NON COMPRIMIBILI. UNA REVISIONE SISTEMATICA DELLA LETTERATURA

Valentina Di Silvio, G. Moriconi, M. Cantello, A. Montini, G. Ciattaglia, D. Temperini, F.Y. Pallua, R. Di Mauro, M. Marchetti, D. Messi, A.R. Lampisti, M. Cocci - A.O.U. Ospedali Riuniti Ancona
valentina.disilvio91@gmail.com

Introduzione

L'emorragia è la principale causa di morte evitabile nel trauma. L'emorragia non comprimibile del tronco (NCTH) ha una mortalità associata del 45% circa. Un'elevata percentuale di decessi si verificano precocemente, prima che il controllo definitivo del sanguinamento possa essere raggiunto con tecniche chirurgiche o interventistiche. Il REBOA (Resuscitative Endovascular Balloon Occlusion of the Aorta), è uno strumento mini-invasivo per la stabilizzazione dei pazienti in stato di shock dovuto a NCTH. Già utilizzato in diversi contesti clinici negli ultimi anni, il suo impiego nel paziente traumatizzato è diventato "hot topic".

Obiettivi

Comprendere se il REBOA può essere una valida soluzione nella gestione dello shock emorragico correlato a NCTH secondaria a trauma esaminando i benefici, le complicanze e la mortalità correlati alla procedura.

Materiali e metodi

Revisione sistematica della letteratura condotta secondo il metodo PRISMA, consultando le banche dati Pubmed, TripDatabase e CINAHL utilizzando le seguenti parole chiave: "REBOA", "Resuscitative Endovascular Balloon Occlusion of the Aorta", "IABO", "ABO", "trauma". Sono stati inclusi studi primari pubblicati in lingua inglese dal 2009 a Marzo 2019 che avessero come popolazione pazienti con NCTH secondaria a trauma, di età superiore a 18 anni trattati con REBOA. Tutti gli studi inclusi valutano benefici, complicanze e mortalità correlati alla procedura.

L'analisi di titoli, abstract e full-text è stata condotta in maniera indipendente da quattro revisori e, in caso di disaccordo, il conflitto è stato risolto dall'intervento di un quinto revisore.

Risultati

Sono stati selezionati 12 articoli su 271: 3 case report, 4 serie di casi, 4 studi retrospettivi, 1 prospettico.

Tutti gli studi mostrano un incremento della pressione sistolica e della stabilità emodinamica nei pazienti trattati con REBOA. Le complicanze

principali, strettamente correlate al tempo di occlusione aortica, sono: ischemia distale e/o eventi tromboembolici con eventuale bisogno di amputazione, problemi nel punto di inserzione del catetere, danni renali, ematoma retroperitoneale e coagulopatie. Le complicanze correlate a REBOA sembrano incidere poco sulla mortalità essendo limitate a lesioni locali. Solo due studi indicano un'elevata mortalità correlata; da considerare, però, che questa è un esito frequente dei pazienti gravemente feriti.

Conclusioni

La tecnica REBOA applicata al trauma è una tecnica emergente, innovativa e in continuo sviluppo; i benefici sull'emodinamica sono evidenti e la mortalità non sembra direttamente correlata alle complicanze legate alla procedura. Emerge chiaramente il ruolo di REBOA come "ponte verso la chirurgia" per il controllo finale del sanguinamento. È essenziale un approccio multidisciplinare e coordinato dove l'infermiere ha un ruolo centrale. Le evidenze sull'argomento sono ancora deboli, sono quindi necessari ulteriori studi per confermare questi risultati.

17:40 - 18:00

LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI SUICIDIO IN PRONTO SOCCORSO. UNA REVISIONE SISTEMATICA

Greta Manzotti, Patrizia Di Giacomo - Luce Sul Mare, Sant'Arcangelo di Romagna (Rimini)
gretamanzotti@hotmail.it

I termini "suicidio e tentativo di suicidio" indicano un'ampia serie di atti lesivi per la persona, per autodistruggersi. Il suicidio è un importante problema della sanità pubblica mondiale, rappresenta l'1.4% di tutti i decessi nel mondo: in Italia il tasso è di 6.5 suicidi/100.000 abitanti. Deriva da un'interazione di molteplici fattori biologici, genetici, psicologici, sociali, culturali ed ambientali. Il suicidio è stato sempre stigmatizzato e questo ostacola la prevenzione. Negli ospedali italiani il suicidio e il suo tentativo rappresentano il 2° evento sentinella, ed è in aumento. La prevenzione del suicidio richiede una appropriata presa in carico del paziente, per identificarne i fattori di rischio.

Obiettivi

Verificare l'esistenza di modalità di valutazione del rischio suicidario in Pronto Soccorso e di scale di valutazione valide e applicabili.

Materiali e metodi

È stata condotta una revisione. Il quesito di ricerca è stato formulato come PICOS. Sono state utilizzate le banche dati Medline, CINAHL, PsycINFO, Cochrane Library, ProQuest Central, Embase per la ricerca di studi pubblicati nel periodo 2015- 2018, consecutivi alla review di Ugolini & Di Giacomo¹. Key words: suicide risk, prevention, emergency department, assessment. Il processo di selezione e la sintesi, in forma descrittiva, si basa sul PRISMA. Sono stati identificati 217 studi e inclusi 3.

Risultati

Boudreaux et al² hanno validato le scale PSS-2, costituita da 2 item, che valuta l'ideazione suicidaria attiva e il tentato suicidio e PSS-3 (Patient Safety Screener) costituita da 3 item, che valuta la depressione, l'ideazione suicidaria attiva e il tentato suicidio, in comparazione con la BSSI (Beck Scale for Suicide Ideation), composta da 21 item per identificare presenza e severità dell'ideazione suicidaria. Per entrambe lo screening è positivo con risposta positiva ad uno dei due item e ha un accordo forte con la BSSI. Screening a 2 - 3 item sono applicabili al contesto del pronto soccorso. L'ideazione suicidaria è presente nel 2-4% dei pazienti, mentre i tentati suicidi vanno dal 12 al 15%.

Katz et al³ hanno utilizzato la SPS (SAD PERSONS Scale) e la SPS modificata. La SPS è composta da 10 item, uno per ogni potenziale fattore di rischio per il suicidio. Nella SPS modificata sono stati aggiunti altri fattori e modificati i punteggi. Le scale SPS e SPS non sembrerebbero strumenti adatti in pronto soccorso, per una scarsa capacità predittiva a distanza di 6 -12 mesi e 5 anni, e sono necessari ulteriori studi su altri metodi. Risultati analoghi alla revisione di Ugolini e Di Giacomo, in cui era incluso un solo studio di Randall et al⁴ che analizzava diverse scale ma nessuna aveva una predittività a 3 mesi.

Roaten et al⁵ hanno utilizzato la C-SSRS (Columbia-Suicide Severity Rating Scale) che valuta l'ideazione suicidaria e la sua intensità. Sembrerebbe possibile utilizzarla per uno screening universale nei diversi setting. Circa il 4% dei partecipanti risulta positivo e la maggioranza era già stata rilevata in pronto soccorso. I professionisti dovrebbero essere formati inoltre alla corretta somministrazione degli strumenti.

Limiti

La revisione potrebbe aver escluso studi rilevanti, in lingue diverse dall'inglese o per i termini utilizzati non esaustivi, o per il limite dell'età.

Conclusioni

Si evidenzia la necessità di uno strumento validato molto breve, con domande finalizzate a valutare anche il tentato suicidio. Le scale sono strumenti utili nel processo ma non sostituiscono il giudizio clinico dello specialista, che dovrebbe avvalersi di un'unica scala o come aggiunta alla propria valutazione o come traccia per l'anamnesi. La prevenzione del suicidio richiede il riconoscimento dei fattori di rischio e l'attenzione ai segnali d'allarme e la sua individuazione precoce può fare la differenza fra la vita e la morte. La prevenzione richiede anche la formazione dei professionisti per implementare strumenti e interventi mirati a migliorare la capacità nel riconoscere il rischio. Serve anche una maggiore sensibilità e attenzione al problema.

Bibliografia

1. Ugolini G, Di Giacomo P. È possibile valutare il rischio di suicidio già in pronto soccorso? Una revisione sistematica. (2014). (non pubblicata)
2. Boudreaux ED, Jacques ML, Brady KM, Matson A, Allen MH (2015). The patient safety screener: validation of a brief suicide risk screener for emergency department settings. Arch Suicide Res., 19(2), 151-60.
3. Katz C, Randall JR, Sareen J, Chateau D, Walld R, Leslie WD, Wang J, Bolton JM (2017). Predicting suicide with the SAD PERSONS scale. Depress Anxiety, 34(9), 809-816.
4. Randall JR, Rowe BH, Colman I (2012). Emergency department assessment of self-harm risk using psychometric questionnaires. Can J Psychiatry, 57, 21-8.
5. Roaten K, Johnson C, Genzel R, Khan F, North CS (2018). Development and implementation of a universal suicide risk screening program in a safety-net hospital system. Jt Comm J Qual Patient Saf., 44(1):4

18:00 - 18:20

PERCORSI DI CURA E FREQUENT USERS IN PRONTO SOCCORSO: UN'ANALISI RETROSPETTIVA IN AMBIENTE RURALE NELL'AZIENDA USL TOSCANA SUD EST

Christian Ramacciani Isemann, Lorenzo Righi, Stefano Trapassi, Annalisa Maggesi - Azienda USL Toscana Sud-Est
ramacciani@gmail.com

Introduzione

Nella pianificazione dell'assistenza infermieristica in pronto soccorso, oggi più che mai contingente dato l'aumento della LOS (Length of stay) media e del boarding, è necessario predisporre dei percorsi di cura per gruppi definiti di assistiti: tuttavia il fenomeno dei frequent users, ovvero degli utenti che accedono ai servizi sanitari in maniera ripetuta, è molto frequente ma scarsamente studiato nei dipartimenti di emergenza-urgenza italiani. In letteratura non esiste a oggi una definizione univoca per i frequent users e per gli extreme frequent users, o super users; alcuni studi indicano come frequent user l'utente che richiede cure in pronto soccorso 4, 6, 8 o addirittura 12 volte in un periodo di dodici mesi mentre altri autori hanno utilizzato i percentili per circoscrivere i cut-off. Lo scopo di questo lavoro è quello di categorizzare gli utilizzatori abituali per valutarne il peso e le peculiarità assistenziali in modo da predisporre dei percorsi di cura adeguati alle loro necessità.

Materiali e metodi

È stata condotta un'analisi di natura retrospettiva e descrittiva sui tre pronto soccorso dell'area senese appartenenti all'Azienda USL Toscana sud est. Sono stati analizzati i dati relativi agli accessi nei pronto soccorso degli assistiti aventi età uguale o maggiore di 18 anni, nel periodo 1 gennaio 2018 - 31 dicembre 2018, estrapolati dal software GST attraverso il data warehouse aziendale. Sono stati indicati come frequent users ed extreme frequent users gli assistiti con un numero di accessi superiori rispettivamente al 95esimo e al 99esimo percentile (n=3 e n=6). Sono state analizzate e stratificate per frequenza di utilizzo del pronto soccorso le informazioni riguardanti età, sesso, codice di triage, problema di presentazione, diagnosi, esito e LOS in pronto soccorso.

Risultati

Sono risultate incluse nello studio 57.190 richieste di visita in pronto soccorso da parte di 38.860 persone. Gli utilizzatori "non frequent" od occasionali hanno avuto da 1 a 3 visite nell'anno; i frequent users hanno avuto da 4 a 6 visite, rappresentando il 3,73% degli assistiti e il 11,43% delle richieste di visita mentre gli extreme frequent users (oltre 7 richieste di visita/anno) hanno rappresentato il 0,60% degli assistiti e il 3,55% delle richieste di visita. La media delle richieste di visita per anno è risultata pari a 1,31 visite per i non frequent (SD=0,58), 4,51 visite per i frequent users (SD=0,70) e 8,68 visite per gli extreme frequent users (SD=2,58). I frequent e gli extreme frequent users hanno un'età media più elevata mentre si registra una leggera prevalenza del sesso femminile in tutti i gruppi; i tempi di permanenza hanno registrato differenze sostanziali tra il gruppo degli utilizzatori occasionali (LOS media=2h22') e quelli degli utilizzatori frequent (5h12') ed extreme (5h06'). Per quanto riguarda invece gli esiti sono state registrate percentuali maggiori di ricoveri e trasferimenti per gli utenti abituali (23,16% dei frequent users e 20,96% degli extreme frequent users rispetto al 13,63% degli utenti occasionali); non risultano differenze significative rispetto ai tassi di abbandono.

Discussione

Gli utilizzatori abituali studiati sono mediamente più anziani (+8 anni) e il loro percorso all'interno del pronto soccorso è sensibilmente più lungo; le 5 diagnosi di dimissione prevalenti sono risultate gravidanza, dolore addominale, broncopneumite, polmonite, scompenso cardiaco congestizio e dolore toracico (identiche per i due gruppi frequent ed extreme frequent users). Ciò li differenzia dal gruppo degli utilizzatori occasionali che annoverano invece tra le prime 5 diagnosi ben 3 di natura traumatica.

Conclusioni

Il percorso assistenziale nei dipartimenti di emergenza-urgenza è oggi ben conosciuto e delimitato; quello che ancora manca per predisporre dei percorsi di cura adeguati è l'assenza di gruppi di assistiti sufficientemente numerosi e chiaramente definiti. Appare però possibile categorizzare gli utilizzatori abituali in gruppi omogenei per età e problema prevalente, proprio allo scopo di predisporre dei percorsi di cura predefiniti durante la loro permanenza in pronto soccorso.

Sala Regency 3 PEDIATRICO

17:20 - 17:40

IL MIGLIORAMENTO DELLA RISPOSTA FISIOLGICA E PSICOLOGICA DEL PAZIENTE PEDIATRICO ALLE PROCEDURE CHIRURGICHE: RAPID EVIDENCE ASSESSMENT DI LETTERATURA SULL'EFFICACIA DI INTERVENTI INFORMATIVI.

Maria Francesca Tappin¹, Silvia Rossi, Gianluca Catania, Milko Zanini, Annamaria Bagnasco*, Loredana Sasso* - IRCCS G. Gaslini, Genova - * Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova
francescatappino@gmail.com

Introduzione

La letteratura scientifica internazionale ha evidenziato che il ricovero in ospedale, e soprattutto un evento chirurgico, possono essere un momento molto stressante per il paziente pediatrico e la sua famiglia. Questo spesso si ripercuote con una serie di manifestazioni negative nel periodo post-operatorio: si può verificare una sensazione di aumento del dolore postoperatorio, tanto da richiedere un elevato uso di farmaci antidolorifici; si può osservare il rischio di insorgenza di stati di agitazione, irrequietezza disorientamento fino ad arrivare al delirium, con segni e sintomi che possono comportare la dislocazione di drenaggi, la rottura delle suture della ferita chirurgica o autolesionismo. L'ansia preoperatoria attiva la risposta allo stress, portando ad un aumento del cortisolo e di adrenalina nel sangue e attivando i linfociti Natural Killer; tutto questo porta ad un'immunodepressione, aumentando così il rischio di insorgenza di infezioni. Alcuni comportamenti negativi comparsi nel periodo postoperatorio, come disturbi del sonno, disturbi alimentari, enuresi, ansia da separazione, possono permanere a lungo anche al rientro a casa. Già da più di vent'anni è stato dimostrato come queste complicanze possono persistere fino a sei mesi dopo l'intervento. Queste manifestazioni sono direttamente collegate ai livelli di ansia presenti nelle fasi pre e post-operatorie. È evidente, pertanto, l'importanza di una corretta informazione e preparazione del bambino e della sua famiglia, con l'obiettivo di minimizzare l'ansia e la paura.

Obiettivi

Identificare quali interventi di comunicazione ed informazione sono efficaci per la riduzione dell'ansia e della paura nella fase pre e post-operatoria del bambino e della sua famiglia.

Materiale e metodi

È stata condotta una Rapid Evidence Assessment di letteratura, attraverso l'interrogazione di tre database: PubMed/MedLine, Cochrane Library, e CINAHL. Le risorse reperite sono state sottoposte a screening seguendo la metodologia PRISMA. Tutti gli articoli reputati pertinenti al quesito di ricerca sono stati sottoposti ad analisi critica della loro qualità, attraverso l'adozione del Critical Appraisal Skills Programme e sono stati successivamente analizzati attraverso la creazione di una matrice specifica. I criteri di inclusione erano: studi primari, scritti in lingua inglese o italiana, riferiti al paziente pediatrico. Sono stati esclusi gli articoli di letteratura grigia, le revisioni di letteratura, articoli pubblicati da più di 10 anni e articoli non pertinenti al quesito di ricerca.

Risultati

L'interrogazione iniziale dei database ha restituito 103 articoli. Al termine del processo di screening sono risultati pertinenti 8 articoli, rappresentati studi randomizzati. Dall'analisi dei risultati sono emerse varie modalità di intervento per la preparazione preoperatoria del bambino quali: utilizzo di opuscoli informativi illustrati o libri illustrati sull'anestesia e sulla sala operatoria; video che mostrano la sala operatoria e tutti i presidi che verranno utilizzati; utilizzo di giochi per spiegare cosa avverrà in sala operatoria. Tutti gli interventi si sono dimostrati efficaci nella riduzione dell'ansia preoperatoria e hanno avuto risvolti positivi nella fase postoperatoria, evitando l'insorgenza di effetti comportamentali e psicologici negativi nel bambino, aumentando la compliance del bambino alle procedure chirurgiche e riducendo i tempi di degenza ospedaliera.

Conclusioni

Gli studi analizzati evidenziano l'importanza di una corretta collaborazione multidisciplinare che vede al suo centro la figura infermieristica la quale, in base alle caratteristiche di ciascun bambino e della sua famiglia, può orientare e gestire correttamente l'informazione, utilizzando strumenti idonei ed efficaci in modo da poter prevenire l'insorgere dell'ansia e della paura. L'informazione e la conoscenza aiutano a ridurre la paura dell'ignoto e ad aumentare la sensazione di controllo della situazione del bambino e della sua famiglia e sono strumenti fondamentali nella garanzia della sicurezza del paziente. Infine tutti gli studi analizzati sono RCT; non sono presenti studi qualitativi che invece potrebbero completare la ricerca, fornendo il punto di vista dei genitori e dei bambini su cosa è possibile fare per ridurre l'ansia.

17:40 - 18:00

L'INFERMIERE DI RICERCA QUALE FACILITATORE PER L'ARRUOLAMENTO DEI PAZIENTI PEDIATRICI NEI TRIALS CLINICI E GARANZIA PER LA PATIENT SAFETY E LA QUALITÀ ASSISTENZIALE

Roberta Tirone, Silvia Rossi, Gianluca Catania, Milko Zanini, Annamaria Bagnasco*, Loredana Sasso*
IRCCS Giannina Gaslini, Genova - * Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli Studi di Genova
tironeroberta@gmail.com

Introduzione

Sin dagli anni 90 si è cercato di incentivare i trials pediatrici, per poter fornire un'assistenza sanitaria sempre più di qualità. Nonostante questa necessità, non sono molti i trials clinici pediatrici portati a termine e molti di essi difficilmente coinvolgono più di 100 pazienti. Si può dire che la vera sfida sia trovare metodi sempre più innovativi ed efficaci al fine di arruolare i pazienti pediatrici in trials clinici. Vi sono inoltre problemi tecnici e pratici, oltre che etici, come le limitazioni di volume di sangue che può essere raccolto o il monitoraggio, tecniche necessarie per alcuni studi sperimentali. Come è intuibile tutto questo è ulteriormente complicato dalla necessità di avere il consenso dei genitori per l'arruolamento dei bambini. L'Infermiere di Ricerca è un professionista dotato di molteplici conoscenze, competenze e responsabilità nell'ambito dello sviluppo e svolgimento di uno studio clinico. Il suo contributo inizia dalla pratica clinica, trasformandosi anche in garante della protezione del paziente, occupandosi del coordinamento dello studio e gestione dei dati raccolti, fino ad ottenere lo scopo finale della ricerca clinica: contribuire al miglioramento della pratica clinica.

Obiettivi

Identificare le barriere e i facilitatori per l'arruolamento dei pazienti pediatrici in trials clinici, al fine di indirizzare la pratica dell'Infermiere di Ricerca.

Materiali e metodi

Attraverso una Rapid Evidence Assessment di letteratura sono stati interrogati i database PubMed/MedLine e CINAHL. Le risorse reperite sono state sottoposte a screening attraverso l'adesione alla metodologia PRISMA. I criteri di inclusione erano: studi primari, in lingua inglese o italiana, pubblicati negli ultimi cinque anni. Sono stati esclusi gli studi che trattavano del paziente adulto, le revisioni di letteratura, la letteratura grigia, o studi non pertinenti al quesito di ricerca. Tutti gli studi reperiti sono stati valutati per la qualità attraverso l'adozione del Critical Appraisal Skills Programme. L'analisi è stata condotta attraverso la creazione di una matrice specifica.

Risultati

La ricerca iniziale ha prodotto 709 articoli. Al termine del processo di screening sono risultati pertinenti al quesito di ricerca 6 articoli qualitativi. Tutti gli articoli analizzati hanno mostrato una buona qualità complessiva. Le principali barriere emerse sono: lo stato socioculturale della famiglia (sia elevato che non, con aspetti specifici), il tipo di studio proposto, il rischio percepito per l'adesione allo studio, le strategie utilizzate per l'arruolamento, l'età del bambino e lo stato di salute del bambino. Gli elementi facilitatori sono risultati: un colloquio diretto e sincero tra l'équipe proponente e la famiglia, l'instaurarsi di una relazione empatica, l'inclusione del pediatra di libera scelta, il coinvolgimento dei genitori nel progetto di ricerca, un'istituzione di appartenenza "aperta" alla ricerca, la gestione corretta del timing di arruolamento, e la presenza di una figura dedicata. I genitori sono il centro decisionale per il consenso alla partecipazione ai trials clinici.

Discussione

Oggetto di particolare attenzione per l'arruolamento è il rapporto di fiducia che si instaura con il personale medico e infermieristico, nonché il "timing", ossia quando sia il momento giusto per proporre l'arruolamento in un trial clinico pediatrico. Anche l'empatia tra il personale medico, infermieristico e i genitori dei piccoli pazienti è risultato essere un fattore determinante dagli studi analizzati, a causa del momento molto delicato vissuto dal nucleo familiare. Questi tre fattori sono fondamentali, e devono essere gestiti con attenzione e precisione, per poter trasmettere correttamente i benefici, i rischi e gli eventuali effetti collaterali degli studi clinici proposti. Tuttavia, a prescindere dal grado di coinvolgimento e di relazione instaurata, l'Infermiere di Ricerca clinica deve sempre agire per il miglioramento delle conoscenze nell'ambito della ricerca, attraverso la garanzia della sicurezza del paziente e della qualità delle cure assistenziali.

Conclusioni

Per l'arruolamento dei pazienti pediatrici in trials clinici, c'è necessità non solo di aspetti tecnici come informazioni dettagliate, individualità dei trattamenti, tempi appropriati, esami strumentali eseguiti ad hoc, ma anche di gestione dell'aspetto relazionale, del rapporto che si viene a creare tra sperimentatore e nucleo familiare. Emerge chiaramente a necessità di una figura dedicata, che può essere ricoperta dalla figura professionale dell'Infermiere di Ricerca, al fine di garantire la sicurezza del paziente e la qualità assistenziale, agendo sui facilitatori per l'arruolamento e sulle barriere esistenti emerse dall'analisi della letteratura scientifica esistente.

Riteniamo sia mandatorio poter fare i trials in pediatria, andando oltre le barriere evidenziate, perché assolutamente necessario per l'avanzamento della ricerca.

18:00 - 18:20

LA CULTURA DELLA SICUREZZA IN TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA E IL RUOLO INFERMIERISTICO NELLA CREAZIONE DI STRUMENTI OPERATIVI

Paola Claudia Fazio, Angela Prendin - Azienda Ospedaliera di Padova
paolacaudia.fazio@gmail.com

Introduzione

Il contesto lavorativo della Terapia Intensiva Pediatrica implica alti livelli di conoscenza, esperienza e specializzazione. L'ambito intensivo, proprio per la sua complessità, espone gli utenti ad un consistente rischio di eventi avversi. Questo richiede una ottimale integrazione tra le varie figure professionali che vi operano e implica la capacità delle stesse di lavorare in gruppo. Una comunicazione poco efficace è un fattore considerevole per il verificarsi di eventi avversi, quasi eventi e eventi sentinella.

Obiettivi

L'obiettivo di questo studio è quello di descrivere la percezione degli infermieri rispetto al rischio clinico e individuare gli eventi avversi ed i relativi fattori di rischio.

Materiali e metodi

E' stato organizzato un focus group costituito da: 9 infermieri della Terapia Intensiva Pediatrica del Dipartimento di Salute della Donna e del Bambino della Azienda Ospedaliera, Università di Padova, con diversa esperienza lavorativa, 2 moderatori e 1 osservatore esterno. Il focus group è stato condotto attraverso la somministrazione di 8 domande aperte.

Risultati

I risultati emersi dall'analisi qualitativa del focus group hanno evidenziato delle criticità che potrebbero essere responsabili di un quasi evento o, addirittura, di un evento sentinella. Gli aspetti emersi sono stati collocati all'interno delle cinque classi dei fattori di Charles Vincent, che definiscono il grado di rischiosità di un sistema. Gli infermieri hanno creato e introdotto all'interno della Terapia Intensiva Pediatrica una "Scheda collaborativa: piano di attività diurne" ed una "Nursing bedside safety checklist".

Discussione

L'analisi dei fattori organizzativi e gestionali ha rilevato la necessità di sviluppare sempre più strumenti che guidino l'operatore sanitario a lavorare in sicurezza. La "Scheda collaborativa: piano di attività diurne" consente al personale medico e infermieristico di discutere gli obiettivi fissati per ciascun utente quotidianamente; mentre la "Nursing bedside safety checklist" elenca una serie di item relativi alla preparazione/valutazione di un posto letto e funge da supporto per il professionista sanitario alla stanchezza, alla memoria e alla routine che può ridurre il livello di attenzione necessario.

Conclusioni

Entrambi gli strumenti realizzati, la "Scheda collaborativa: piano di attività diurne" e la "Nursing bedside safety checklist", sono stati considerati dall'equipe infermieristica un supporto necessario e di semplice utilizzo, in grado di assicurare un approccio condiviso alle cure e di garantire la sicurezza del bambino.

MERCOLEDÌ 13 NOVEMBRE

Sala Plenaria TERAPIA INTENSIVA 4

10:00 - 10:20

GLI ESITI SENSIBILI ALLE CURE INFERMIERISTICHE IN TERAPIA INTENSIVA: RISULTATI PRELIMINARI DI UNA SCOPING REVIEW

Matteo Danielis, Alvisa Palese, Stefano Terzoni, Anne Destrebecq - Università degli Studi di Udine
danielis.matteo@gmail.com

Introduzione

Sotto la continua richiesta dei sistemi sanitari di migliorare la qualità delle performance a salvaguardia della sicurezza dei pazienti, è ormai diventato imprescindibile misurare gli esiti del percorso di cura e assistenza del paziente. In letteratura si trovano diverse definizioni di esito sensibile all'assistenza infermieristica, ma tutte fanno riferimento ad uno stato del paziente, comportamento o percezione associati ad un intervento infermieristico. In Terapia Intensiva (TI), dove lo stato acuto di malattia rende necessari trattamenti avanzati e monitoraggio costante e dove il lavoro in team è una delle caratteristiche peculiari, identificare e misurare gli esiti sensibili alle cure infermieristiche è ancora più difficile. Sebbene negli ultimi decenni questo tema abbia suscitato notevole interesse nell'ambito della ricerca infermieristica, ad oggi non è stata ancora raggiunta una definizione univoca di esiti sensibili all'assistenza infermieristica in TI.

Obiettivi

Gli obiettivi della ricerca erano:

- a) mappare la letteratura disponibile sugli esiti sensibili alle cure infermieristiche in TI in termini di volume, natura e caratteristiche della ricerca disponibile,
- b) identificare quali sono gli esiti concettualizzati e misurati ad oggi nel contesto delle cure intensive.

Materiali e metodi

È stata condotta una scoping review attraverso il metodo proposto da Arksey e O'Malley, e successivamente perfezionato dal Joanna Briggs Institute, che prevede cinque fasi:

- 1) identificazione delle domande di ricerca,
- 2) ricerca degli studi rilevanti,
- 3) selezione degli studi,
- 4) organizzazione dei dati,
- 5) riassunto ed elaborazione dei risultati.

Nel mese di febbraio 2019 sono stati consultati i seguenti database: MEDLINE (PubMed), CINAHL, Web of Science, Scopus e Google Scholar. Sono stati inclusi tutti gli studi in lingua inglese condotti su una popolazione adulta (> 18 anni). Non sono stati posti limiti temporali.

Risultati

Sono stati inclusi 112 articoli complessivamente, in un range temporale compreso tra il 1996 e il 2019. La maggior parte degli studi è stata condotta negli Stati Uniti e Canada (n=44, 39.2%), seguita da Europa (n=21, 18.8%), Australia (n=18, 16.1%), Asia (n=15, 13.4%) Medio Oriente (n=10, 8.9%) e America centro-meridionale (n=4, 3.6%). Guardando alla metodologia della ricerca, gli studi selezionati erano prevalentemente osservazionali (n=59, 52.6%), seguiti da quelli sperimentali e quasi - sperimentali (n=27, 24.1%), dalle revisioni di letteratura (n=17, 15.2%), dagli studi qualitativi (n=5, 4.5%), con disegno misto (n=2, 1.8%), e dai report di casi (n=2, 1.8%). Per quanto riguarda il setting, la maggior parte dei lavori sono stati condotti in TI polivalenti (n=93, 83.1%); seguono gli studi condotti nelle TI cardiocirurgiche (n=10, 8.9%), neurochirurgiche (n=5, 4.5%) e a diagnosi esclusivamente medica (n=4, 3.5%). Sono stati individuati 35 esiti sensibili all'assistenza infermieristica in TI. Gli esiti si distribuiscono in tre domini principali e otto categorie:

- 1) qualità dell'assistenza erogata (infezioni correlate alla pratica assistenziale, eventi avversi, alterazioni dello stato cutaneo),

- 2) gestione dello stato acuto di malattia (monitoraggio e obiettivo terapeutico, stato di salute generale),
- 3) bisogni assistenziali del paziente critico (area cognitiva, funzionale, psicosociale).

Conclusioni

La revisione ha permesso di identificare gli esiti sensibili alle cure infermieristiche ad oggi documentati nel contesto della TI. Vista la natura ampia ed eterogenea della letteratura inclusa, questa revisione costituisce solo un punto di partenza nello studio del contributo dell'assistenza infermieristica sugli esiti del paziente critico.

Parole chiave: Esiti, Assistenza Infermieristica, Terapia Intensiva, Scoping Review.

10:20 - 10:40

L'INFERMIERE DEL MEDICAL EMERGENCY TEAM IN ITALIA. UNA SURVEY

Alessandro Galazzi, Vincenti Nicola Maria Bonasera, Ileana Adamini, Gian Domenico Giusti, Matteo Brioni, Arianna Zampetti, Giacomo Grasselli, Dario Laquintana - Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano
alessandro.galazzi@gmail.com

Introduzione

L'emergenza intraospedaliera si delinea quando è in gioco la sopravvivenza della persona e sono necessari interventi immediati per sostenere o ripristinare i parametri vitali. È questa la situazione per cui interviene, dove esiste, il Medical Emergency Team (MET). L'Institute for Healthcare Improvement raccomanda che la composizione minima del MET dovrebbe includere un infermiere di area critica; tuttavia nella realtà italiana questa figura non è sempre presente.

Obiettivi

Descrivere l'attività dell'infermiere preposto all'emergenza intraospedaliera e l'organizzazione del MET nelle strutture ospedaliere italiane, pubbliche o private convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, dotate del Servizio di Anestesia e Rianimazione.

Materiali e metodi

Studio descrittivo multicentrico. Strumento della survey è un questionario online creato ad hoc e inviato tramite posta elettronica ai Coordinatori Infermieristici/Referenti del MET, il link è stato attivo dal 27 luglio 2018 al 10 gennaio 2019.

Risultati

Sono stati compilati 246 questionari online. Dopo l'eliminazione dei questionari risultati doppi, si è giunti ad un totale di 197 (36.2%) ospedali dei 544 aventi un servizio di Anestesia e Rianimazione. È stata fornita almeno una risposta per regione. Il MET, presente in 118 (60%) ospedali, è stato implementato negli ultimi 10 anni (51.7%) ed è un servizio ritenuto utile dal 99% dei coordinatori/referenti. I principali requisiti per essere l'infermiere del MET sono l'anzianità di servizio in area critica (70.3%), il conseguimento della certificazione ALS/ACLS (34.8%) e la partecipazione ad un corso interno (21.2%). L'infermiere, che nell'83% degli ospedali proviene dalla terapia intensiva, non è dedicato al MET nel 69.5% degli ospedali e in caso di chiamata interrompe quindi l'attività assistenziale. Nell'87% degli ospedali il MET risponde da un telefono dedicato. Nel 22.9% degli ospedali l'attività infermieristica del MET non è documentata.

Conclusioni

Questa survey ha evidenziato che in alcuni ospedali il MET è strutturato e consolidato da tempo, mentre in altri risulta essere totalmente assente o carente di alcune peculiarità che un sistema di emergenza intraospedaliera dovrebbe possedere.

10:40 - 11:00

STUDIO E PROGETTAZIONE DI UN SISTEMA PREDITTIVO PER IL PROCUREMENT DI ORGANI E TESSUTI

Letizia Cianciolo, Marco Brambilla - Az. Osp. Universitaria di Parma
lcianciolo@ao.pr.it

Introduzione

La recente normativa ha sottolineato come i Coordinamenti Locali alle donazioni siano il core su cui investire per aumentare numero di donazioni e qualità. Viene chiesto di elaborare modelli innovativi di supporto al processo di donazione. La fase del processo su cui si è inteso intervenire è l'identificazione. È stata studiata l'applicabilità di un sistema predittivo univoco basato sull'apprendimento automatico, in grado di inviare notifiche in tempo reale al Coordinamento su tutti i potenziali donatori all'interno dell'Azienda stessa: donatori di cornee, multiteSSuto, di organi. Il professionista che utilizzerà lo strumento è l'infermiere di Coordinamento o di Procurement (afferenza ICU) in quanto deputato al monitoraggio e selezione quotidiana dei potenziali donatori.

Materiali e metodi

Dalla ricerca bibliografica non sono emersi studi significativi riguardanti l'utilizzo del sistema predittivo nell'ambito del Procurement. La proposta di applicazione ha visto due fasi:

1. definizione del processo donativo, elaborazione flow-chart, identificazione dei codici ICD-9-CM per le patologie di inclusione/esclusione del potenziale donatore, rilevazione del livello di informatizzazione dei dati richiesti per la selezione del donatore;
2. applicazione del sistema di supporto alle decisioni al sistema Procurement con la costruzione di un albero di decisione.

Conclusioni

Lo studio rappresenta un esempio di possibile applicazione di un sistema predittivo basato sull'apprendimento automatico, quindi su un sistema di supporto alle decisioni, che dovrà essere in grado di inviare notifiche in tempo reale al Coordinamento su tutti i potenziali donatori all'interno dell'Azienda stessa. È già in uso al Coordinamento di Parma dal gennaio 2019.

Sala Falco

EMERGENZA E PRONTO SOCCORSO 3

10:00 - 10:20

INTEGRAZIONE O SPECIALIZZAZIONE? L'ANALISI DEI PROFILI DI RUOLO DEGLI INFERMIERI AFFERENTI AL DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA DELLA AZIENDA USL TOSCANA SUD EST

Christian Ramacciani Isemann, Antonello Cocchieri - Azienda USL Toscana sud est
ramacciani@gmail.com

Introduzione

I dipartimenti di emergenza-urgenza si articolano oggi in diversi modelli organizzativi, molto spesso espressione adattativa dei modelli più datati di divisione funzionale tra le diverse unità. Nell'attuale organizzazione del dipartimento emergenza-urgenza e area critica dell'Azienda USL Toscana sud est è possibile individuare al momento tre diversi setting: l'emergenza sanitaria territoriale, il pronto soccorso e l'alta complessità assistenziale (rianimazione-cardiologia). In alcune realtà è stato sperimentato il modello di integrazione tra setting assistenziali (soprattutto tra emergenza sanitaria territoriale e pronto soccorso), mentre in altre permane il modello di setting esclusivo/prevalente, dove l'infermiere espleta la propria attività professionale esclusivamente nell'unità di assegnazione. L'obiettivo di questa ricerca è la definizione dei profili di ruolo degli infermieri appartenenti al dipartimento di emergenza-urgenza della Azienda USL Toscana sud est e la loro comparazione per valutare il modello più funzionale ai profili così definiti, di flessibilità verticale (a setting omogenei) o di flessibilità orizzontale (a setting differenti pur se all'interno del dipartimento).

Materiali e metodi

Il profilo degli infermieri è stato definito attraverso la metodologia CERISMAS; questa prevede una valutazione bidimensionale che comprende da una parte il dizionario delle competenze (15 aree) e delle skills (8 aree) e dall'altra le aree prevalenti di performance (KPA) e gli indicatori prevalenti di performance (KPI) attraverso lo strumento della balanced scorecard. È stato creato un focus-group di stakeholder interni (dirigente infermieristico, coordinatori infermieristici delle unità assistenziali, infermieri delle unità assistenziali, medici delle unità operative).

Risultati

Sono stati individuati per i tre profili oggetto dello studio le competenze, le skills e, per ciascuno di loro, i livelli attesi. Sono risultati trasversali a tutti i profili 6 competenze su 8 e 5 skills su 6. Anche le aree di performance individuate attraverso la balanced scorecard sono risultate sostanzialmente sovrapponibili: nella financial perspective è stato identificato il contenimento dei costi come area chiave di performance comune; nella customer perspective l'area chiave di performance "qualità percepita" è stata indicata per tutti e tre i profili mentre le aree "soddisfazione dei clienti interni" e "coinvolgimento nelle cure" sono risultate peculiari a profili diversi; nella internal process perspective le aree chiave di performance sono state individuate nella "produttività" e nella "qualità dei processi"; infine nella prospettiva learning and growth sono state individuate come aree chiave "motivazione" e "competenze", sempre trasversali a tutti e tre i profili.

Discussione

I tre profili messi a confronto risultano sovrapponibili per 6 competenze su 8: Autocontrollo, Comunicazione e ascolto, Team work, Fiducia nelle proprie capacità, Accuratezza/qualità del lavoro e Proattività. Due profili (infermiere di alta complessità e infermiere di pronto soccorso) possiedono tutte e 8 le competenze richieste nel profilo in comune. Per quanto riguarda le skills, 5 su 6 sono risultate comuni ai tre profili: Conoscenza informatica, Conoscenza delle procedure aziendali, Tecniche operative/destrezza, Conoscenze teoriche e Terminologia specialistica. Per gli infermieri di emergenza sanitaria territoriale e di pronto soccorso sono state identificate come trasversali tutti le 6 skills. Nella dimensione relativa a aree e indicatori di performance, analizzate attraverso la balanced scorecard, sono state identificate aree di intervento sostanzialmente comuni mentre gli indicatori sono risultati caratteristici per ogni singolo profilo; sebbene talvolta questi siano sovrapponibili, come si evince soprattutto nelle aree "competenze" e "motivazione", rispettano comunque la specificità relative ai setting di pertinenza.

Conclusioni

Nei tre profili definiti dal gruppo di lavoro è possibile riscontrare molti elementi in comune; l'analisi delle balanced scorecard in particolare ha evidenziato come le aree chiave di intervento siano sostanzialmente sovrapponibili pur nel rispetto delle specificità dei singoli profili, sottolineate invece dalle scelte rispetto agli indicatori di performance. Anche le valutazioni sulle competenze e sulle skills hanno indicato molti tratti in comune tra i tre profili esaminati. Ciò sembrerebbe suggerire la possibilità di integrazione – come in effetti già avviene in alcune realtà – tra i differenti profili; resta comunque aperta la discussione soprattutto sia per quanto riguarda l'iter formativo, sia rispetto ai meccanismi organizzativi necessari per facilitare il coordinamento professionale tra i differenti setting. Al netto delle decisioni organizzative, lo strumento utilizzato può comunque permettere di valutare ex post il personale assegnato al dipartimento.

10:20 - 10:40

ANALISI DEL LINGUAGGIO: DALLE LINEE GUIDA ALLE ISTRUZIONI PRE-ARRIVO (IPA). LE PAROLE GIUSTE AL MOMENTO GIUSTO

Andrea Finelli, G. Giulini, J. Masina - AUSL Bologna
a.finelli@118er.it

Le linee guida nazionali e Internazionali hanno dimostrato da tempo che la rianimazione cardiopolmonare risulta più efficace quanto precocemente viene iniziata. La Centrale Operativa 118 rappresenta quindi l'anello fondamentale per permettere un inizio tempestivo delle manovre rianimatorie da parte degli astanti. Le IPA non devono essere la trasposizione di un corso BLS per laici ma un adeguamento del linguaggio tra il professionista infermiere della Centrale Operativa ed un utente in condizioni psicologiche particolari e una formazione assolutamente assente. La difficoltà da parte dell'operatore di fornire indicazioni senza avere la visione diretta della vittima e conseguentemente dover interpretare le

informazioni fornite dall'utente al telefono, forniscono un'importante barriera alla comunicazione.

È stato eseguito uno studio qualitativo sulle telefonate arrivate alla C0118 Emilia Romagna al fine di individuare i termini di più idonei per la stesura delle seguenti IPA:

- ACR Adulto e uso del DAE
- ACR Pediatrico e uso del DAE
- Disostruzione adulti/Pediatrico
- Parto
- Indicazioni di primo soccorso

10:40 - 11:00

L'INFERMIERE DEL 118 NELLA GESTIONE DELLE EMERGENZE PEDIATRICHE E NEONATALI

Isabella Prisciandaro, Martina Altina, Andrea Ghidini, Romano Lattanzio - CTO SET 118, Città della Salute e della Scienza di Torino
isabella.prisciandaro@yahoo.it

Introduzione

Gli infermieri del SET 118 si trovano a dover affrontare situazioni di emergenza ed urgenza che possono coinvolgere anche soggetti pediatrici e neonati.

Obiettivi

Indagare il percepito degli infermieri del SET 118 in merito alla loro esperienza, competenza e conoscenza, relative al soggetto pediatrico in condizioni di criticità. Costruire una dispensa informativa per infermieri.

Metodologia

Nel 2018 è stata svolta un'indagine descrittiva quali-quantitativa, attraverso la compilazione di un questionario semistrutturato composto da 20 item, inviato per via telematica a tutti gli infermieri del 118 di Torino e provincia (149). I dati sono stati elaborati anonimamente, in frequenze, medie e range tramite il programma Google Moduli®. Sulla base della revisione della letteratura è stata creata una dispensa base teorica.

Risultati

Il questionario è stato compilato dal 53% (74 soggetti) degli infermieri del SET 118 di Torino e Provincia, l'età media è di 48 anni. Il 60% (44 infermieri) sono donne, il principale titolo di studio è risultato essere il Diploma Regionale (65%, 51 soggetti). Il 90% (66) ha indicato il S.E.T 118 come ambito specifico della propria esperienza in area critica pediatrica, l'84% (62) degli infermieri non ha il PALS al momento dell'intervista. Il 39% (31) ha indicato di aver gestito da 1 a 5 volte un bambino critico e il 58% (46) un neonato critico, nel 50% dei soggetti (39) con il medico, gli altri infermieri hanno dovuto gestire i casi da soli. Il 53% (39) dei casi erano codici Gialli, l'81% (60) delle patologie sono acuzie respiratorie. La metà del campione ritiene di non avere sufficienti conoscenze (54%, 43) né competenze (52%, 41) per la gestione di urgenze pediatriche. Il 59% del campione (44) prova stress nella gestione dei pazienti pediatrici. Il 97% (72) ritiene utile lo svolgimento di un corso di formazione sul campo sulle emergenze ed urgenze pediatriche.

Discussione

Lavorare sulla base di Linee Guida è ormai obbligo di Legge per la sicurezza dell'assistito; nonostante il 52% (38) degli infermieri lavori nel 118 da tempo (media 21 anni, range da 10 a 32), la metà di essi riferiscono una condizione di difficoltà nella gestione dei soggetti pediatrici.

Conclusione

Si è evinto che la formazione degli infermieri che operano nel SET 118, rispetto l'ambito pediatrico, andrebbe incrementata. Nel 2018 nella Regione Piemonte è partito il corso residenziale ABCD Pediatrico di una giornata; è auspicabile che tale formazione venga affiancata a una formazione specialistica sul campo, di dimostrata utilità, poiché molti infermieri operano senza potersi avvalere dell'aiuto del medico.

Sala Regency 3 CARDIO ICU 2

10:00 - 10:20

METODICHE DI ASSISTENZE VENTILATORIE NON INVASIVE NEI PAZIENTI CARDIOCHIRURGICI A RISCHIO DI EXTUBATION FAILURE: REVISIONE DELLA LETTERATURA E ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Jessica Pispola, Simona Casaioli, Patrizia Randolfi, Francesca Volpi – Az. Osp. S. M. della Misericordia di Perugia
jessica.pispola@libero.it

Introduzione

La letteratura scientifica sostiene che una percentuale compresa tra il 9-35% di pazienti sottoposti a interventi di cardiocirurgia, è a rischio di sviluppare un'insufficienza respiratoria nell'immediato post-operatorio con conseguente weaning failure. L'incidenza di tale complicanza aumenta proporzionalmente alla complessità dell'intervento chirurgico, andando ad incrementare la durata della degenza in terapia intensiva, le comorbilità conseguentemente associate e il rischio di mortalità ospedaliera, senza tralasciare l'aumento dei costi per le aziende ospedaliere e quello in termini di sofferenza umana non calcolabile.

Obiettivi

Individuare precocemente i pazienti a rischio di sviluppare insufficienza respiratoria post-estubazione attraverso appositi score predittivi che forniscano la gravità di danno polmonare mediante la determinazione di un punteggio (Murray Score). In relazione al punteggio ottenuto i pazienti potranno essere identificati come a rischio più o meno elevato di sviluppare un'extubation failure e, sulla base di questo score, verranno sottoposti a metodiche di ventilazione non invasiva (NIV) e ossigenoterapia con cannule nasali ad alti flussi (HFNC).

Materiali e metodi

Una revisione attenta della letteratura per quanto concerne NIV e di HFNC ha messo in luce sia i campi di applicazione delle rispettive due metodiche, sia i relativi limiti di entrambe.

Conclusioni

Alla luce del naturale confronto tra NIV e HFNC, è stato possibile sviluppare un protocollo da adottare al fine di ridurre il tasso di re-intubazione nei pazienti a rischio, ovvero quelli identificati tramite Murray Score nell'immediato post-operatorio. Tale protocollo prevede un percorso predefinito, che si esplica nel trattamento tempestivo tramite un utilizzo alternato e soprattutto integrato di cicli di NIV e di HFNC, per superare i limiti di entrambe le metodiche, andando a migliorare il quadro clinico del paziente e il suo grado di comfort.

10:20 - 10:40

ORGANIZZAZIONE INFERMIERISTICA NELL'ACCETTAZIONE DEL PAZIENTE CON MASSAGGIATORE AUTOMATICO LUCAS: ELABORAZIONE DI UNA PROCEDURA

Fabio Pugiotta - Azienda Ospedaliera di Padova
pugiotta2@libero.it

L'arresto cardiaco improvviso testimoniato al di fuori dell'ambiente ospedaliero rappresenta una situazione d'emergenza in cui il tempo riveste un ruolo fondamentale. Il massaggiatore automatico LUCAS permette di eseguire il massaggio cardiaco esterno (MCE) liberando così un operatore sanitario per dedicarlo all'assistenza diretta.

Nel caso di arresto cardiaco refrattario può rendersi necessario l'impianto di ECMO in terapia intensiva, per permettere la sopravvivenza del paziente per indirizzarlo così alle procedure diagnostiche o interventistiche adeguate alla situazione clinica. L'organizzazione infermieristica nella presa in carico del paziente deve essere standardizzata per ridurre al minimo la durata del MCE ed ottimizzare la tempistica dell'impianto ECMO.

In Cardiocirurgia TIPO è stata elaborata una procedura in tal senso riuscendo così a ridurre i tempi di impianto dell'ECMO da 25 minuti nel novembre 2017 a 10 minuti nel maggio 2018. Questa procedura è stata poi validata da un'equipe multidisciplinare e condivisa tramite corso aziendale rivolto a tutto il personale delle terapie intensive.

10:40 - 11:00

L'INFERMIERE VAD COORDINATOR : RUOLO E FUNZIONE NEL VAD TEAM

Eleonora Benelli, Marco Vaselli, Stefania Baratta - Fondazione Toscana Gabriele Monasterio, Pisa
ebenelli@ftgm.it

Introduzione

L'insufficienza cardiaca o scompenso cardiaco è una sindrome clinica complessa definita come l'incapacità del cuore di fornire il sangue in quantità adeguata rispetto all'effettiva richiesta dell'organismo o la capacità di soddisfare tale richiesta solamente a pressioni di riempimento ventricolari superiori alla norma. Quando l'insufficienza peggiora, tanto da non rispondere più alla terapia farmacologica, si parla di scompenso cardiaco refrattario con una mortalità ad un anno di circa il 50%. In questi casi si passa a preservare la funzione d'organo per non precludersi successive opzioni terapeutiche e l'impianto VAD (Ventricular Assist Device) viene considerato come prospettiva per ritornare ad una qualità di vita molto vicina alla normalità. Per il piano assistenziale questi pazienti devono seguire percorsi di cura dedicati affiancati dai vari professionisti e coordinati dal Vad Coordinator (CV).

Obiettivi

Pianificare ed attivare un percorso dedicato con l'istituzione del VAD Coordinator che seguirà il percorso dall'arruolamento alla dimissione e follow-up.

Materiali e metodi

In Fondazione Toscana Gabriele Monasterio (FTGM) il VAD Coordinator è un infermiere che si prende cura del paziente per tutto l'iter assistenziale dal momento in cui gli viene proposto l'impianto del dispositivo, al ricovero, all'intervento chirurgico, alla degenza post-operatoria e per tutta la durata del follow-up. Un ruolo di comunicazione ed integrazione tra il paziente, la sua famiglia e il VAD Team. In relazione all'educazione sanitaria, attiverà degli incontri nella fase di pre-ricovero con il paziente e, successivamente, con i caregivers e la famiglia per la gestione quotidiana del dispositivo, utilizzando schede di valutazione e strumenti educazionali. Il CV affronterà con il paziente e non solo gli aspetti fondamentali per la vita quotidiana dalla spiegazione del funzionamento del dispositivo e manutenzione giornaliera, alla gestione della driveline, al controllo di tutti i parametri principali e degli eventuali allarmi del controller, seguirà e pianificherà i bisogni assistenziali durante le varie fasi, affrontando, anche, tematiche sulla possibilità di viaggiare e avere intimità con la persona amata. Le figure coinvolte nel VAD Team sono molte e interverranno nei momenti dedicati e definiti. Dopo la dimissione, il paziente verrà contattato per i follow-up telefonici dal CV che, durante l'intervista strutturata, concordata con il Team, stabilirà il livello di gravità e, sulla base di un algoritmo di intervento, deciderà se sarà necessaria la ri-ospedalizzazione, la visita, il contatto con il cardiologo di riferimento riguardo la problematica emersa, arrivando ad anticipare segni e sintomi precocemente con un beneficio immediato per la sopravvivenza e la riduzione degli eventi avversi.

Conclusioni

Il trapianto di cuore rimane il gold standard per migliorare la qualità di vita di questi soggetti, ma l'aumento dell'aspettativa di vita e la continua diminuzione di donatori, che aumenta la forbice tra domanda e offerta, hanno portato allo sviluppo e al miglioramento del supporto meccanico (VAD) al circolo come terapia alternativa.

Un programma VAD di successo richiede organizzazione, pianificazione e personale appropriato. In FTGM il VAD Coordinator è parte integrante del team ed elemento fondamentale e necessario per il successo delle cure ospedaliere e ambulatoriali.

Sala Plenaria VENTILAZIONE

11:30 - 11:50

LE EBP (EVIDENCE BASED PRACTICE) INFERMIERISTICHE NELLA VENTILAZIONE MECCANICA: PERCEZIONE E ATTEGGIAMENTI IN TERAPIA INTENSIVA E IN TERAPIA DOMICILIARE

*Pierpaolo Esposito, Alfonso Sollami, Giovanna Arena, Ambra Pivetti
espositopierpaolo94@gmail.com*

Introduzione

La gestione del paziente ventilato sia in Terapia Intensiva che in Terapia Domiciliare è ormai molto frequente; conoscenza, percezione e atteggiamento dell'infermiere sono fondamentali per favorire la compliance del paziente e la loro efficacia, anche in base alle Evidence Based Practice (EBP).

Obiettivi

Valutare percezione e atteggiamento degli infermieri rispetto alle EBP della ventilazione meccanica, valutare se esistono differenze di tali misure in relazione all'ambito assistenziale (Terapie intensive vs Ambito domiciliare), all'anzianità di servizio, al titolo di studio base/post-base.

Materiali e metodi

Studio esplorativo di tipo quantitativo multicentrico attraverso la somministrazione volontaria, in un arco temporale circoscritto, di un questionario ad infermieri di alcuni reparti facenti parte dell'Area Critica/Terapie Intensive e ad infermieri in servizio presso le Assistenze Domiciliari che seguono pazienti con ventilazione a domicilio.

Strumenti

È stato realizzato un questionario ad hoc attraverso l'analisi delle competenze riportate nelle linee guida ed EBP pubblicate. Il questionario era composto da un frame di competenze (27) a cui ogni partecipante doveva rispondere secondo una scala tipo Likert costituita da una serie di affermazioni e item semanticamente collegate agli atteggiamenti su cui volevamo indagare, dove 1=fortemente in disaccordo e 5= fortemente in accordo.

I primi 10 item indagavano l'atteggiamento degli infermieri rispetto alle EBP, gli altri 17 indagavano la percezione degli infermieri rispetto alle EBP attuate. Nell'ultima parte del questionario sono state raccolte variabili socio anagrafiche come: titolo di studio base e post base, età, anzianità di servizio, UO di servizio, numero di pazienti con ventilazione assistita negli ultimi 6 mesi.

Partecipanti

Sono stati elaborati 405 dei 777 questionari consegnati ad infermieri (con almeno un anno di esperienza) operanti in reparti di area critica/terapia intensiva, pronto soccorso 118 e in servizi domiciliari/case protette di alcune aziende emiliano-romagnole, dove si assistono pazienti in ventilazione meccanica.

Conclusioni

Sui 405 infermieri intervistati, 60 non hanno dichiarato gli eventi formativi frequentati: 177 infermieri (51.30 % di coloro che hanno risposto) non hanno frequentato alcun corso sulla ventilazione meccanica negli ultimi sei mesi. L'analisi fattoriale della scala degli atteggiamenti riconosce due fattori relativi alle responsabilità e alle competenze. In relazione al setting operativo appare una evidenza significativa tra la media misurata nelle terapie intensive (3.06) e quella dei Servizi Domiciliari (2.79) rispetto al primo fattore, ovvero i professionisti delle terapie intensive hanno un atteggiamento maggiormente favorevole verso le responsabilità derivanti dalla gestione della ventilazione. L'analisi fattoriale della scala sulla percezione, evidenzia quattro fattori identificati in: aspetto tecnico, monitoraggio, prevenzione, assistenza diretta. Le medie misurate nel setting delle terapie intensive per tutti i quattro fattori è significativamente maggiore rispetto alle medie misurate nel setting dei Servizi Domiciliari (Aspetto tecnico: 4.02 vs 3.12; monitoraggio 3.85 vs 2.83; prevenzione 4.26 vs 3.61; assistenza diretta 3.96 vs 3.64). I professionisti delle terapie intensive hanno una percezione maggiormente favorevole rispetto ai fattori misurati dei professionisti dei Servizi Domiciliari. Dai dati si evince che

vi sia una correlazione negativa fra età/anzianità di servizio e atteggiamenti /percezioni rispetto alle responsabilità, alle competenze e agli aspetti tecnici, assistenziali, preventivi e di monitoraggio. I dati suggeriscono che gli infermieri con età e anzianità di servizio mediamente più basse abbiano un atteggiamento maggiormente positivo verso le responsabilità infermieristiche e verso le competenze ed una maggior percezione delle EBP rispetto agli infermieri con età ed esperienza professionale maggiori, portando a pensare che il personale con anzianità di servizio maggiore riponga una fiducia nella propria esperienza e una minore fiducia nelle evidenze scientifiche. L'interpretazione dei dati suggerirebbe una maggiore attenzione rispetto alle procedure negli ambienti extra-ospedalieri e un coinvolgimento maggiore in processi di aggiornamento degli infermieri più anziani; si potrebbero creare delle "comunità di pratica" più coese ed organizzare audit in cui gli infermieri con maggiore esperienza lavorativa abbiano la possibilità di condividere le proprie competenze e, così facendo, implementerebbero le conoscenze pratiche mettendo in atto realmente le EBP. Sembra utile prestare una maggiore attenzione ai bisogni formativi del personale infermieristico valutando le conoscenze possedute sistematicamente ed i motivi di un eventuale carenza favorendo lo sviluppo di una competenza avanzata nel monitoraggio.

11:50 - 12:10

GESTIONE AVANZATA DELLE VIE AEREE DIFFICILI: LE ATTITUDINI DEGLI INFERMIERI DI AREA CRITICA. UN'INDAGINE CONOSCITIVA

*Federico Moggia, Stefano Lunati, Francesca Taddeo - Ospedali Galliera, Genova
chiccomoggia@gmail.com*

Introduzione

La gestione avanzata delle vie aeree è spesso complicata da ragioni anatomiche ma anche di gestione del team, che possono portare a criticità complesse e avere ripercussioni sugli esiti a lungo termine del paziente trattato. In considerazione dei danni che un'ipossia o un ritardo nell'apertura di una via aerea sicura possono generare, con i conseguenti costi umani e sociali connessi, appare evidente l'importanza del fattore tempo e delle competenze in campo durante la gestione di una simile emergenza. Con il presente studio si vuole indagare la conoscenza degli infermieri impegnati in tali contesti clinici circa la gestione avanzata delle vie aeree, al fine di predisporre strumenti per il mantenimento delle competenze o di implementazione delle stesse, per avere un impatto positivo sul sistema, attraverso gli esiti misurabili sul paziente.

Obiettivi

Determinare l'attitudine e il livello di conoscenze degli infermieri coinvolti, circa la gestione avanzata delle vie aeree difficili in urgenza-emergenza, nel paziente adulto, nel contesto intra-ospedaliero, per quanto di competenza.

Materiali e metodi

È stato somministrato un questionario on-line contenente dati demografici e domande di carattere specifico clinico, sulla base delle relative linee guida SIAARTI, atte a misurare le conoscenze circa le linee guida sulla gestione avanzata delle vie aeree difficili, sui presidi utilizzati e suggeriti dalle stesse e sul loro corretto utilizzo. Al termine del questionario è stato richiesto ai partecipanti di valutare la propria "self-efficacy" su una scala da 1 a 5. Il questionario è stato somministrato per via telematica per annullare un'eventuale influenza dei ricercatori sulle risposte fornite e per meglio raccogliere e categorizzare i dati che ne sarebbero scaturiti.

Popolazione

Il questionario è stato somministrato a infermieri provenienti dai reparti di Rianimazione e Terapia Intensiva, Pronto Soccorso e Camere Operatorie degli Ospedali Galliera, a prescindere dalla loro anzianità di servizio e dal loro titolo di studio (laurea triennale, diploma universitario, master, laurea magistrale, titolo equipollente) che hanno acconsentito liberamente al trattamento dei dati forniti ai fini della ricerca. L'anonimato è stato garantito dall'assegnazione di un codice numerico in fase di elaborazione dei dati per aggregare gli stessi.

Risultati

Si è avuta una buona adesione al questionario da parte degli infermieri coinvolti (72,7%), con una performance media del 62%, che si è ritenuto utile suddividere in tre categorie di punteggio: fino a 50% (25% dei partecipanti), 51-75% (56% dei partecipanti), oltre 75% (19% dei partecipanti). Tra gli infermieri di camera operatoria (che performano un maggior numero di intubazioni), si è registrato il risultato più alto, aggregando la media

per contesto clinico di appartenenza (67,6%).

All'interno del gruppo con la più alta prestazione, si può riscontrare una tangibile presenza di formazione post base altamente professionalizzante, quali corsi specifici, corsi ALS, percorsi formativi ad alto impatto pratico e addestrativo.

L'analisi dei dati è ancora in corso, pertanto si produrranno ulteriori dati numerici dopo la loro elaborazione statistica.

Conclusioni

Non appare tanto evidente una correlazione tra la formazione iniziale (IVET) e la prestazione, mentre sembrerebbe esserci un collegamento tra la formazione post-base (CVET) e la performance espressa. In base ai dati sarà possibile ipotizzare e implementare percorsi e strumenti finalizzati al miglioramento della qualità, ovvero individuare gli aspetti che hanno portato a una prestazione già soddisfacente per utilizzarli a modello nella formazione del personale neo-assunto e nel training continuo di quello già in servizio.

Si evince, comunque, come l'addestramento pratico e l'abitudine a lavorare in team in situazioni di emergenza, porti ad un livello di prestazione più alto nel tempo, con ricadute positive sull'outcome degli utenti e sull'organizzazione.

Derivazioni Organizzative

Lo studio darà origine a un'ulteriore fase, nella quale verrà implementato uno strumento addestrativo, al termine del quale saranno misurate le competenze espresse dai soggetti coinvolti, al fine di rilevare l'impatto di detto strumento sulla performance dei professionisti.

Bibliografia

Gruppo di Studio SIAARTI "Vie Aeree Difficili", Raccomandazioni per il controllo delle vie aeree e la gestione delle difficoltà, in Minerva Anestesiologica Novembre 2005 vol 71 ;11 , pag 644.

Frenley R. et al., The effect of a simulation-based training intervention on the performance of established critical care unit teams, in Critical Care Medicine: December 2011 - Volume 39 - Issue 12, pag 2605-2611.

Nicholas Chrimes & Peter Fritz, The Vortex Approach: Management of the Unanticipated Difficult Airway, Smashwords Edition 2013.

12:10 - 12:30

CONFRONTO TRA VENTILAZIONE MANUALE CON PALLONE AUTOESPANSIBILE TIPO AMBU E UNITÀ RESPIRATORIA MANUALE TIPO VA E VIENI: STUDIO SPERIMENTALE

Alberto Lucchini, Paolo Giobbi Mancini, Salvatore Palano, Fabio Lo Re, Alice Grassi, Alfio Bronco - ASST Monza
alberto.lucchini@unimib.it

Introduzione

Ambu e Va e Vieni sono dispositivi tecnicamente diversi, ma spesso usati indistintamente per la ventilazione manuale. L'obiettivo di questo studio sperimentale è quello di effettuare un confronto tra i due dispositivi.

Materiali e metodi

Mediante ausilio di simulatore polmonare (Active Lung Simulator 5000 , Ingmar Medical) stati riprodotti da 20 infermieri di area critica tre setting di ventilazione per tre tipologie di pazienti (patologia polmonare, CplRS 60 ml/cmH2O, RawRS 10 cmH2O/L/sec - patologia ostruttiva, CplRS 60 ml/cmH2O, RawRS 40 cmH2O/L/sec - patologia restrittiva, CplRS 30 ml/cmH2O, RawRS 10 cmH2O/L/sec) sono con entrambi i dispositivi.

PEEP, Pressione di Picco, Pressione Media (PM), Tidal Volume (TV) e Frequenza Respiratoria sono stati registrati e per ciascun parametro è stato calcolato l'errore assoluto (accuratezza) e percentuale (performance) rispetto alla ventilazione meccanica.

Risultati

I valori assoluti di PEEP e di PM sono risultati maggiori nel paziente ostruttivo con Va e Vieni (PEEP 8,4 [5,1 - 9,7]; PM 13,8 [10,1 - 15,0]) rispetto a ventilazione meccanica (PEEP 5 - PM 10,2).

Sala Falco

EMERGENZA E PRONTO SOCCORSO 4

11:20 - 11:40

LA FUNZIONE DI BED MANAGEMENT E LE STRATEGIE DI GESTIONE DEL PATIENT FLOW

Onorina Passeri - Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano
onorina.passeri@policlinico.mi.it

Introduzione

La funzione di Bed Management è ad oggi riconosciuta come una delle principali misure adottate dalle strutture sanitarie per garantire l'appropriatezza dei ricoveri, tra il problema del sovraccollamento dei Dipartimenti d'Emergenza e la riduzione dei posti letto nelle unità di degenza. L'ottimizzazione del patient flow rappresenta un punto cruciale per assicurare un miglior setting assistenziale e la razionalizzazione delle risorse, aspetti fondamentali nell'attuale contesto socio-demografico, caratterizzato dall'incremento della sopravvivenza e della fragilità della popolazione che spesso identifica nel Pronto Soccorso (PS) e nell'ospedale in generale, il luogo a cui rivolgersi per ottenere in tempi rapidi una risposta a problematiche urgenti o ritenute tali. Ne consegue il cronico sovraccollamento del Pronto Soccorso e gli effetti ad esso correlati: riduzione della qualità delle cure, incremento degli eventi avversi e dei costi per il Sistema Sanitario, ripercussioni sullo staff (violenza verso operatori, demotivazione e burn out). La letteratura indica, tra le misure di gestione degli effetti del sovraccollamento, l'istituzione del Bed Management; tale funzione è operativa presso la Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano e gestisce, attraverso il coordinamento centrale delle risorse, il flusso di pazienti dal PS verso le degenze.

Scopo

Ridurre il boarding in PS dovuto a pazienti in attesa di ricovero; favorire, attraverso percorsi clinico-assistenziali mirati, la continuità delle cure e il miglioramento degli outcome per i pazienti gestiti.

Materiali e metodi

È stata effettuata un'accurata analisi del patient flow con identificazione del numero e della tipologia di posti letto necessari al PS, sia in condizioni normali che in caso di prevedibile maxi-afflusso secondario ad emergenze per patologie stagionali. È stato migliorato l'applicativo informatico per il governo dei posti letto, è stata codificata la gestione dei ricoveri e ottimizzato il flusso informativo clinico-assistenziale da e verso i reparti di degenza, a garanzia della sicurezza e della continuità delle cure. Inoltre, sono stati implementati percorsi di presa in carico multidisciplinare integrata dei soggetti fragili, finalizzati alla riduzione dei ricoveri impropri, dei tempi di permanenza dei pazienti in ospedale e a ricondurre la domanda di intervento sanitario ai setting intra ed extra ospedalieri appropriati al reale bisogno della persona.

Risultati

Gli interventi adottati hanno permesso, nel 2018, una riduzione del numero e della percentuale dei ricoveri da PS e del tempo di boarding per i pazienti ricoverati, che è risultato inferiore del 10% rispetto al 2017, con un risparmio annuo totale di 643 gg e 5 ore. I dati del primo trimestre del 2019 hanno confermato il trend positivo dell'anno precedente, con un Δt mediano per ogni paziente di -4 ore 47 minuti per un risparmio trimestrale di 9091 ore 34 minuti.

I percorsi di presa in carico integrata con inizio in PS hanno coinvolto 227 utenti, di cui 179 (79%) sono stati indirizzati a strutture e servizi socio sanitari territoriali. I restanti 48 pazienti (21%) per cui si è dovuto ricorrere al ricovero interno, hanno potuto usufruire della presa in carico anticipata con conseguente ottimizzazione del processo e contenimento del tempo di attesa passiva.

Conclusione

Il Bed Management rappresenta per l'ospedale uno snodo essenziale nella gestione della risorsa posto letto, in grado di coniugare le diverse esigenze (cliniche, assistenziali e logistiche) per identificare tempestivamente il setting assistenziale appropriato alle necessità del paziente e alle risorse disponibili. Gli interventi sinergici effettuati con il PS, i reparti di degenza, i servizi coinvolti hanno permesso il raggiungimento dei buoni risultati sopra descritti e indirizzano verso l'estensione della modalità organizzativa all'intera Fondazione con una gestione centralizzata di tutti i ricoveri e l'ampliamento dei percorsi di presa in carico integrata dei soggetti fragili.

11:40 - 12:00

L'AMBULANZA INFERMIERISTICA NELLA PROVINCIA DI SIENA: DAL TERRITORIO AL PRONTO SOCCORSO. ANALISI DEI PRIMI SEI MESI DI OPERATIVITÀ

*Camilla Taddei, Mauro Olivi – Dip. Emergenza Urgenza e Accettazione, Ospedale Saronno, ASST Valle Olona, Siena
camillataddei95@gmail.com*

Introduzione

L'ambulanza infermieristica è un mezzo di soccorso su cui opera un infermiere che ha il compito di fornire soccorso avanzato nel supporto delle funzioni vitali attraverso l'esecuzione di manovre salvavita in base a protocolli stabiliti dalla Centrale Operativa. L'impiego nel sistema di emergenza territoriale di mezzi di soccorso infermieristici ci permette di avere un livello di risposta intermedio tra mezzo di soccorso avanzato con medico e infermiere e mezzo di soccorso di base con soli volontari soccorritori, dal momento che gran parte degli interventi di soccorso sul territorio possono necessitare di un'assistenza più qualificata rispetto a quella che possono erogare i soli soccorritori, ma che non richiedono prestazioni strettamente mediche. La presenza di un infermiere a bordo di un'ambulanza permette di avere un riconoscimento precoce, una sorveglianza e contenimento delle situazioni a rischio evolutivo, nonché come specificato prima l'attuazione di manovre salvavita o l'esecuzione di interventi risolutivi.

Obiettivi

L'obiettivo dello studio è quello di valutare l'ambulanza infermieristica della provincia di Siena nei suoi primi sei mesi di operatività e se e come la sua introduzione ha impattato sulle dinamiche del Pronto Soccorso di Siena.

Materiali e metodi

Lo studio è stato svolto trasversalmente raccogliendo i dati dalla Centrale Operativa 118 Siena-Grosseto e dal Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese. In questo contesto sono stati presi in analisi tutti gli interventi svolti dall'ambulanza infermieristica nel periodo di riferimento (luglio- dicembre 2018) e ne è stato analizzato il percorso dall'attivazione all'arrivo sul posto e al successivo invio al Pronto Soccorso. I dati relativi al preospedaliero sono stati estrapolati dall'applicativo del gestionale di Centrale Operativa: nel dettaglio sono stati presi i dati riguardanti le attivazioni dell'ambulanza infermieristica, comprese le missioni annullate con o senza viaggio. Per tutte le attivazioni è stato preso il codice di invio (rosso, giallo, verde o bianco), il codice patologia (C01, C02...) e il codice di rientro (I1, I2, I3, I4). Inoltre sono state prese anche le attivazioni in supporto all'ambulanza infermieristica effettuate da mezzi con a bordo il medico. Per quanto riguarda i dati relativi al percorso intraospedaliero sono stati presi i dati relativi agli accessi effettuati dall'ambulanza infermieristica e quindi codice colore assegnato al triage, problema principale, fascia di età, modalità di dimissione. Nel caso il paziente venisse ricoverato sono stati presi i dati relativi al reparto di invio (Terapia Intensiva, area medica o area chirurgica).

Discussione

La realtà della provincia di Siena vede risultare l'ambulanza infermieristica ben inserita nel contesto di riferimento in quanto si trova ad operare in un territorio dove è presente anche un'automedica e un DEA di II livello. I dati emersi sull'attività dell'ambulanza infermieristica nei suoi primi sei mesi di attività ci mostrano un quadro in cui l'infermiere si trova ad affrontare interventi rilevanti e a gestire situazioni a rischio evolutivo: importanti infatti sono i numeri relativi alle attivazioni di natura traumatica, cardiocircolatoria, neurologica e respiratoria.

Conclusioni

L'ambulanza infermieristica risulta essere un'ottima risorsa nell'emergenza territoriale. Dai dati emersi non si hanno fattori evidenti che mostrino che la sua introduzione abbia portato un numero eccessivo di codici minori e sovraffollamento del Pronto Soccorso, in quanto l'aumento del numero di accessi è ormai una costante negli ultimi anni e non un fatto isolato e riconducibile al periodo di introduzione dell'ambulanza infermieristica.

12:00 - 12:20

INDAGINE SULLA GESTIONE E TRATTAMENTO DEL DOLORE IN TRIAGE NEI DIPARTIMENTI DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE PIEMONTESE

*Fabio Bidoggia, Federica Badariotti – AOU San Luigi Gonzaga, Orbassano (TO)
fabio.bidoggia@unito.it*

Introduzione

Il dolore è spesso il motivo per il quale la persona si reca in Pronto Soccorso. Il trattamento precoce di tale sintomo, già dalle fasi di accoglienza in triage, può produrre dei benefici al paziente e migliorare l'alleanza con l'operatore.

Obiettivi

Descrivere come è valutato e gestito il dolore nei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione della Regione Piemonte.

Materiali e metodi

È stato costruito un questionario ad hoc sulla base dei documenti reperiti in letteratura. Per ottenere l'autorizzazione all'indagine sono stati contattati i responsabili della Direzione Generale, Sanitaria e Infermieristica dei singoli presidi; il questionario è stato quindi somministrato ai coordinatori infermieristici di ciascun Pronto Soccorso.

Risultati

Di 49 strutture ospedaliere dotate di Pronto Soccorso, presenti sul territorio regionale, hanno risposto in 20. Tutte le strutture che hanno risposto dichiarano che nella loro scheda di triage è presente uno spazio dedicato alla valutazione e misura del dolore. In 18 casi su 20, il trattamento (farmacologico o non) è deciso autonomamente dall'infermiere triagista. Sette strutture dichiarano di offrire in triage dei trattamenti non farmacologici, 5 solo trattamenti di tipo farmacologico e 6 entrambi i trattamenti.

Conclusioni

La presenza sul territorio regionale di procedure volte ad aiutare l'infermiere nella valutazione e gestione del dolore al triage indica che sta aumentando la sensibilità e la consapevolezza di trattamento precoce del sintomo. Parallelamente si riconosce una maggiore autonomia alla figura infermieristica nella gestione dei farmaci analgesici.

12.20 - 12.40

LA RILEVAZIONE DELLA TEMPERATURA CORPOREA NELL'EMERGENZA-URGENZA PRE-OSPEDALIERA: RAPID EVIDENCE ASSESSMENT

Enrico Lucenti, N. Dasso, G. Catania, M. Zanini, A. Bagnasco, L. Sasso* - AUSL Piacenza - *Dipartimento di scienze della salute, Università di Genova
enricolucenti@gmail.com*

La rilevazione dei parametri vitali è un punto cardine nell'assessment del paziente da parte dell'infermiere che opera nel sistema di emergenza territoriale. Tuttavia la rilevazione della temperatura corporea non sempre emerge come parametro vitale di riferimento (Rose, 2010) nel processo decisionale della équipe che si trova ad operare sul luogo di un evento. Le variazioni di temperatura non sono infrequenti in emergenza territoriale. Condizioni come traumatismi, shock, patologie endocrine, sindromi neurologiche ed altro ancora, possono favorire l'instaurarsi di ipotermia. La percentuale di pazienti ipotermici alla prima rilevazione sul luogo di un evento è intorno al 29%.

Sala Regency 3

FORMAZIONE E RICERCA

11:20 - 11:40

P.D.I. SHORT FORM: UN "NUOVO" STRUMENTO PER VALUTARE IL SENSO DI DIGNITÀ PERCEPITO

Lorenzo Righi, Marini Fulvia, Pallassini Maurilio - USL Toscana Sud Est
lorenzo.righi@hotmail.it

Introduzione

Il senso di dignità è un sentimento multifattoriale influenzato anche dal contesto delle relazioni assistenziali. Il Patient Dignity Inventory (PDI) di Chochinov è uno strumento che consente di indagare tale costrutto infatti le sue caratteristiche psicometriche negli ultimi anni sono state indagate e validate anche in popolazioni di pazienti cronici e non solo nel fine vita. L'obiettivo di questo studio è di esaminare e testare le caratteristiche psicometriche della versione ridotta dello strumento su un gruppo di pazienti cronici al fine di rappresentare un concetto semplificato di dignità e fornire ai professionisti uno strumento più snello e agevole da utilizzare nella pratica clinica.

Materiali e metodi

L'indagine prevede la somministrazione della versione ridotta del P.D.I. Short - Form. Lo strumento è composto da 11 items a risposta multipla su scala Likert ed è stato testato su pazienti cronici negli ospedali dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese (AOUS) e presso l'Ospedale della Misericordia di Grosseto, previa autorizzazione del Comitato di Bioetica. Per valutare l'attendibilità e la fedeltà dello strumento è stato effettuato un test-retest a distanza di dieci giorni dalla prima somministrazione.

Risultati

È stato utilizzato il software Statistical Package for Social Science. Dopo aver effettuato un'analisi descrittiva dei dati, sono stati calcolati i punteggi complessivi andando ad analizzare la correlazione tra senso di dignità percepito età e genere. Dall'analisi preliminare emerge che il senso di dignità percepito cambia in relazione al genere (le femmine presentano un punteggio più alto dei maschi) e che non c'è correlazione con l'età.

Conclusioni

Seppure con alcune cautele riguardanti lo stato di avanzamento della patologia, il PDI Short Form sembra essere uno strumento utile a misurare il senso di dignità percepito. Lo strumento testato è risultato affidabile e significativo dal punto di vista statistico, ma resta la necessità di ampliare il campione per validarlo.

Bibliografia

Ferretti F, Pozza A, Pallassini M, Righi L. et al. (2018). "Il Patient Dignity Inventory è utilizzabile anche in pazienti che non sono in fine vita? Struttura fattoriale e invarianza in pazienti con patologie croniche". *Professioni Infermieristiche*, vol.71, num.2: p.79-88;
Pallassini M, Righi L, Marini F, Adami S. et al. (2018) "La perdita di senso di dignità in una coorte di pazienti cronici: analisi descrittiva". *Scenario*, vol.35, num.4: p.14-18;
Ferretti F, Pozza A, Pallassini M, Righi L. et al. (2019). "Gender invariance of dignity in non-terminal elderly patients with chronic diseases: a multi-centric study. *Quality & Quantity International Journal of Methodology*, First Online: 1 January 2019, p.1-12.

11:40 - 12:00

L'INFERMIERE DI PRATICA AVANZATA SPECIALISTA IN EMERGENZA: NUOVE PROSPETTIVE PER IL FUTURO

Marta Mariani, Nicola Ramacciati
marianimarta@tiscali.it

Introduzione

La professione di infermiere nel tempo è cambiata in modo notevole facendo un grande salto di qualità. Gli infermieri sono sempre più preparati e competenti e contribuiscono ad un miglioramento effettivo nel campo della pratica clinica, della cura e dell'assistenza alla persona; tuttavia per motivi storici, culturali, politici, burocratici ed economici il pieno riconoscimento di questa professione stenta ancora ad arrivare. Come in Italia, in altri paesi questa figura ha un ruolo chiave nella sanità, ma esistono specializzazioni riconosciute che permettono al professionista di avere delle conoscenze specifiche e approfondite nell'interesse sia del paziente che degli altri professionisti con i quali si trova a lavorare e svolge delle attività di pratica avanzata, che in Italia sembra essere ancora un miraggio. Nell'area dell'emergenza e urgenza esiste una figura specializzata, in Italia sconosciuta, chiamata Nurse Practitioner (NP): è un infermiere con competenze avanzate che lavora nel Triage di Pronto Soccorso (PS) che, attraverso l'attuazione di protocolli sviluppati per patologie o condizioni cliniche specifiche elaborati e approvati dall'equipe medica ed infermieristica del contesto lavorativo in cui si trova ad operare, avvia procedure diagnostiche a terapeutiche dal momento della presa in carico e assegnazione del codice di Triage fino alla visita del medico di PS. Esempi di protocolli più comunemente usati sono per la gestione precoce del dolore in triage, richiesta di esami radiografici per lesioni ortopediche, prelievo di esami ematici (es. troponina), ECG ed Eco-fast per pazienti con dolore toracico e protocolli per pazienti con dolore addominale¹. Tutto ciò permette ovviamente di ridurre i tempi d'attesa e di permanenza in PS in quanto, prima della visita, il paziente avrà già eseguito gli esami del caso facilitando la diagnosi medica e successivo trattamento, riduzione dei costi, miglioramento dei servizi, diminuzione della possibilità che si verifichino eventi avversi, miglioramento della qualità di assistenza erogata e conseguente pieno riconoscimento dell'autonomia professionale dell'infermiere. È stata eseguita una revisione della letteratura nei due motori di ricerca PubMed e Cinahl e sono stati presi in esame 11 studi in cui è stata verificata l'efficacia di questa figura, qualità di assistenza erogata e di soddisfazione sia dei pazienti che dei medici, nonché di effettivi risultati clinici. Anche in Italia, alcune realtà sanitarie hanno introdotto protocolli operativi avanzati in ambito pre-ospedaliero, tuttavia non sono mancate reazioni da parte di professionisti: è recente la vicenda che ha visto l'Ordine dei Medici di Bologna procedere alla radiazione dell'Assessore Regionale della Sanità a seguito dell'emanazione del DGR che permetteva agli infermieri di 118 di attuare protocolli e istruzioni operative a livello territoriale, attribuendo, secondo alcuni, al personale infermieristico compiti di diagnosi, prescrizione e somministrazione di farmaci soggetti a controllo del medico.

Obiettivi

Obiettivo del presente studio è quello di analizzare la possibile applicazione di tale modello nei PS italiani.

Materiali e metodi

È stato condotto uno studio di tipo qualitativo, tramite un Focus Group, con un campione di 7 infermieri di PS che operano all'interno di 3 servizi ombra (DEA di I e II Livello e PS), in cui è stata discussa la possibile applicazione e realizzazione della figura del NP in Italia. L'analisi dei dati è stata eseguita secondo il metodo Colaizzi, mentre la presentazione dei risultati ha seguito lo standard COREQ.

Risultati

Il Focus Group ha fatto emergere 4 temi principali:

- possibile applicazione e realizzazione figura NP in Italia,
- autonomia dell'infermiere,
- responsabilità,
- preparazione e formazione specifica.

Ulteriori sotto-temi sono risultati: le realtà interne nei PS e accessi impropri, difformità regionali e all'interno del territorio umbro, utilità dei protocolli, possibile ostruzionismo e crescita professionale. I principali ostacoli emersi sono: barriere in termini di preparazione specialistica e relativo riconoscimento e barriere rappresentate da vecchi retaggi culturali e storici?

Conclusioni

Tutti i partecipanti hanno confermato i presupposti di partenza della discussione: utilità nel sistema sanitario della figura in questione, vantaggi in termini di tempi di attesa, di permanenza, di costi, di tempestiva assistenza e miglioramento di quest'ultima, riconoscimento autonomia e preparazione professionale e assenza di una formazione specialistica.

Bibliografia

1. Jennings N. The impact of nurse practitioner services on cost, quality of care, satisfaction and waiting times in the emergency department: A systematic review. Tratto da International Journal of Nursing Studies. 2014.
2. Mariani M. Infermiere Practitioner: l'infermiere di pratica avanzata specialista in area critica e di emergenza. Evidenze scientifiche e nuove prospettive per il futuro. 2019.

12:00 - 12:20

IL PROCESSO DI FORMAZIONE DEL PERSONALE INFERMIERISTICO SUL TEMA DONAZIONE E TRAPIANTO: EFFETTI SULLE DONAZIONI

Paola De Padova, Marina Morgutti, Claudio Pognani, Francesca Zacchia, Alessandro Galazzi, Mariaelena Vaglio - ASST Mantova
paola.depadova@asst-mantova.it

Introduzione

Ad oggi in Italia quasi 9000 persone sono in attesa di ricevere un organo. La disponibilità di organi è la condizione senza la quale i trapianti non potrebbero neppure esistere. L'identificazione del potenziale donatore è il prerequisito per arrivare all'effettiva donazione, al prelievo e quindi al trapianto. L'infermiere ricopre un ruolo importante nell'attività di individuazione del potenziale donatore di organi in quanto può essere in grado di identificarlo tempestivamente ma per farlo deve essere adeguatamente formato.

Obiettivi

Indagare la relazione tra l'attività di formazione del personale infermieristico della terapia intensiva e l'individuazione del potenziale donatore, valutando gli effetti sull'attività di donazione (organi e tessuti) dei corsi svolti presso l'ASST "C. Poma" di Mantova.

Materiali e metodi

Studio osservazionale. Previa autorizzazione, sono stati consultati il database aziendale, Donor Manager e i dati relativi ai percorsi di formazione sulla donazione di organi e tessuti effettuati dal 1/1/2011 al 31/12/2017.

Risultati

Nel periodo considerato si è registrato un incremento degli accertamenti di morte con criteri neurologici, pur rimanendo invariato il numero di decessi per lesioni cerebrali acute. L'incremento appare in forte relazione con l'aumento del numero di infermieri formati in merito all'attività di donazione e trapianto. Vi è infatti una forte correlazione tra formazione e l'attività di procurement, la cui espressione in termini di retta di regressione presenta un'equazione con coefficiente r^2 di 0,7.

Conclusioni

Questa esperienza indica che la formazione può favorire lo sviluppo delle competenze professionali degli infermieri aumentando il numero delle identificazioni di potenziali donatori.

Parole chiave: Formazione, procurement, donazione d'organo, infermiere, terapia intensiva.

Bibliografia

- Procaccio F, Giannelli Castiglioni A, Manyalich M, Nanni Costa A. Manuale Corso Nazionale Coordinatori alla Donazione e al Prelievo di Organi e Tessuti. VII edizione. Bologna: Editrice Compositori. 2012.
- Programma nazionale donazione organi 2018-2020, documento della Consulta tecnica permanente per i trapianti e del Centro Nazionale Trapianti dell'Istituto Superiore di Sanità, condiviso con le Società Scientifiche e con le Associazioni di Volontariato.

12:20 - 12:40

UN MODELLO INNOVATIVO DELLE COMPETENZE COME STRUMENTO DI VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE

Tommaso Piani - Asuiud Udine
tommaso.piani87@gmail.com

Introduzione

Il tema delle competenze ha registrato negli ultimi due decenni un notevole aumento di interesse legato alla necessità di adeguare i diversi settori professionali all'evoluzione di una società e di un sistema sociale sempre più articolati e complessi. La riflessione sulla mappatura delle competenze è centrale nello studio delle figure professionali soprattutto nel settore socio sanitario, un ambito molto normato che rende più difficile la revisione delle competenze dei professionisti. Numerosi studi evidenziano che l'infermiere con competenza avanzata, rispetto al neofita, assume un ruolo fondamentale in rapporto ai suoi colleghi, come supervisore, sostegno e consulenza, facendosi promotore di processi di cambiamento mentre sul piano clinico relazionale funge da guida per sviluppare capacità di autocura e di autogestione della malattia. In letteratura non vi sono molte ricerche che hanno trattato tematiche quali le caratteristiche di una pratica competente. La valutazione delle competenze è un giudizio sul comportamento agito nei contesti professionalmente rilevanti e sulle conoscenze, capacità e propensioni che sottendono tale comportamento e in quanto tale difficile da misurare nei contesti clinici. La competenza è un insieme integrato di conoscenze e capacità finalizzate ad un risultato coerente con gli obiettivi dell'organizzazione. Tale "performance" va valutata attraverso uno strumento finalizzato, equo, contestualizzato e oggettivo.

Obiettivi

Lo studio si propone, partendo da un'analisi lessicale del termine "competenza", di calare nella pratica clinica- organizzativa queste brevi considerazioni attraverso la descrizione del modello applicato in Friuli Venezia Giulia; un modello creato per la valutazione delle competenze infermieristiche nell'ambito del sistema di emergenza- urgenza. Nello specifico lo strumento ha evidenziato il livello di competenza di tutte l'équipe impegnate nella Rete di emergenza- urgenza FVG, consentendo di avviare un percorso formativo regionale per uniformare il livello di competenze del personale coinvolto.

Materiali e Metodi

Case Study: nel quadro della Rete dell'emergenza del Friuli Venezia Giulia, l'organizzazione richiede di adeguare lo sviluppo delle competenze al contesto attuale, dove l'assistenza infermieristica, sempre più complessa, deve rimodulare processi e modelli organizzativi con i quali i professionisti soddisfano i bisogni assistenziali.

Lo strumento realizzato per mappare le competenze dei Professionisti impegnati nella rete dell'emergenza della Regione si è sviluppato attraverso riunioni periodiche di un gruppo di lavoro dedicato. In linea con le migliori evidenze, il gruppo di lavoro ha riconosciuto la necessità di giungere ad una definizione delle competenze partendo dall'analisi di diversi fattori quali: la valorizzazione dell'esperienza del professionista, la centralità del soggetto, la centralità dell'apprendimento e la formazione intesa come Lifelong Learning. La metodologia adottata, in linea con la letteratura, ha contribuito in modo determinante alla definizione della competenza, evidenziandone gli aspetti più significativi. Sono state combinate più tecniche con lo scopo di disporre di dati sufficientemente esaustivi e completi, tenendo conto dei vantaggi e dei limiti di ciascuna di esse. La metodologia attivata è stata quella di una Consensus Conference che ha dato origine a varie fonti d'indagine (Focus Group, Interviste) contribuendo, attraverso la valutazione di ogni specifico apporto, alla precisazione delle competenze richieste per i ruoli indagati.

Risultati

L'analisi condotta ha fornito gli elementi di base utili per la descrizione dello specifico profilo professionale di: domini, macro- competenze e competenze specifiche. Sono stati individuati 12 domini che definiscono gli ambiti e i temi di competenza dell'infermiere: sicurezza; presa in carico; assessment telefonico; presa in carico preospedaliero; interfacce comunicative; relazionale; pratica basata sulle evidenze; consulenza; formazione; auto formazione; educazione alla salute; etica nel prendersi cura; governance. Per ogni dominio è stata isolata una macro-competenza che ne dichiara la funzione specifica; per ogni macro-competenza sono state individuate specifiche abilità che corrispondono alle capacità che il professionista deve possedere ed agire nell'esercizio prerogativo della pratica clinica. Attraverso i lavori di analisi, sulla base dei dati pervenuti è stato prodotto un documento su file Excel® per favorire la compilazione informatizzata. Lo strumento è stato utilizzato da tutti i Responsabili Infermieristici delle equipe impegnate nell'area dell'Emergenza- Urgenza.

Conclusioni

La costruzione del profilo professionale delle competenze dell'infermiere responsabile della gestione dei processi infermieristici in emergenza – urgenza preospedaliera costituisce base propedeutica per la costruzione delle competenze individuali e di un portfolio professionale. La letteratura analizzata porta alla luce le diversità di approccio e di lettura delle competenze e quanto ampio sia il divario tra una esemplificazione e un'altra. L'analisi bibliografica pone in evidenza un elemento comune: l'importanza delle competenze dei professionisti sanitari e di un modello di valutazione delle stesse. A partire dai risultati dell'analisi delle competenze, può essere sviluppato un piano formativo ad ampio respiro uscendo dalle logiche tradizionali di tipo modulare o per unità formative (per cui ad ogni obiettivo formativo corrisponde un set di contenuti specifici) per aderire, invece, a quella che potremmo definire una 'logica progettuale di rete'. Il modello che la regione ha sviluppato sembra essere uno dei pochi in Italia suscitando anche l'interesse di diverse regioni limitrofe. Sicuramente il confronto e l'applicazione nei diversi contesti svilupperà al meglio questo strumento, fondamentale per un miglioramento continuo, caposaldo della moderna sanità.

Sala Plenaria TERAPIA INTENSIVA 5

14:50 - 15:10

LE MANI DEI PROFESSIONISTI IN AREA CARDIOVASCOLARE: ESITI TRIENNALI DI UN SISTEMA DI MONITORAGGIO

Luca Fialdini, Mariella Tongiani, Daniela Galleschi, Marco Vaselli, Stefania Baratta, Monica Baroni - Fondazione Toscana Gabriele Monasterio, Pisa
fialdiniluca@gmail.com

Introduzione

Si stima che in Italia ogni anno 534.709 pazienti ricoverati in ospedale per acuti contraggono una Infezione Correlata all'Assistenza (ICA) e 3.758.014 in Europa (ECDC 2016-2017). In Fondazione Toscana G. Monasterio, dal 2008, è stato istituito un sistema di sorveglianza con una rete di sanitari che collabora al controllo delle infezioni, con l'osservazione della buona pratica sull'igiene delle mani e sull'isolamento.

Obiettivi

Uniformare a livello aziendale la modalità di registrazione e elaborazione telematica delle schede di rilevazione; potenziare il coinvolgimento e la motivazione degli operatori sanitari; riduzione dell'incidenza delle infezioni ospedaliere.

Materiali e metodi

Studio osservazionale, prospettico, monocentrico, dal 1/01/2016 al 31/12/2018. Il gruppo di lavoro ha progettato e elaborato uno strumento di rilevazione telematico delle osservazioni attraverso l'utilizzo di un software igiene mani (SIM). Sono stati arruolati 42 osservatori (infermieri, medici, oss e tecnici) a cui dopo un breve periodo di formazione individuale, sono state inviate le schede tramite mail. Sono state stabilite due modalità differenti di rilevazione: un periodo dichiarato a tutto il personale con manifesti in cui si informava il personale sulla possibilità di essere osservati durante le attività assistenziali e un periodo di osservazioni in cieco. Le variabili raccolte sono state descritte con le loro frequenze e le relative percentuali. I confronti delle frequenze delle variabili, osservate nei tre anni, sono stati eseguiti con il test del chi-quadrato con correzione di Yates.

Risultati

Sono state raccolte 1622 schede, 25514 osservazioni sul personale e 6488 sul materiale (presenza lavandini 96,6%, sapone normale 90,8%, sapone antisettico 87,7% e rub alcool 98,03%). La scheda prevedeva 8 aree di indagine e i professionisti sono stati osservati durante le attività cliniche e assistenziali. I dati sono stati raccolti trimestralmente, sei momenti in cieco (860 schede) e sei in palese (762 schede). Ogni setting assistenziale è stato analizzato in modo da poter estrapolare i dati specifici di ogni unità operativa, facendo emergere l'adesione alla buona pratica dei diversi 18 profili professionali presenti in azienda, in relazione alle 8 aree di indagine e alla tipologia di lavaggio. Coinvolgendo figure professionali diverse è migliorata la compliance di tutti gli operatori e la percentuale complessiva di adesione (D1 74,87%, D2 78,52%, D3 87,04%, D4 92,30%, D5 89,74%, D6 87,76%, D7 77,98%, D8 73,97%). È incrementata nel tempo la percentuale di lavaggio antisettico prima di procedure invasive, mentre è diminuita l'adesione post rimozione dei guanti. Non si apprezzano differenze sostanziali di comportamento dei professionisti nelle osservazioni in cieco vs palese. Correlando i dati sull'igiene mani con le ICA, si osserva una significativa diminuzione del tasso di infezione della ferita chirurgica.

Conclusioni

Il sistema di monitoraggio ha contribuito ad aumentare la sensibilità al problema dell'igiene mani e a ridurre le infezioni della ferita chirurgica, a eliminare gli errori di trascrizione dei dati, a personalizzare le osservazioni in base alla complessità del setting assistenziale, nonché a ridurre economicamente gli investimenti aziendali. Ha permesso, inoltre, di stimolare, motivare e rafforzare il comportamento di tutto il personale sanitario, pubblicizzando continuamente il processo corretto.

15:10 - 15:30

I FATTORI CHE INFLUENZANO L'ADERENZA TERAPEUTICA NELLE PERSONE AFFETTE DA SCOMPENSO CARDIACO: UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA

Veronica Zambon, Alessandra Turrin - Essepuno Centro servizi per l'anziano, Belluno
veronica.zambon@icloud.com

Introduzione

Lo scompenso cardiaco è una malattia cronica molto diffusa che richiede un trattamento complesso. Le stime del Ministero della Salute stabiliscono che i casi di scompenso cardiaco in Italia siano circa 600.000; in uno studio del 2008 risulta essere la causa del 14% dei ricoveri nelle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC) italiane. L'aderenza terapeutica, ovvero il grado con cui una persona segue le raccomandazioni sul trattamento (non solo farmacologico) concordate insieme ai fornitori di cura, è molto importante per coloro che sono affetti da questa patologia per evitare riacutizzazioni. Essa infatti rappresenta uno dei fattori di riospedalizzazione che potrebbe essere modificato. Capire quali fattori possono ostacolare l'aderenza di queste persone potrebbe essere utile per prevenire o gestire, già prima della dimissione dall' UTIC, la scarsa osservanza delle raccomandazioni, evitare eventi avversi e consentire un maggior controllo dei costi sanitari.

Obiettivi

L'intento di questa ricerca era quello di stabilire, in base alle conoscenze disponibili in letteratura, quali fattori possono influenzare l'aderenza terapeutica delle persone affette da scompenso cardiaco e di capire se e come è possibile orientare la pratica infermieristica.

Materiali e metodi

La ricerca è stata eseguita all'interno della banca dati PubMed inserendo la stringa: "medication adherence" AND "heart failure" NOT "mortality" NOT "patient readmission". È stato impostato un limite temporale di 10 anni e sono stati inclusi solo articoli in inglese o francese. Sono stati individuati in totale 45 articoli inerenti, 31 dei quali sono stati inclusi in questa revisione.

Risultati

Degli articoli inseriti in questa indagine 28 sono relativi a studi clinici (studi di coorte, caso-controllo, trasversali e analisi secondarie di altri studi) e 3 sono revisioni sistematiche della letteratura. Nella maggior parte degli studi è stato utilizzato un solo metodo di valutazione dell'aderenza. Inoltre, una gran parte delle indagini incluse ha considerato solo l'aderenza al farmaco e non al trattamento nel suo complesso. Dalla ricerca sono emersi risultati relativi a molti fattori che vengono considerati come dei predittori di scarsa aderenza. Alcuni fattori sono stati trattati in più articoli mentre altri sono stati valutati solamente da una o due indagini.

Discussione e Conclusione

Fattori come la personalità di tipo D, il senso di autoefficacia, le conoscenze sanitarie, il supporto sociale, lo status socioeconomico, il costo dei farmaci, la complessità del regime terapeutico, la depressione e le funzioni cognitive sono risultati essere degli elementi che possono influenzare l'aderenza terapeutica sui quali l'infermiere potrebbe agire. La valutazione dell'assistito, durante la fase di trattamento dell'acuzie, permetterebbe di capire quali fattori possono aver contribuito alla riacutizzazione. Ciò consentirebbe di pianificare degli interventi, ad esempio di educazione terapeutica, utili ad aumentare l'aderenza che potrebbero essere avviati già prima della dimissione dall'UTIC. Altri elementi sono risultati non associati (ad esempio l'ansia) e per alcuni non è stato possibile fare delle affermazioni precise a causa della scarsa specificità dei dati rilevati dovuta all'ampiezza del quesito di ricerca.

15:30 - 15:50

OLTRE L'ADVANCED LIFE SUPPORT: IL REBOA NELL'ARRESTO CARDIOCIRCOLATORIO NON TRAUMATICO E NON EMORRAGICO

Giulia Spaini, Riccardo Cusmà Piccione, Francesca Reato, Giulio Carcano - ASST Ospedale Niguarda, Milano

giulia.spaini@gmail.com

Introduzione

Resuscitative Endovascular Balloon Occlusion of the Aorta (REBOA) è una pratica clinica dapprima introdotta in ambito extra- e poi intra-ospedaliero con lo scopo di stabilizzare emodinamicamente pazienti in condizioni di shock emorragico ad eziologia traumatica, tramite occlusione parziale o totale dell'aorta a seconda del livello di sanguinamento (Darrabie et al., 2018). Consolidato ormai il suo campo di applicazione prevalentemente traumatico, nel campo della rianimazione cardiopolmonare risulta che tale dispositivo non provoca lesioni iatrogene durante il massaggio cardiaco esterno (Dogan et al., 2018). Tuttavia, in letteratura non è ancora definito il ruolo potenziale del REBOA durante un Advanced Life Support (ALS): diversi studi evidenziano l'incremento delle pressioni sistemiche, cerebrali e coronariche, contribuendo significativamente all'ottenimento di un ritorno spontaneo di circolo (ROSC) (Levis et al., 2018). Il focus di ricerca è quindi mirato sul paziente in arresto cardiaco (ACC) ad eziologia non traumatica e non emorragica, mediante applicazione di ALS a torace chiuso e refrattario, immune alla terapia farmaco - elettrica.

Materiali e metodi

Una revisione di letteratura è stata condotta tramite una strategia di ricerca con le seguenti parole chiave "REBOA AND "cardiac arrest" OR "cardiopulmonary resuscitation", proseguendo poi con una stringa di ricerca avanzata introducendo la keyword "non traumatic", con l'operatore booleano AND. La ricerca è stata condotta sulle banche dati Pubmed e Clinical Key, applicando i criteri di inclusione quali articoli pubblicati negli ultimi 5 anni, setting in-hospital, e full text.

Risultati

Dalla stringa di ricerca iniziale sono pervenuti 26 articoli; applicando il focus sull'ACC non emorragico ad eziologia non traumatica sono stati invece considerati 13 articoli pertinenti. Da questi studi, come revisioni sistematiche di letteratura e studi retrospettivi, è emerso che l'utilizzo del REBOA nella zona IC aumenta la pressione arteriosa sistolica (PAS) da 86mmHg a 128mmHg (Daley et al., 2018; Moitra et al., 2012).

Discussione

Come dichiarato da Moitra et al (2012), la pressione di perfusione coronarica maggiore di 15 mmHg permette di ottenere maggiormente un ROSC. Dalla letteratura è emerso che la tecnica REBOA è un'alternativa valida alla toracotomia resuscitativa, dove questa non ha indicazione o dove il timing risulti essere maggiore rispetto ai tempi di applicazione del REBOA (Teeter et al., 2018). Dalla revisione di letteratura si evidenziano lacune riguardo la tempistica di applicazione del REBOA durante le manovre di ALS, pertanto si propone un algoritmo ibrido di applicazione nell'ALS classico durante un arresto cardio-circolatorio non responsivo entro i 10 minuti (Levis et al., 2018) ad eziologia non traumatica e non emorragica.

Sala Falco

EMERGENZA E PRONTO SOCCORSO 5

14:30 - 14:50

GESTIONE INFERMIERISTICA DEL DOLORE IN AMBITO DI EMERGENZA TERRITORIALE: STUDIO DI TRIANGOLAZIONE NEL CONTESTO DEL 118 DELL'AZIENDA USL TOSCANA CENTRO

Flavio Gheri, Amanda Rampi, Filippo Arfaioi - 118 Firenze-Prato AUSL Toscana Centro

flavio.gheri@uslcentro.toscana.it

Introduzione

Il presente studio indaga il livello di conoscenza e l'opinione personale degli infermieri del 118 di Firenze-Prato e Pistoia-Empoli riguardo il vigente protocollo sulla gestione del dolore su ambulanza infermieristica. Dalle recenti evidenze internazionali emerge l'efficacia dell'uso di oppioidi come Fentanyl® intranasale ed endovenoso, sufentanil, tramadolo, numerosi FANS e gas analgesici come il protossido d'azoto ed il metossifilurano.

Materiali e metodi

Sono stati inclusi gli infermieri che lavorano su ambulanze infermieristiche INDIA del 118 di Firenze-Prato e Pistoia-Empoli, che avessero concluso il periodo di inserimento lavorativo. La raccolta dati è avvenuta sempre in presenza di un ricercatore e tramite la somministrazione di un questionario e l'audio-registrazione di un'intervista; questi sono stati confrontati tra loro senza poter risalire all'identità dell'infermiere. È stata scelta una strategia di campionamento di convenienza non probabilistico.

Analisi dei dati

Dall'analisi dei dati quantitativi si evince che nel 28.8% dei casi le scale di valutazione utilizzate non sono le scale indicate dal protocollo infermieristico, nonostante siano scale idonee alla valutazione del dolore nel paziente adulto. Nel 45.6% dei casi, il riconoscimento del dolore di media intensità e nell'83.6% dei casi la somministrazione di paracetamolo, come indicato da protocollo, avvengono correttamente. Nel 52% dei casi sono note le controindicazioni all'uso di morfina quando indicata da protocollo, per punteggio NRS ≥ 7 ; nel 52% dei casi si sono riscontrati tempi di rivalutazione del dolore più lunghi di quanto indicato dal protocollo.

Dall'analisi dei dati qualitativi, si afferma che l'infermiere, almeno una volta durante la propria esperienza, ha creduto che il paziente sovrastimasse o sottostimasse il dolore e il 64.4% degli infermieri ritiene che il dolore abbia frequentemente un'influenza negativa sui parametri vitali. La patologia che più frequentemente dà dolore risulta essere il trauma. L'89% del campione è favorevole alla modifica del protocollo con l'introduzione o la reintroduzione del Fentanyl®, farmaco che molti infermieri si farebbero somministrare in caso di necessità (72.6%) da un collega in ambito di emergenza territoriale.

Conclusioni

In generale si afferma che il livello di conoscenza del protocollo in esame può essere migliorato, in quanto scarso su scale di valutazione e tempi di rivalutazione del dolore, ma buono riguardo l'uso dei farmaci disponibili. Si auspica che in futuro vengano svolti studi che indaghino l'eventuale beneficio che porterebbero altri farmaci analgesici e che le future revisioni del protocollo tengano conto delle opinioni emerse attraverso i colloqui con quei professionisti che ogni giorno si trovano ad utilizzarlo.

14:50 - 15:10

IL NUOVO SISTEMA DI TRIAGE TOSCANO. VALUTAZIONE DI IMPATTO A-PRIORI SULLE URGENZE AD ACCESSO RAPIDO

Vittorio Bocciero, Laura Rasero, Stefano Bambi, Marco Ruggeri, Francesco Tredici, Andrea Guazzini - Università degli Studi di Firenze

vittorio.bocciero@gmail.com

Introduzione

Lo studio si è proposto di studiare l'impatto della nuova Scala di Triage Toscana (S.T.T.) all'interno della realtà di un Pronto Soccorso di secondo livello, nella fattispecie quello dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi. L'obiettivo dell'analisi è stato effettuare una previsione della ridistribuzione, tra i nuovi livelli numerici di urgenza, mediante l'esame e la ricodifica di un gruppo di schede di triage afferenti al precedente sistema. Secondariamente, lo studio ha riguardato le classi di problemi principali ponendo attenzione ai relativi andamenti tra i livelli di urgenza, individuando possibili concentrazioni di codifiche e di esito.

Materiali e metodi

Lo studio ha riguardato 619 cartelle di triage con urgenza "gialla" compilate da 5 infermieri best-performers, tra il 01/01/2017 e il 31/12/2017 di cui 600 rientranti nei criteri di inclusione dello studio. L'analisi ha visto due fasi: la prima in cui il candidato in conformità con il S.T.T. ha codificato il campione per l'urgenza relativa ai dati contenuti nelle cartelle ed una seconda fase in cui si è sottoposto un sotto-campione random ad un infermiere best-performer.

Analisi e discussione

I codici di urgenza del sotto-campione, prodotti dal candidato e confrontati con quelli dell'infermiere best-performer hanno evidenziato una concordanza dell'86% dei risultati con una affidabilità intergiudice di 0,771. L'analisi successiva della popolazione, che di partenza era inserita nella

codifica "gialla", dopo l'analisi con il S.T.T. ha riportato che il 77,6% veniva individuato come codice di urgenza numerico "2", il 20,7% come codice "3", mentre la restante parte in egual misura si divideva tra codice "1" e "4". Successivamente per l'analisi dell'errore di assegnazione si è studiato l'esito delle singole classi di urgenza, separando: ricoveri e dimissioni in conformità con i livelli di qualità della S.T.T.

I risultati hanno dimostrato che nei diversi sottogruppi di urgenza della S.T.T., si sono associate tendenze al ricovero con una percentuale che rispecchia l'urgenza del livello del codice di triage.

Conclusioni

La panoramica delle classi di urgenze dopo la messa a regime della S.T.T., cambierà notevolmente, raggiungendo lo scopo prefissato dagli stessi autori: riconoscere in maniera specifica, le situazioni di evoluzione e instabilità vitale al fine di convogliare su queste, le risorse necessarie. I risultati previsionali di questo studio hanno dimostrato che la S.T.T. sembra raggiungere questo obiettivo, permettendo così l'inserimento degli stessi nella classe di urgenza in ingresso più idonee.

15:10 - 15:30

ANALISI E VALUTAZIONE DELLE COMPETENZE INFERMIERISTICHE NELL'EMERGENZA TERRITORIALE NELLA PROVINCIA DI SIENA: UNO STUDIO DESCRITTIVO

Camilla Taddei – Dip. Emergenza Urgenza e Accettazione, Osp. Saronno, ASST Valle Olona
camillataddei95@gmail.com

Introduzione

Le competenze intese come conoscenze, capacità e abilità sono un valore aggiunto al professionista. Tali competenze vengono messe in atto dal professionista in un determinato contesto per raggiungere un determinato obiettivo. L'organizzazione del sistema italiano dell'emergenza territoriale è principalmente strutturata su base provinciale con molte differenze organizzative tra un sistema e un altro e tali differenze tra un sistema e un altro le troviamo anche per quanto riguarda le competenze del personale infermieristico.

Obiettivi

La definizione e valutazione delle competenze infermieristiche nell'ambito dell'emergenza territoriale è di fondamentale importanza per garantire uno standard professionale nel processo di assistenza alla persona con un problema acuto, ma non solo: la mappatura delle competenze è utile al fine di favorire lo sviluppo professionale nell'emergenza, ambito in continuo avanzamento.

Materiali e metodi

Somministrazione cartacea di un questionario al campione di riferimento composto da infermieri che operano sui mezzi di soccorso nella provincia di Siena e successiva analisi statistica dei dati ottenuti: la prima parte indaga sulla frequenza di utilizzo delle competenze individuate, mentre la seconda parte prevede un'autovalutazione sul possesso o meno di tali competenze. Le competenze prese in atto sono state scelte consultando la NCS e i corsi specifici per l'ambito. In seguito è stato effettuato un focus group con gli esperti del settore per completarne l'individuazione.

Discussione

Hanno risposto al questionario il 70,1% degli infermieri del campione, dei quali il 90,2% ha seguito dei corsi di formazione specifici per l'ambito e il 23,4% ha un master specifico in emergenza-urgenza. Le domande che hanno ottenuto una significatività statistica sono state sottoposte al test del segno per valutare la relazione conoscenza teorica/applicazione nella pratica clinica. Dall'analisi dei dati è emerso che in generale gli infermieri ritengono un buon livello di competenza negli items selezionati. Se da una parte abbiamo buoni livelli di competenza, dall'altra non sempre il buon livello di competenza corrisponde ad un frequente utilizzo nella pratica clinica.

Conclusioni

Il primo passo per il riconoscimento professionale e delle competenze del personale infermieristico sui mezzi di soccorso è la valutazione delle competenze. Il fine ultimo è quello di mappare le competenze infermieristiche nell'ambito dell'emergenza territoriale per favorire la crescita e lo sviluppo professionale.

**THINK
GLOBAL**
ACT LOCAL

POSTER

P1

VERIFICA DI EFFICACIA DEL PROGETTO "AUTO INFERMIERISTICA" DISTRETTO DI SCANDIANO

Marina Baricchi - Azienda USL Reggio Emilia
mbaricchi@libero.it

Introduzione

Il sistema di emergenza urgenza della provincia di Reggio Emilia, in seguito ad una serie di provvedimenti, ha visto l'istituzione di un dipartimento interaziendale di emergenza urgenza integrato e la configurazione di una rete ospedaliera Hub and Spoke, costituita da 1 ospedale Hub, Reggio Emilia, e 5 ospedali Spoke: Castelnuovo nè Monti, Scandiano, Correggio, Montecchio, Guastalla. La rete ospedaliera si è avvalsa di percorsi clinico assistenziali definiti e condivisi. Il sistema di emergenza territoriale ha previsto; la ricezione della chiamata presso la centrale operativa 118 Emilia Ovest, l'attivazione di 5 automediche a partenza dai presidi ospedalieri distrettuali, la presenza di una sola auto infermieristica (AI) a partenza e con competenze territoriali relative dall'ospedale Hub di Reggio Emilia.

Obiettivi

Con l'unificazione aziendale e la costituzione di un unico presidio ospedaliero, è prevista una riorganizzazione del dipartimento emergenza urgenza. Gli obiettivi per la rete di emergenza territoriale sono:

1. aumentare la quota dei servizi che vedono l'intervento di un sanitario,
2. garantire un'assistenza qualitativamente elevata,
3. attivare precocemente i percorsi clinico assistenziali tempo correlati.

Materiali e metodi

Il 4 febbraio 2019 è stata attivata presso il distretto ospedaliero di Scandiano il mezzo di soccorso infermieristico "India Scandiano". L'auto infermieristica interviene su chiamate del 118 afferenti ai Comuni di: Scandiano, Casalgrande, Rubiera, Castellarano, Viano e Baiso. La popolazione servita è pari a 81600 abitanti per una superficie di 300 km². Il servizio è al momento operativo h12 (07.30-19.30). Il personale infermieristico è fornito dall'azienda ospedaliera, il mezzo e l'autista sono forniti da Croce Rossa ed Emilia Ambulanze. Le competenze clinico assistenziali dell'infermiere che opera sull'auto infermieristica, prevedono un percorso formativo della durata di 4 anni, con attività educativa specifica nell'ambito del Pronto Soccorso e dell'emergenza territoriale. La presa in carico del paziente e l'assistenza sono regolamentate da protocolli aziendali condivisi dalla regione Emilia Romagna. I protocolli operativi sono: valutazione ambientale, assessment del paziente non traumatico e del paziente traumatico, trattamento dello stroke, del dolore toracico, gestione delle vie aeree, trattamento di anafilassi del paziente adulto e pediatrico, dell'insufficienza respiratoria con broncospasmo, crisi convulsiva, ipoglicemia, arresto cardio circolatorio, segni e sintomi insufficienza cardiaca, gestione del dolore dovuto a trauma. Gli strumenti a disposizione per l'assistenza sono: monitor multiparametrico defibrillatore Lifepack 15®, con possibilità teleconsulto cardiologico, presidi sovraglottici per la gestione delle vie aeree, trapano per terapia intraossea, sistema di ventilazione C Pap.

Risultati

In 60 giorni di attività i pazienti presi in carico sono stati 184, per una frequenza di 3 pazienti al giorno. I servizi sono stati 96 durante la mattina, 88 nel pomeriggio, con una frequenza massima di 58 eventi nella fascia oraria 7.30-10.30. L'età media dei pazienti assistiti è 67 anni. I servizi secondo codice colore sono così distribuiti: 82% codici gialli, 13% codici rossi, 2% codici verdi. L'attivazione per il 27% dei casi è dovuta ad un trauma, il 26% sono eventi neurologici, il 15% sono problemi respiratori, il 13% problemi cardio circolatori. Il target è per il 71% il domicilio del paziente, mentre il 21% si colloca sulla strada. La destinazione è per il 42% dei servizi il territorio del comune di Scandiano. Il codice di gravità di rientro dei servizi effettuati è stato: codice 2 per il 68%, codice 1 per il 17%, codice 3 per il 6%; nel 5% dei casi è stato attivato in supporto all'auto infermieristica (MSA (mezzo sanitario avanzato)). La destinazione finale dei pazienti è stata per il 61% dei casi il Pronto Soccorso di Scandiano, per il 20% dei casi il Pronto Soccorso di Reggio Emilia. I protocolli applicati sono stati: valutazione paziente non traumatico 49%, valutazione paziente traumatico 27%, stroke 10%, arresto cardio circolatorio 3%, insufficienza respiratoria 3%.

Conclusioni

L'attivazione del servizio ha permesso un incremento del 40% dei pazienti che hanno ricevuto una valutazione da personale sanitario (MSA+AI,

2018 vs 2019 sui servizi totali del distretto di Scandiano). L'attivazione avviene prevalentemente per pazienti codificati come gialli (82%), di media gravità, (codice2 - 68%), con problematiche internistiche (49%). L'applicazione di protocolli specifici per singola patologia è pari al 24% e la somministrazione di farmaci è il 18%. L'attivazione sul territorio dei percorsi di centralizzazione rappresentano il 20% dei servizi. L'auto infermieristica ha garantito un equo accesso alle cure a tutti i cittadini, il precoce trattamento di patologie secondo protocollo e la precoce attivazione di percorsi diagnostico terapeutici per stroke, infarto e trauma.

P2

APPROCCIO PROATTIVO ALL'EMERGENZA INTRAOSPEDALIERA: IL SISTEMA DI RISPOSTA RAPIDA (RAPID RESPONSE SYSTEM- RRS)

Laura Ciardi, Riccardo Batistini - Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Firenze
lauraciardi039@gmail.com

L'arresto cardio-circolatorio (ACC), rappresenta una delle emergenze mediche più importanti. In ospedale, l'incidenza degli ACC varia da 3.3/1000 ricoveri /anno a 1.5 /1000 ricoveri /anno e i ritmi di presentazione dell'ACC nell'80% dei casi sono ritmi non defibrillabili come l'asistolia e l'attività elettrica senza polso (PEA) che sono correlati ad una elevata comorbidità e prognosi peggiore. Gli ACC intraospedalieri si verificano più frequentemente nei reparti non intensivi e nei reparti chirurgici che nelle terapie intensive dove i pazienti sono monitorizzati e si differiscono da quelli extra-ospedalieri, perché non sono quasi mai improvvisi, anzi sono spesso preceduti da 24 a 48 ore prima, da segni e sintomi di peggioramento clinico. Il National Institute of Health Excellence, ha lanciato già da qualche anno l'allarme sulla necessità di affrontare le emergenze intraospedaliere, ponendo l'accento sull'aspetto organizzativo verso il riconoscimento precoce dei segni e sintomi di deterioramento clinico.

Il progetto "Sistema risposta rapida, Ospedali Riuniti dell'Aretino", è stato costituito per rispondere in maniera rapida non solo agli ACC ma anche in tutte le situazioni di acuzie per prevenirne il peggioramento; fornisce agli operatori un metodo di valutazione semplice e schematico del paziente critico, una guida per l'identificazione rapida dei segni di allarme e organizza un valido e coordinato sistema di risposta rapida, attraverso l'organizzazione del MET (Medical Emergency team).

Composizione del team MET: il MET deve essere composto da Medico Rianimatore e Infermiere di Rianimazione con competenze avanzate (Als, Pals, gestione avanzata delle vie aeree, ECLS). Negli orari diurni feriali e festivi è referente per l'emergenza l'infermiere diurnista (5 unità); per le ore notturne feriali e festive, il referente è l'infermiere della terapia intensiva che prende in carico i pazienti a più bassa attività assistenziale. Negli ospedali dove non è presente la rianimazione /TI, è stato messo a punto un modello misto composto dal medico anestesista ed infermiere di pronto soccorso formato in Emergenza/Urgenza per garantire uno standard sempre elevato.

Gestione della chiamata: la ricezione della chiamata di allerta o di attivazione del MET per emergenza- urgenza, deve essere processata in base ad una veloce intervista telefonica per verificare i criteri di attivazione su parametro singolo e su score EWS (MEWS, NEWS).

Processo della chiamata: l'operatore MET deve processare la chiamata richiedendo il reparto o l'area da cui si chiama, il motivo della chiamata (criteri ABCDE), eventuali altre notizie importanti (es. emergenza pediatrica, trauma), classificazione del codice di gravità (Codice rosso, Codice giallo, Codice verde).

Istruzioni e comportamento dei sanitari in attesa del MET: vengono impartite le disposizioni prearrivo da parte del personale MET ed il personale del braccio afferente mette in pratica le azioni apprese nei corsi CRM Emergenza Intraospedaliera: sicurezza, assistenza al paziente controllando coscienza e vie aeree, respirazione, circolo, stato neurologico, esposizione del paziente (ABCDE).

Promozione di un'adeguata formazione di tutto il personale durante l'emergenza intraospedaliera: differenza tra emergenze ed urgenze mediche, corretta valutazione della scena e dei parametri vitali (percorso rosso, percorso giallo; sequenza Airways, Breathing, Circulation, Disability, Exposure, formazione sul Crisis Resource Management per la gestione dell'emotività in condizioni di emergenza, unificazione dei carrelli dell'emergenza all'interno del presidio ospedaliero per agire con efficacia; promozione all'utilizzo di scale IDA, ICA, IA, MEWS score, NEWS score).

Rilevazione attività ed appropriatezza delle chiamate ed interventi attraverso l'adeguata compilazione della scheda rilevazione e registri. Con il seguente progetto la cui efficacia è stata valutata in dodici mesi, abbiamo visionato una buona risposta del personale ospedaliero, maggiore conoscenza dell'adeguata gestione dell'evento in urgenza/emergenza in maniera corretta, un'ottima risposta del personale all'impiego della scala Mews, una nuova definizione del ruolo del coordinatore infermieristico che supera il confine tra clinico e manager, un leader ben formato in area

critica che collabora assieme alla propria equipe nella diffusione delle nozioni e nella gestione organizzativa e formativa di un team e, infine, abbiamo valutato anche la necessità di un maggiore coordinamento della rete emergenza intraospedaliera "sovrà zonale", per standardizzare la risposta, i criteri di attivazione, le tecnologie disponibili, l'integrazione con il sistema 118 per il trasporto verso il centro hub ed infine analisi dei dati con report semestrali attraverso la piattaforma web aziendale.

P3

SOVRAFFOLLAMENTO E CARICO DI LAVORO IN PRONTO SOCCORSO: UNA VALUTAZIONE PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL SEE AND TREAT

Riccardo Camarri, D. Messi, Tufoni, A.R. Lampisti, A. Belluccini, Luchetti - Università Politecnica delle Marche Facoltà di Medicina e Chirurgia
richi96fm@gmail.com

Introduzione

La letteratura ha dimostrato che negli anni il numero dei pazienti che richiedono assistenza al Pronto Soccorso (PS) è sempre maggiore. In particolare in forte crescita sono gli accessi dei codici minori e, poiché il Sistema non è in grado di adempiere tempestivamente alle richieste di tutti gli assistiti, diventa necessario inserire all'interno del Dipartimento di Emergenza (DEA) un percorso alternativo: il See & Treat.

Nel 2013 il numero totale degli accessi è stato di circa 24 milioni ovvero circa 3,4 accessi ogni 10 abitanti, suddivisi in: 1% codici rossi, 18% codici gialli, 66% codici verdi, 15% codici bianchi.

L'infermiere che gestirà il servizio sarà debitamente formato ed esperto, baserà la sua attività su protocolli clinico-assistenziali condivisi all'interno del reparto da medici ed infermieri. Il corso ha una durata di 350 ore suddivise in 3 moduli ognuno dei quali si compone di parte teorica e tirocinio formativo; al termine di ogni modulo con frequenza obbligatoria è previsto una valutazione finale che si compone dell'insieme delle conoscenze teoriche e pratiche acquisite. Per giungere a conseguire il titolo di "infermiere certificato in interventi di primo soccorso -ENP", si deve sostenere anche un esame finale composto da una prova scritta ed orale su un caso attribuibile al See and Treat.

Obiettivi

L'articolo vuole evidenziare come effettivamente il percorso di "See and Treat" porti benefici a tutto il DEA in termini di attesa e carico di lavoro.

Materiali e metodi

La parte essenziale dello studio prende come riferimento la letteratura toscana e crea un confronto con la possibile presenza del "See and Treat" all'interno DEA di Fermo; è stata fatta un'analisi retrospettiva di un anno dei codici bianco-verde che hanno richiesto assistenza in una determinata fascia oraria con delle problematiche specifiche che rientrano all'interno del S&T della Regione Toscana.

Risultati

Tramite i dati estratti dal database del PS di Fermo è stato possibile calcolare le percentuali relative agli accessi e alle patologie, tramite questi dati, in un modello ideale dove il DEA visita un paziente per volta e lo dimette si può ipotizzare di quanto la permanenza potesse diminuire e di conseguenza anche l'attesa e il carico di lavoro.

Conclusioni

Lo studio presentato dimostra come il modello di trattamento dei codici minori definito come S&T sia applicabile all'interno del Pronto Soccorso di Fermo AV4, poiché questo gioverebbe all'intero dipartimento creando un minore afflusso al DEA principale, che di conseguenza porterebbe alla diminuzione dei tempi di attesa per i codici interessati come riflesso della diminuzione della permanenza media sempre dei codici verde-bianco.

Parole chiave: See and treat, ENP, Pronto Soccorso, Codici Minori.

P4

LE AGGRESSIONI AL PERSONALE INFERMIERISTICO IN PRONTO SOCCORSO: STUDIO QUALITATIVO

Laura Villani, A. Belluccini, A.R. Lampisti, V. Di Silvio, G. Diambri, E. Adrario, D. Messi - Università Politecnica delle Marche Facoltà di Medicina e Chirurgia
villani.laura96@gmail.com

Introduzione

La violenza a danno degli operatori sanitari rappresenta, ormai, una realtà ben nota. Data la sua ascesa a livello internazionale viene definito come un "importante problema di salute pubblica nel mondo"; tuttavia risulta ancora argomento sconosciuto e fortemente sottostimato a causa della mancanza di dati statistici definitivi. Recenti studi confermano che in ambito sanitario tra i professionisti che compongono il team di cura l'infermiere risulta maggiormente a rischio, in particolare colui che opera in Pronto Soccorso (PS) per la complessità e delicatezza dei rapporti con l'utenza.

Obiettivi

L'obiettivo del lavoro è quello di far emergere il vissuto e le reazioni degli infermieri vittima di aggressioni/violenza dell'Unità di PS dell'Ospedale "A. Murri" di Fermo, Area Vasta 4 ASUR Marche; nello specifico, documentare il tipo di aggressione/violenza subita, chi le ha commesse, le personali reazioni di difesa, le ripercussioni fisiche e non, le proposte di soluzione al problema.

Materiali e metodi

Il metodo di ricerca scelto è stato lo studio qualitativo, ovvero l'intervista semistrutturata. Lo studio è stato condotto nel periodo Agosto-Ottobre 2018. Hanno partecipato volontariamente all'intervista solo gli infermieri, in servizio nel periodo di raccolta dati, dell'Unità di PS dell'Ospedale "A. Murri" di Fermo, previa autorizzazione da parte della Direzione Ospedaliera. Ad ogni partecipante è stata fornita adeguata informazione sulla natura del progetto e sul trattamento dei loro dati al fine di permettere di esprimere il consenso. L'intervista, face to face, della durata di circa 10 minuti, è composta da 14 domande principali e 9 secondarie; essa verte su tre tematiche primarie: tipologia di aggressioni subite; conseguenti ripercussioni personali; proposte risolutive al problema.

Risultati

Dalle 27 interviste svolte si è ottenuto che la maggioranza degli infermieri intervistati (85%) ha subito almeno un'aggressione nel corso della propria carriera lavorativa, di queste il 57% sono state esclusivamente di tipo verbale mentre le restanti fisiche. Riguardo le ripercussioni subite, sia sul piano personale che assistenziale, il quadro è diviso a metà: il 50% del campione ha sviluppato modifiche nell'approccio personale ed assistenziale all'utenza, l'altro 50% no. Le soluzioni al problema più proposte sono state: maggiore sicurezza, diminuzione dei tempi di attesa, più denunce, migliore e maggiore comunicazione tra il personale medico/infermieristico ed utenza riguardo l'iter clinico.

Conclusioni

Le aggressioni, soprattutto quelle verbali, sono all'ordine del giorno presso l'Unità di PS dell'Ospedale "A. Murri" di Fermo. L'infermiere di triage risulta essere la figura più a rischio di aggressione/violenza, in quanto primo anello dell'iter clinico dell'assistito. Nonostante le raccomandazioni proposte dal Ministero della Salute, al PS in questione mancano ancora procedure per prevenire, gestire e denunciare eventi aggressivi/violenti a danno degli operatori dipendenti, tuttavia il campione infermieristico intervistato non fa questione in merito. Sono state quindi ipotizzate delle proposte sulla base di quanto suggerito dai professionisti coinvolti che potrebbero offrire contributi interessanti nella regolazione del problema segnalando la necessità di mantenere alta l'attenzione di tutte le figure professionali che sono coinvolte direttamente ed indirettamente nel processo di cura. La necessità è quella di continuare nella promozione di valide azioni di sensibilizzazione e prevenzione che sono fondamentali per garantire sempre migliori condizioni per un servizio di alta qualità.

Parole chiave: Aggressioni; infermiere; pronto soccorso.

P5

STRATEGIE DI RESILIENZA IN PRONTO SOCCORSO: REVISIONE DI LETTERATURA

Federica Olivazzi, Maria Anna Stingone, Federica Olivazzi, Pietro Polieri, Gaetano Liotta - ASST Spedali Civili di Brescia
fede.olivazzi@gmail.com

Introduzione

Il Pronto Soccorso (PS) opera in situazioni di emergenza-urgenza sanitaria ed è considerato dagli utenti un servizio che risponde ai loro bisogni sanitari in maniera rapida ed efficiente, con il verificarsi spesso di situazioni di sovraffollamento, iperafflusso e lunghi tempi di attesa, con la difficoltà per i professionisti della salute, di selezionare i casi urgenti da quelli differibili, in un clima di tensione ed aggressività. In particolare le lunghe attese scatenano nell'assistito o in chi lo accompagna aggressività, con contenziosi e prevaricazioni (Lugli, 2011). La letteratura internazionale indica infatti gli infermieri di PS come gli operatori sanitari più esposti ad atti di violenza nel corso della loro attività lavorativa. Questa è ritenuta una delle principali motivazioni per cui il PS risente in misura elevata del turnover del personale infermieristico, comportando l'instabilità della forza lavoro, l'aumento della richiesta di lavoro straordinario, la necessità di addestrare i nuovi assunti e il rischio di erogare assistenza non ottimale. La resilienza può aiutare l'infermiere a superare e affrontare i cambiamenti senza che lo stress, derivato dalle richieste di adattamento tipiche della realtà del PS, influenzi negativamente la soddisfazione per il lavoro e la retention (Arndt, 1998; Tusaie et al., 2004).

Etimologicamente il termine resilienza deriva dal latino e significa "rimbalzare", il significato, traslato dalla fisica alla psicologia e alla sociologia, indica la capacità di un individuo di resistere agli urti della vita senza spezzarsi o incrinarsi, mantenendo e potenziando le proprie risorse sul piano personale e sociale (Cresti, 2017). Agli infermieri, viene richiesto quotidianamente di garantire alti livelli di prestazioni sanitarie in contesti lavorativi in cui le risorse umane e strumentali, sono limitate (Gelling, 2014). Pertanto il termine resilienza viene considerato con crescente interesse, come strumento essenziale al fine di affrontare al meglio la propria attività.

Obiettivi

L'obiettivo di questo elaborato è di approfondire, il concetto di resilienza e le variabili che lo contraddistinguono per gli infermieri di PS.

Materiali e Metodi

Si è condotta una revisione della letterature in diverse banche dati (Pubmed, Medline, Cochrane, SBBL); la coorte di inclusione ha previsto studi pubblicati nell'intervallo temporale dal 2013 al 2019.

Conclusioni

Dalla letteratura si evincono molteplici strategie al fine di potenziare la resilienza, in particolare la possibilità di poter avere un counselor, che attraverso momenti di debriefing stimoli la riflessione dopo eventi critici, fornendo sostegno, durante i periodi di forte stress. Il debriefing promuove le strategie di coping individuali e al tempo stesso incrementa la flessibilità cognitiva, che risultano essere due caratteristiche essenziali per lo sviluppo della resilienza (Gelling, 2014). McDonald (2015) individua il sostegno tra colleghi di lavoro, come essenziale forma di protezione dagli eventi avversi lavorativi, sottolineando però l'importanza di trovare un proprio spazio di autonomia all'interno del proprio ruolo nell'organizzazione. I dati evidenziano la necessità di avviare interventi di sviluppo della resilienza personale attraverso occasioni di apprendimento post-base e aggiornamento continuo.

P6

MEZZO DI SOCCORSO INFERMIERISTICO (MSI) AGGIUNTIVO NEL TERRITORIO DI NUMANA E SIROLO: STUDIO OSSERVAZIONALE SUGLI INTERVENTI SANITARI EFFETTUATI

Paola Graciotti, Giampiero Neri, Anna Rita Lampisti - ASUR Marche - AV2
paola.graciotti@tiscali.it

Introduzione

Nella provincia di Ancona, pur essendo presenti Mezzi di Soccorso Infermieristico (MSI), non sono ancora attivi i protocolli specifici. Sappiamo che le patologie tempo-dipendenti, se non trattate in un breve lasso di tempo, possono portare a morte o invalidità permanente della persona colpita. Allo scopo di ridurre l'intervallo libero da terapia, ovvero il tempo che intercorre fra l'insorgenza della patologia acuta e il primo contatto con un professionista sanitario, con il D.G.R. n. 685/18 della Regione Marche è stato istituito per la prima volta un MSI aggiuntivo nei comuni di Numana e Sirolo, dove nel periodo estivo la popolazione villeggiante arriva ad essere di circa 60.000 presenze, contro i circa 8.000 residenti abituali.

Obiettivi

Verificare se la presenza di personale infermieristico sul mezzo di soccorso possa migliorare l'assistenza sanitaria alle persone soccorse.

Materiale e metodi

Le domande di ricerca alle quali si è volto dare risposta sono state:

- l'istituzione della MSI aggiuntiva ha migliorato l'intervallo libero da terapia nelle persone soccorse nei comuni di Numana e Sirolo?
- quali prestazioni sono state erogate dall'infermiere nelle situazioni di soccorso?
- le prestazioni erogate hanno migliorato la valutazione sanitaria della persona soccorsa?
- i protocolli infermieristici adottati in altre realtà italiane potevano essere applicati?

È stato condotto uno studio osservazionale retrospettivo attraverso il confronto delle schede di intervento del MSI nel periodo di vigenza (01.07.2018/31.08.2018) nella fascia oraria 8/20, con gli interventi eseguiti dai Mezzi di Soccorso Avanzato (MSA) nello stesso periodo di tempo, negli anni 2017 e 2018. I dati sono raccolti e analizzati attraverso fogli di calcolo Excel.

Risultati

89 persone sono state soccorse senza l'ausilio del MSA (53% Femmine; 47% Maschi), 28 gli interventi congiunti con automedica/ambulanza medicalizzata/elicottero (32%F; 68 % M). I codici patologia maggiormente presenti negli interventi con solo MSI sono stati: traumatico, cardiologico, respiratorio, gastro-intestinale, neurologico, altro (per segni e sintomi: dolore da trauma, ferite, contusioni, sincope, sospetta frattura, ansia, ipoglicemia, emorragia). Le prestazioni assicurate sono state: monitoraggio parametri vitali (100%), glicemia, monitoraggio ECG, inserimento cannula venosa con prelievo ematico ed infusione liquidi e farmaci, immobilizzazioni, medicazioni, somministrazione O2, somministrazione scale di valutazioni (GCS e Cincinnati). Negli interventi congiunti con MSA, i codici per patologie sono sovrapponibili alle precedenti; nella classificazione per segni e sintomi notiamo un incremento del dolore toracico (3 casi), BLS (2 casi), aritmie (1 caso). Riguardo le prestazioni sono anch'esse sovrapponibili.

Il confronto degli interventi nel periodo considerato fra gli anni 2017 e 2018 ci mostra che gli stessi sono rimasti sostanzialmente invariati nel numero complessivo (328 nel 2017, 323 nel 2018), mentre è variata la distribuzione dei codici gravità, con un incremento dei codici rossi (77 nel 2017, 102 nel 2018, +32,47%) ed un decremento dei codici verdi (77 nel 2017, 57 nel 2018, -25,97%). Inoltre, è variata la distribuzione degli interventi per i vari mezzi presenti sul territorio: molti interventi sui codici gialli e rossi sono stati sottratti ai Mezzi di Soccorso di Base (MSB) (181 nel 2017, 101 nel 2018, -44,20%) ed assegnati ai mezzi con personale sanitario a bordo.

L'esame dell'evoluzione del codice di gravità delle patologie trattate dal momento del triage telefonico, alla valutazione sanitaria, al momento della ripartenza del mezzo, ci mostra come la presenza di un professionista sanitario formato ne abbia permesso una più precisa valutazione (in uscita R: 11 G: 75 V: 3, - all'arrivo R: 1 G: 49 V: 37 B: 1) ed in alcuni casi un miglioramento (alla ripartenza R: 1 G: 43 V: 42 B: 2).

Il MSI ha permesso inoltre la riduzione dell'intervallo libero da terapia, permettendo il contatto della persona infortunata con il personale sanitario in media in 12 minuti e 43 secondi, contro una media di 25 minuti e 11 secondi del MSA. Nel 2017 il tempo medio di arrivo del MSA è stato di 23 minuti e 8 secondi.

Limiti dello studio

Gli orari indicati potrebbero essere poco precisi, in quanto dipendenti dalla comunicazione alla CO di arrivo sul posto da parte del personale; di alcune schede di intervento non è stata rinvenuta copia cartacea, ma solo registrazione informatica; non è stato possibile un esame analitico degli interventi della MSB data la mancanza di scheda tecnica relativa all'intervento.

Conclusioni

L'istituzione della MSI aggiuntiva ha migliorato l'intervallo libero da terapia nelle persone soccorse nei comuni di Numana e Sirolo, la valutazione sanitaria, la valutazione della gravità della patologia. I protocolli infermieristici adottati in altre realtà italiane potevano essere applicati.

P7

CODICE-COLORE: ETICHETTARE UNA SIRINGA RIDUCE L'ERRORE NELLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

*Anna Andreotti, Riccardo Cusmà Piccione - ASST Ovest Milanese
anna.andreotti93@gmail.com*

Introduzione

Gli errori terapeutici sono la causa più probabile di lesione al paziente: tra questi rientra l'errata somministrazione di un farmaco. In uno studio hanno analizzato 880 procedure: si è visto come fino al 70,4% di errore è correlato allo scambio accidentale della siringa e il 46,8% all'identificazione errata dell'etichetta. Recenti statistiche rivelano che l'errore nella pratica anestesio-logico-rianimatoria sia caratterizzato, per il 20% circa, da una errata identificazione del farmaco dovuto ad una calligrafia poco leggibile o dall'assenza totale di etichetta.

Da queste analisi, sorge spontanea una domanda: come si può ridurre il rischio di errata somministrazione dei farmaci nella realtà anestesio-logica e rianimatoria? Come si può acquistare maggiore sicurezza nel proprio operato?

Ottimi risultati si sono ottenuti nel maggio 2003, a seguito di un'iniziativa congiunta del Royal College of Anaesthetists, dell'Associazione degli anestesisti della Gran Bretagna e dell'Irlanda, della Facoltà di incidenti e medicina d'urgenza e dell'Intensive Care Society, dove si è introdotta un sistema di codifica a colori riconosciuto a livello nazionale e internazionale che consentisse la riduzione degli errori di somministrazione del farmaco.

Materiale e metodi

E' stata condotta una revisione della letteratura sul fenomeno utilizzando il portale PubMed con associazione di "drug error OR adverse drug event AND labelling AND anaesthesia"; sono stati utilizzati anche i termini MeSH "Drug/Medication Error, Drug/Medication Safety, Operating Room, Anaesthesia".

Sono state consultate le principali società di rianimazione, American Heart Association e European Council of Resuscitation e le linee guida proposte da Council of the Royal College of Anaesthetists e l'Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland e infine dalla Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva, Association of periOperative Registered Nurses. Infine è stato utilizzato "google scholar" come motore di ricerca utilizzando le parole chiave quali "anestesia, sala operatoria, errore, sicurezza del paziente, preparazione dei farmaci, raccomandazioni - linee guida per l'etichettatura, medicinali iniettabili, etichette, evento di farmaci avversi".

Sono stati usati i seguenti filtri di criteri di inclusione per tutte le ricerche: "full text", "precedenti 20 anni", "peer-reviewed" e "lingua inglese".

Risultati

Sono stati utilizzati 52 articoli su 83, tra cui raccomandazioni di un gruppo di esperti, raccomandazioni basate su una serie di singoli casi clinici ed editoriali di un singolo autore, uno studio randomizzato controllato, una revisione retrospettiva definita di database raccolti in modo prospettico e studi osservazionali, oltre alla partecipazione di linee guida.

Discussione e conclusioni

Numerosi autori hanno evidenziato come un'etichetta inadeguata sia stata spesso identificata come principale causa di errore terapeutico. Oltre ad analizzare il motivo dell'errore, bisognerebbe contestualizzare la pratica dell'errore. In sala operatoria o in rianimazione, spesso si somministrano farmaci in condizioni di celerità o di stress, dopo aver lavorato per lunghe ore e spesso in ambienti dove è alto il rischio di distrazione, denotando

come l'errore umano sia un problema importante nell'assistenza sanitaria che provoca danni ai pazienti e aumenta costi.

Negli USA, in Australia, Nuova Zelanda, Gran Bretagna, Irlanda, Sudafrica e Canada esiste un codice colore standardizzato per le etichette delle siringhe applicate da chi somministra i farmaci anestetici. La codifica a colori è l'applicazione sistematica e standardizzata di un sistema di colori per classificare e identificare i farmaci, generalmente all'interno della stessa classe farmacologica, facilitando l'identificazione del contenuto della siringa: così facendo, si sostiene che le etichette colorate possano ridurre il rischio di errori di farmaco "interclass".

L'utilizzo di un codice colore è inteso al solo scopo di facilitare l'individuazione della categoria farmacologica, migliorando la visibilità di un'etichetta, aumentandone la velocità e la precisione dell'identificazione, il tutto senza sollevare il somministratore dall'obbligo di controllare l'etichetta per accertare tipo e concentrazione del farmaco contenuto nella siringa. Diversamente, si rischierebbe di basare la somministrazione di un farmaco solo sull'identificazione di un colore anziché su un'attenta analisi del contenuto.

E' evidente l'efficacia dell'"International Colour Coding System for Syringe Labelling", come metodo e miglior pratica comune di riduzione del rischio di errata somministrazione dei farmaci nella realtà anestesio-logica-rianimatoria, anche se permane la necessità di ulteriori studi randomizzati per esaminare l'efficacia delle contromisure nei confronti dell'errore di somministrazione dei farmaci.

P8

COMPETENZE INFERMIERISTICHE AVANZATE IN MEDICINA DEI DISASTRI: COSTRUZIONE DI UN PERCORSO FORMATIVO STANDARDIZZATO

*Maura Tambuscio, Laura Rasero, Alberto Ratto, Davide Colombo - ASL 2 Savona S.C 118 Savona
mauratambuscio@gmail.com*

Obiettivi

Il progetto di dottorato è stato quello di costituire, attraverso un metodo validato, una "nurse core competencies" standardizzata, relativa alla Medicina dei Disastri, su cui progettare un percorso didattico professionalizzante per infermieri relativo alla Medicina dei Disastri.

Disegno dello studio

Studio prospettico multicentrico qualitativo e quantitativo effettuato attraverso la somministrazione di due survey e lo svolgimento di un focus group. 1° Survey. Valutare, utilizzando il Dreyfus' Ability Scale / livelli di competenza di P. Benner, la percezione degli infermieri dei servizi di emergenza territoriale 118 in Italia relativa alle competenze possedute per rispondere ai disastri e agli incidenti casuali di massa facendo riferimento al "National Standardized All-Hazard Disaster Core Competencies Task Force" di Shultz e Koenig.

2° Survey. Attribuire un valore di importanza, in base alle competenze certificate possedute e all'esperienza nel campo della medicina dei disastri, alle attività contenute nella core competence "National Standardized All-Hazard Disaster Core Competencies Task Force" di Shultz e Koenig. Focus Group. L'obiettivo è quello di indagare l'importanza di una formazione specifica in medicina dei disastri ed individuare possibili criticità dovute ad una ipotetica carenza di percorsi didattici dedicati e l'eventuale gap formativo-bisogno formativo (Griglia di osservazione di Bales, scala degli atteggiamenti IPA- Interaction Process Analysis).

Risultati

Lo stato dell'arte ha confermato una carente offerta di percorsi didattici, completi, fruibili da infermieri, tranne corsi di pochi giorni che non forniscono sufficienti competenze in merito. E' emerso un gap formativo che spesso viene colmato dall'esperienza sul campo ma non supportata da competenze certificate, manca una "cultura" didattica in merito alla medicina dei disastri ed inoltre, alla luce della nuova normativa inerente le competenze avanzate dell'infermiere, è necessario istituire percorsi formativi specialistici.

Conclusioni

Sicuramente i limiti maggiori sono dovuti al numero del campione che può risultare rappresentativo ma sicuramente può essere ampliato. Si sono incontrati molti ostacoli per reperire indirizzi per diffondere i questionari: la situazione dei Servizi 118 in Italia è disomogenea e sempre soggetta a cambiamenti strutturali, organizzativi ed economici derivanti da disposizioni normative.

Le prospettive future sono rivolte essenzialmente all'implementazione di un programma educativo ed innovativo inerente la medicina dei disastri.

A distanza di circa un anno dal lavoro di ricerca presso la nostra azienda è stato istituito un corso FAD interattivo per istruttori di medicina dei disastri attraverso l'utilizzo di una piattaforma Moodle e un area di test ISEE-Hospital, tuttora in preparazione, con accesso ai discenti a fine settembre 2019.

P9

IMPLEMENTAZIONE DI UNA SCHEDA PER LE CONSEGNE INFERMIERISTICHE IN TERAPIA INTENSIVA

Simona Di Giandomenico, Sofia Dominici, Andrea Pazzini, Chiara Vannini - Aust della Romagna, Rimini digiandomenicos@tiscali.it

Introduzione

L'U.O. di Rianimazione e Terapia Intensiva è dotata di posti letto per pazienti acuti che richiedono cure intensive che afferiscono dalle diverse U.O. (Pronto Soccorso, reparti di degenza, Sala Operatoria o altre strutture) caratterizzati da condizioni gravemente compromesse, tali da necessitare di trattamenti intensivi di sostegno delle funzioni vitali e di standard di monitoraggio molto elevati.

Dall'analisi dell'anno 2018 effettuata tramite lo strumento di check-list di autoverifica delle cartelle cliniche che valuta la completezza della documentazione clinica, emergono diverse aree di possibile miglioramento rispetto alla documentazione infermieristica. La complessità dell'assistenza infermieristica richiede la necessità di una figura di riferimento; si inserisce nella turnistica del reparto una nuova figura il "diurnista infermiere di riferimento" che è stato implementato a partire da marzo 2019. Tale figura è stata introdotta per migliorare la qualità assistenziale fornita e percepita, omogeneizzare le risposte assistenziali con particolare riferimento alle procedure ed ai protocolli assistenziali, partecipare alle modalità comunicative, relazionali con i familiari, migliorare la comunicazione all'interno del team multidisciplinare, migliorare il livello della qualità percepita attraverso il recupero della centralità del paziente, garantire la continuità assistenziale ottimizzando la comunicazione nell'equipe e nell'interfaccia con altre U.O. e strutture. L'infermiere "diurnista di riferimento" costituisce il collegamento tra le diverse figure professionali dell'equipe interfacciandosi all'interno del reparto in maniera attiva e propositiva favorendo la continuità assistenziale lavorando in stretta collaborazione con il coordinatore infermieristico e con il medico continuante e l'equipe assistenziale.

Obiettivi

Dimostrare se è stato prodotto un miglioramento clinico assistenziale post implementazione della figura dell'infermiere "diurnista di riferimento" valutando il livello di completezza della documentazione infermieristica tramite lo strumento della check-list dell'autoverifica delle cartelle cliniche.

Materiali e metodi

Condurre uno studio retrospettivo con analisi del grado di aderenza e completezza della documentazione infermieristica del primo trimestre 2019 confrontandolo con il grado di aderenza e completezza del secondo trimestre 2019 successivo all'inserimento della figura dell'infermiere continuante, tramite la check-list di autoverifica.

Risultati

La raccolta dati è in corso, ma da una prima analisi sembra emergere il miglioramento atteso.

P10

IL PROCESSO DI SVEZZAMENTO DALLA VENTILAZIONE MECCANICA (WEANING): VALUTAZIONE E GESTIONE INFERMIERISTICA

Silvana Tosi, Veleria Zecchino, Giulia Marconi, Filippo Lombardi - Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia s.tosi@smatteo.pv.it

Introduzione

La ventilazione meccanica (VM) è una terapia di supporto respiratorio invasiva e, nonostante sia un trattamento salva-vita, può causare complicazioni a breve e lungo termine. Le statistiche mostrano come negli ultimi tempi nelle terapie intensive (TI), vi è stato un aumento di pazienti sottoposti a VM prolungata, comportando processi di svezzamento più lunghi e difficoltosi. Questo implica aumento delle morbilità e della mortalità, aumento della durata della degenza in TI e aumento dei costi sanitari. È dunque fondamentale l'applicazione di strategie per ridurre la durata della VM e permettere al paziente di trovarsi nelle condizioni di affrontare il processo di svezzamento il più rapidamente possibile.

Obiettivi

Questa revisione della letteratura si propone di fare luce su quegli aspetti che possono influenzare negativamente l'esito dello svezzamento dalla VM ed individuare i possibili interventi infermieristici non farmacologici da adottare ed applicare, eventualmente con il supporto di protocolli, sia nel momento in cui il paziente è sottoposto a VM sia durante il processo di svezzamento.

Materiali a metodi

La ricerca bibliografica è stata condotta principalmente attraverso la selezione di articoli scientifici, all'interno delle banche dati Cinahl e PubMed. Sono stati impostati i seguenti filtri: popolazione adulta, ovvero età > 19 anni e pubblicazione negli ultimi 10 anni. Inizialmente sono stati ottenuti in totale 60 articoli, di cui 30 sono stati scartati dopo la lettura dell'abstract e 20 in seguito alla lettura completa, per materiale non pertinente, 10 gli articoli selezionati.

Discussione

Lo svezzamento dalla VM è un processo molto complesso, sia per quanto riguarda la gestione richiesta da parte di medici e infermieri sia per l'enorme sforzo che il paziente è costretto a compiere. Dalla ricerca è emerso che i fattori che influenzano la riuscita dello svezzamento si distinguono in aspetti generali e paziente-correlati.

Gli aspetti generali sono di carattere organizzativo e formativo: la continuità delle cure, la competenza degli infermieri, il lavoro multidisciplinare, un approccio olistico al paziente e la possibilità di adottare un protocollo. I fattori paziente-correlati invece, si distinguono in fattori di carattere psicologico quali la presenza di ansia, paura, delirio e agitazione e quelli di carattere fisico che sono il dolore, la suscettibilità all'insorgenza di una polmonite associata a ventilazione meccanica (VAP) e l'atrofia muscolare. Questi fattori possono compromettere la progressione dello svezzamento.

Gli interventi che risultano essere efficaci sono:

- la musicoterapia per la gestione di ansia, dolore e agitazione,
- le tecniche di distrazione per il controllo del dolore,
- l'utilizzo del riorientamento per la gestione del delirium,
- la prevenzione per evitare l'insorgenza di una polmonite associata a ventilazione (VAP),
- la mobilitazione precoce e il controllo dell'apporto calorico per evitare l'atrofia muscolare,
- la comunicazione, che risulta essere un intervento trasversale per ogni problema.

Conclusioni

Gli infermieri rivestono un ruolo chiave nell'assistenza al paziente durante il processo di svezzamento. Essi utilizzando un approccio olistico, attraverso una pianificazione individualizzata in base al soggetto e l'attuazione degli interventi non farmacologici sopracitati, possono contribuire a migliorare le condizioni fisiche ed emotive del paziente, in autonomia. Per quanto riguarda l'utilizzo di un protocollo, ad oggi in Italia contrariamente ad alcuni paesi europei, non esiste un protocollo universale per la gestione del paziente durante lo svezzamento.

Dagli studi emersi, la possibilità di attenersi ad un protocollo, che sia rivolto agli infermieri, può portare benefici sulle tempistiche e sugli esiti del processo e quindi sul paziente. Nella pratica clinica l'adozione di questi interventi è particolarmente consigliata per la loro efficacia ma anche per

la loro natura economica e la semplicità di applicazione.

Parole chiave: Weaning, critical nursing care, mechanical ventilation, mechanical ventilator, critical care, nursing, influencing factors.

P11
IL DELIRIUM: CAM – ICU & ICDC. IL PRIVILEGIO DELLA COMUNICAZIONE CONTRO L'IMMEDIATEZZA DI UN METODO OSSERVAZIONALE

*Letizia Pascarelli, Attilio Quaini, Carla Scrimieri, Giuseppina Grugnetti, Anna Grugnetti - Irccs San Matteo, Pavia
letizia.pascarelli@yahoo.it*

Obiettivi

Il delirium è una sindrome clinica caratterizzata da uno stato confusionale acuto il quale però è responsabile di prolungamento di degenza ospedaliera, aumento di costi sanitari nonché incremento di morbilità e mortalità.

Dato ciò, è importante che prevenzione e riconoscimento assumano particolare importanza nella pratica clinica.

La tesi in questione prevede una revisione della letteratura in relazione ai due metodi di screening per il delirium, validati sul territorio italiano: CAM – ICU e ICDC. Da una comparazione fra i due, diversi in quanto item e metodologia di approccio, emergerà quale è più idoneo sia in termini di specificità e sensibilità che in termini di versatilità in merito all'applicazione quotidiana.

Materiali e metodi

La tesi prevede una revisione sistematica della letteratura riguardo ad articoli scientifici inerenti al delirium nell'ambito della terapia intensiva, con focus sia sulle scale valutative in questione che sul ruolo dell'infermiere.

Gli articoli sono stati ricercati presso banche dati quali PubMed, MEDLINE, CINAHL inserendo le parole chiave riportate di seguito. Sono stati scartati gli articoli per i quali non era presente il testo completo, quelli in lingua differente dall'inglese e quelli pubblicati più di dieci anni fa.

Conclusioni

Nonostante la CAM – ICU risulti più indicata nello screening del delirium, considerando la praticità d'applicazione e i risultati elevati rispetto a sensibilità e specificità, nessuno degli studi tratti in analisi escludono a priori la ICDC, considerando anch'essa degna nell'individuazione dello stato confusionale acuto. Ciò che permette la predilezione di una piuttosto che dell'altra, è sostanzialmente il deficit nella sensibilità della ICDC rispetto alla CAM – ICU, dovuto al fatto che è un metodo per lo più basato sull'osservazione clinica del personale sanitario contro una CAM – ICU, che verte principalmente sulla responsività verbale del paziente portando ad un tasso inferiore di falsi positivi.

Parole chiave: Delirium / Delirium screening/ ICU/ CAM / CAM – ICU / ICDC/CAM – ICU and ICDC.

P12
STRATEGIE PER LA PROMOZIONE DEL SONNO DEI PAZIENTI IN TERAPIA INTENSIVA: REVISIONE DELLA LETTERATURA

*Stefano Bernardelli, Alfio Patané, Martina Bertacco, Michela Cossu - ATS Pavia
bernardelli.stefano@alice.it*

Introduzione

La privazione di sonno fra i pazienti ricoverati in Terapia Intensiva è estremamente frequente; essa determina un soggettivo discomfort e conseguenze cliniche non ancora completamente chiarite, fra cui potrebbero esserci: aumento del delirium, disfunzione immunitaria, ritardato svezzamento dalla ventilazione meccanica.

Obiettivi

Esplorare la valutazione del sonno e le strategie per promuovere il sonno nelle unità di terapia intensiva per adulti riportate in letteratura.

Materiali e metodi

La revisione della letteratura è stata condotta mediante l'utilizzo dei database Pubmed, CINAHL e Cochrane, utilizzando le seguenti parole: Assessment; Intensive Care Unit; Night sleep; Perception.

I criteri di inclusione sono stati: lingua inglese e disponibilità in full text e pubblicati negli ultimi 10 anni. Sono stati selezionati 35 articoli.

Risultati

Dai lavori presenti in letteratura emerge che poche unità di terapia intensiva (9%) avevano un protocollo per la gestione del sonno o usano questionari di sonno (1%). Rispetto alle unità di terapia intensiva dell'Europa settentrionale, quelle dell'Europa centrale avevano maggiori probabilità di avere un protocollo di promozione del sonno.

P13
DONAZIONE E TRAPIANTO DI ORGANI: STUDIO QUALITATIVO SULLE CONOSCENZE DEGLI STUDENTI UNIVERSITARI

*Giorgia Bisci, Gabriella Lucarini - Università degli Studi di Perugia
giorgiabisci@yahoo.it*

Introduzione

Il trapianto di organi e tessuti rappresenta una delle dimostrazioni più rilevanti del progresso della medicina nella cura di un gran numero di patologie per le quali non esiste alcuna terapia alternativa. Tuttavia la scarsità di organi donati è, ad oggi, il principale ostacolo alla crescita del numero di trapianti effettuabili e a ciò consegue l'aumento della mortalità degli utenti registrati alle liste di attesa. La domanda di trapianto di organi continua ad essere fortemente sproporzionata rispetto all'offerta, dato che un gran numero di cittadini ancora non ha dichiarato la propria volontà alla donazione; il personale sanitario gioca un ruolo fondamentale nell'informare il cittadino riguardo questo tema. Risulta quindi importante comprendere l'opinione ed il punto di vista degli studenti di Infermieristica e di Medicina e Chirurgia che, se precocemente formate, possono avere una forte influenza positiva nel processo di decisione alla donazione.

Obiettivi

Rilevare il livello di conoscenza degli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica e del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dell'Università degli studi di Perugia, riguardo il tema "Donazione e Trapianto di organi"; valutare se sono favorevoli alla donazione e se hanno già dichiarato la volontà di donare i propri organi dopo la morte.

Materiali e metodi

Lo studio è stato svolto attraverso la somministrazione di un questionario anonimo ad hoc online composto da 10 domande. Il questionario è stato modificato prendendo spunto da uno studio condotto dal C.R.T. e A.D.O. Friuli-Venezia-Giulia: "Questionario su dono e trapianto rivolto alla popolazione".

Risultati

I rispondenti sono stati 362 studenti di Infermieristica e di Medicina e Chirurgia. Il 32% degli studenti pensa che gli organi possono essere donati solamente dai 18 ai 60 anni di età; il 92% degli studenti è consapevole che la donazione di organi avviene in seguito all'accertamento di morte cerebrale ed anche la definizione di morte cerebrale risulta essere ben chiara al 94,7% degli studenti. Il 43,6% degli studenti ha dichiarato di non sapere se è possibile confondere la morte cerebrale con uno stato di coma. Gli studenti mostrano molta fiducia nella donazione di organi, infatti il 96% si ritiene favorevole ad essa. La maggior parte degli studenti (71,8%) ancora non ha dichiarato la volontà di donare i loro organi dopo la morte.

Conclusioni

I risultati ottenuti da questo studio hanno evidenziato la disponibilità degli studenti verso la donazione e di essere informati su questo tema, mostrando però una non chiara conoscenza riguardo l'accertamento della morte cerebrale. Gli studenti che hanno registrato la propria dichiarazione di volontà risultano essere ancora pochi. È necessario pianificare una formazione più specifica, avvalendosi anche di nuovi strumenti informativi

e didattici (come ad esempio la simulazione). Un'altra strategia, già utilizzata all'estero, potrebbe essere quella di ottenere i consensi durante le lezioni di scuola guida, oppure attraverso i social media.

P14
ARRESTO CARDIACO NEL PAZIENTE CARDIOCHIRURGICO: DALLE LINEE GUIDA INTERNAZIONALI AD UN CORSO DI CRM IN TERAPIA INTENSIVA CARDIOCHIRURGICA

*Riccardo Cusmà Piccione, Graziella Bernasconi, Lorenzo Introzzi, Paolo Barsani, Giovanna Alberia, Paolo Severgnini - ASST Sette Laghi - Università Insubria
riccardo.cusmapiccione@gmail.com*

Secondo l'European Council of Resuscitation (2015), l'arresto cardiaco a seguito di chirurgia cardiaca si verifica in una percentuale pari a 0.7-8% e rappresenta un evento di particolare peculiarità per la presenza di manovre rianimatorie avanzate come la re-sternotomia entro 5 minuti, extracorporeal life support, dosaggi di adrenalina differenti rispetto all'algoritmo ALS ERC standard per adulti. La società europea dei chirurghi cardiotoracici ha stilato nel 2017 linee guida atte a fornire un algoritmo di trattamento dell'arresto cardiaco che comprenda le prime manovre rianimatorie (es. tripletta di shock iniziale, pacing epicardio) senza un'iniziale applicazione di compressioni toraciche esterne nel primo minuto, un massaggio cardiaco definito "ponte" fino alla riapertura del torace.

P15
ANSIA, SONNO E DELIRIUM: INDICATORI RILEVANTI IN CARDIOCHIRURGIA

*Francesca Tassi, Sara Mettifogo, Luca Fialdini, Stefania Baratta - Fondazione Toscana Gabriele Monasterio, Pisa
francesca.tassi3@gmail.com*

Introduzione

Il delirio postoperatorio è uno degli esiti avversi più comuni nei pazienti anziani sottoposti a intervento cardiocirurgico ed è associato ad aumento della mortalità, durata della degenza, costi di cura-assistenza e del carico di lavoro dello staff infermieristico. Dall'analisi della letteratura emerge che ansia, disturbi del sonno e delirium sono correlati.

Obiettivi

Valutare la qualità del sonno e l'ansia in ingresso e alla dimissione dei pazienti con cardiopatia acquisita. Identificare precocemente i pazienti a rischio delirium nel post operatorio cardiocirurgico riconoscendo eventuali fattori di rischio.

Materiali e metodi

Studio osservazionale, prospettico, monocentrico. Sono stati inclusi nello studio, previo consenso, i pazienti ricoverati in degenza adulti dell'ospedale del Cuore Fondazione Toscana G. Monasterio, dal 01/07/2018 al 31/08/2018, escludendo i pazienti con deficit neurologici permanenti, in emergenza e i pediatrici. In ingresso abbiamo misurato il livello di ansia con la Hospital Anxiety and Depression Scale e il modello sonno-riposo nei 30 giorni precedenti al ricovero con il Pittsburgh Sleep Quality Index. Nel post operatorio, scala RASS e CAM-ICU (sensibilità 81%, specificità 96%) per il rischio delirium. Alla dimissione, valutazione della qualità del sonno durante il ricovero con il St. Mary's Hospital Sleep Questionnaire.

Risultati

Campione: 100 pazienti, 33% donne e 67% uomini, età media 68 anni. Le donne presentavano un maggiore stato di ansia pre-operatoria (media score HADS donne =14) e un modello di sonno e riposo peggiore (60% donne PSQI>5), a differenza degli uomini che avevano uno stato di ansia inferiore (media score HADS uomini = 9) e un discreto/buono modello di sonno nel mese precedente al ricovero (36% uomini PSQI>5). Le cause che hanno influenzato la qualità del sonno sono state la preoccupazione, l'agitazione e la tensione in vista dell'intervento chirurgico. In media, la qualità del sonno dei pazienti è risultata superficiale e caratterizzata da più risvegli notturni. 50 pazienti sono stati valutati nel postoperatorio,

casualmente, in 1° giornata post ICU e 50 in 2° giornata con la scala RASS (73% svegli e tranquilli, irrequieti 18%, soporosi 9%) e CAM-ICU (7 pazienti sono risultati positivi, 4 in 1° post ICU e 3 in 2° post ICU). Dall'analisi della cartella infermieristica informatizzata, nella sezione diario e STU, i pazienti intercettati dalla scala CAM-ICU hanno manifestato uno stato confusionale acuto nelle ore successive alla valutazione, con necessità di prescrizione medica di contenimento farmacologico. I fattori di disturbo del sonno più frequenti durante il ricovero sono stati i rumori causati dal personale/altri degenti, le luci e i cavi per il monitoraggio.

Conclusioni

Lo studio ha permesso di identificare i pazienti a rischio delirium, di misurare il livello di ansia pre-ricovero e la qualità del sonno in ingresso e alla dimissione. È stata costruita una flow chart di interventi infermieristici attraverso i quali si potrà garantire un'assistenza personalizzata alle esigenze del paziente in stato confusionale acuto. Non emergono sostanziali differenze nei pazienti valutati in prima giornata vs seconda giornata post ICU e da completare le correlazioni con validità statistica.

P16
LE CURE "COMPROMESSE". LA PERCEZIONE DA PARTE DEGLI INFERMIERI DI TERAPIA INTENSIVA DELL'AZIENDA ULSS 1 DOLOMITI

*Silvia Favrin, Casa di riposo AITA, Crespano del Grappa (TV)
favrin.silvia@gmail.com*

Introduzione

Le Missed Nursing Care (MNC) comprendono tutti gli aspetti assistenziali clinici, relazionali ed emotivi che vengono trascurati del tutto, posticipati, non completati o persi dagli infermieri. Nella letteratura internazionale questo problema è stato ampiamente dibattuto attraverso diverse accezioni e metodologie d'indagine. Non vi è menzione di analisi nel contesto di Terapia Intensiva per adulti (TI) e si è pertanto deciso di comprendere se all'interno di questa specificità vi fosse percezione di tale fenomeno.

Obiettivi

L'indagine eseguita vuole analizzare la percezione degli infermieri rispetto al fenomeno delle MNC all'interno delle TI (sede di Feltre e di Belluno) dell'azienda ULSS 1 Dolomiti. Lo studio indaga inoltre quali sono le attività a maggior rischio di essere compromesse, in quale turno lavorativo si manifesta maggiormente tale fenomeno e quindi suggerire eventuali strategie in modo da evitare il problema.

Materiali e metodi

È stato costruito uno strumento (composto da 5 domande) che ha consentito di descrivere il fenomeno. Sono state effettuate interviste semi-strutturate agli infermieri di entrambi le sedi dell'azienda ULSS 1 Dolomiti, dopo aver acquisito consenso dell'azienda e da parte dell'interessato.

Risultati e Discussione

Su un campione totale di 55 infermieri (100%) hanno aderito all'intervista 50 infermieri (90.9%), nello specifico 28 infermieri della realtà di Belluno e 22 di Feltre. Entrambe le sedi sono concordi nel definire le caratteristiche del contesto nel quale operano: multi professionale, polivalente con assistenza ad alta complessità di cure.

Nel contesto di Belluno il 61% dichiara fondamentale un approccio per priorità mentre Feltre arriva alla stessa conclusione per il 16,73%. Vengono individuate quattro categorie rispetto alle cure compromesse. Complessivamente il 38% dell'intero campione non le percepisce come "un problema" e le motivazioni riferite dagli infermieri riguardano una visione per cui il personale è sufficiente a soddisfare le esigenze di reparto (4% Belluno), la suddivisione dei pazienti che rende l'assistenza più gestibile (3% Belluno), il ridotto numero di pazienti e i tempi permettono un'erogazione delle cure complete ed efficienti. Il 32% ritiene che le cure vengano solo posticipate o delegate, gli infermieri di questa categoria ritengono che le attività a maggior rischio di essere omesse sono di relazione (11% Belluno e 5% Feltre), controllo panno dei pazienti (7% Belluno), cambio postura ai pazienti (7% Belluno, 36% Feltre) e l'esecuzione del cavo orale più volte al giorno. Le motivazioni fornite in questa categoria sono la mal organizzazione delle attività del turno (7% Belluno), mancanza di tempo (7% Belluno), emergenze (11% Belluno, 23% Feltre), e un elevato carico assistenziale. Il 2% asserisce che possano anche essere omesse per attività quali controllo drenaggi nel post-operatorio (5% Feltre) perché un

elevato carico assistenziale fa aumentare la probabilità di tralasciare qualcosa.

Il restante 28% ritiene possano presentarsi entrambe le variabili.

Gli infermieri intervistati riferiscono attività compromesse quali somministrazione terapia ad orari (11% Belluno), comunicazione e relazione col paziente (11% Belluno, 5% Feltre), medicazioni (7% Belluno, % Feltre), igiene meno scrupolosa (9% Feltre). Le motivazioni riferite dai professionisti della categoria descritta riguardano la mancanza di tempo o distrazione (14% Belluno, 9% Feltre), situazioni di emergenza (14% Belluno), carico di lavoro elevato (11% Belluno, 5% Feltre), mancanza di OSS e personale di supporto (4% Belluno, 5% Feltre).

La sede di Feltre (41%) identifica maggiormente critico per le cure compromesse il turno del mattino avendo percezione ci sia un maggior carico lavorativo mentre la sede di Belluno (39%) identifica come critico il turno notturno avendo percezione di un ridotto numero di personale e di essere fisiologicamente più stanchi.

Il 50% del campione totale identifica come possibile soluzione alla problematica di interesse un aumento dello skill mix con diverse professionalità (OSS). Emergono delle divergenze all'interno delle due sedi sia rispetto alla casistica trattata sia alla tipologia di cure che vengono compromesse.

Conclusioni

Nonostante l'esiguità del campione, il problema delle cure compromesse riguarda anche l'ambito delle Terapie Intensive. Sarebbe opportuno costruire e validare uno strumento per la rilevazione del fenomeno all'interno di questa specificità. Le cure compromesse rappresentano una minaccia per la qualità dell'assistenza e la sicurezza delle persone, fatto per cui si rende necessaria la produzione di ulteriore ricerca.

P17

FORMARSI PER COMUNICARE: L'INFERMIERE E LA PROPOSTA DI DONAZIONE DI ORGANI E TESSUTI

Bianca Ninci, Francesco D'Ambrosio, Moris Rosati
bianca.ninci@virgilio.it

Introduzione

L'infermiere ha un ruolo rilevante nell'intero processo di donazione organi e tessuti partecipando alle procedure della loro individuazione, selezione, prelievo e impianto ed intervenendo nell'elaborazione e nell'esecuzione dei percorsi assistenziali pre e post-trapianto. Dalla letteratura si evince l'importanza della specifica preparazione del professionista di "coordinamento donazione e trapianto organi e tessuti" sia per quanto riguarda la giusta comunicazione e relazione con i parenti del potenziale donatore^{1,2} sia per quanto riguarda l'incremento dei consensi alla donazione³.

Per l'aspetto formativo nella realtà italiana la professione infermieristica ha a disposizione oltre ai corsi specifici locali, un apposito Master di primo livello in "Coordinamento infermieristico di donazione e trapianto di organi e tessuti" al fine di migliorare le conoscenze e le capacità relazionali e non (Accordo Stato- Regioni 21 Marzo 2002 paragrafo 2.2) ed il TPM (Transplant Procurement Management) che è un corso residenziale dedicato alla formazione del coordinatore della donazione e del procurement di organi e tessuti.

Obiettivi

Osservare quanto la formazione dei professionisti sanitari possa favorire l'informazione sulla donazione di sangue, tessuti e organi quale atto di solidarietà, educando e sostenendo le persone coinvolte nel donare e nel ricevere.

Materiali e metodi

Il campione preso in esame è il personale infermieristico e medico coinvolto nel processo donazione organi e tessuti dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese in servizio presso UOC Rianimazione e Medicina Critica ed il personale del servizio di Coordinamento Donazione e Trapianto Organi e Tessuti.

E' stata effettuata una revisione della letteratura consultando la banca dati PubMed ricercando ed utilizzando articoli degli ultimi 5 anni per trovare una correlazione tra il titolo di studio conseguito e l'efficacia della conduzione del colloquio. In base alla ricerca sono stati individuati gli aspetti cardine del processo ed è stato poi redatto un questionario cartaceo utilizzato come strumento per la raccolta dei dati. La compilazione è avvenuta

in modalità anonima ed ha analizzato i livelli di formazione specifica in ambito di donazione e trapianti, i livelli di motivazione, le modalità attraverso le quali viene concepito il colloquio con i familiari del potenziale donatore e la posizione in termini di approvazione o disapprovazione per la donazione di organi e tessuti.

Risultati

La prima parte del questionario riguarda i dati anagrafici ed il titolo di studio. Analizzando l'aspetto formativo, il 5% del campione oggetto di studio non ha nessuna preparazione in materia, il 5% possiede un titolo specifico, il 57% ha partecipato a corsi (aziendali e non) ed il 33% possiede comunque nozioni di base. In merito alla proposta di donazione di organi e tessuti, il 90% dei professionisti riconosce nel colloquio un momento fondamentale nel processo di donazione, il 5% lo considera pura prassi lavorativa e l'altro 5% lo considera una componente accettabile.

Per quanto riguarda la posizione dei professionisti sanitari riguardo alla donazione di organi e tessuti l'86% risulta favorevole, il 14% contrario.

Conclusioni

I risultati ottenuti sono in linea con quanto descritto dalla letteratura presa in considerazione e, dall'analisi dei dati dello studio effettuato, si evince una relazione tra preparazione e motivazione nei confronti della donazione. Di fatto i professionisti con una formazione specifica hanno una più alta considerazione del colloquio e tendono ad essere più favorevoli alla donazione, incrementando anche la motivazione dei familiari. Al contrario, la carenza di formazione specifica riduce il grado di motivazione e considerazione del colloquio, diminuendo l'approvazione alla donazione.

Bibliografia

1. Trabucco G, Marcanti M, Allegrini F, Procaccio F, 2010 Non-technical skills in terapia intensiva e nella donazione di organi: l'esperienza di Verona. Trapianti XIV: 149-159.
2. Caballero F, Puig M, Leal J, Huayhualla C, Manzano A, Ris J, Benito S, 2012 Family interview guide for requesting organ donation for transplantation and evaluation using the Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE II) instrument. Cell Tissues Organs 2012 November 16: 163-169
3. Morgan J, Hopkinson C, Hudson C, Murphy P, Gardiner D, McGowan O, Miller C, 2018 The Rule of Threes: three factors that triple the likelihood of families overriding first person consent for organ donation in the UK. J Intensive Care Soc. 2018 May; 19(2):101-106

P18

LA PRONOSUPINAZIONE NELL'ARDS: VANTAGGI E BENEFICI. STUDIO QUANTITATIVO NELL'U. O. ANESTESIA E RIANIMAZIONE DELL'OSPEDALE VERSILIA

Silvia Pardini - Azienda USL Toscana Nord Ovest
sil.via@live.it

L'ARDS è una grave patologia polmonare di solito secondaria a infezioni polmonari, inalazioni del contenuto gastrico, traumi toracici, annegamento, ustioni dell'apparato respiratorio, sepsi, trasfusioni sanguigne massive, pancreatite acuta, embolie e quadri di shock. La ventilazione meccanica protettiva in posizione prona, rappresenta una delle strategie di trattamento indicate in caso di ARDS associata a quadri di insufficienza respiratoria ipossiemicata caratterizzati da un rapporto PaO₂/FiO₂ ≤ 150 mmHg, dalla presenza di infiltrati polmonari bilaterali diffusi alla radiografia del torace e da evidenza di consolidamento dorsale alla TC (tomografia computerizzata) del torace.

Posizionando il paziente prono, si ottiene un miglioramento del rapporto ventilazione/perfusione e degli scambi gassosi; allo stesso tempo, grazie ad una più uniforme distribuzione dell'aerazione e della pressione transpolmonare, si ha una riduzione delle complicazioni correlate alla ventilazione meccanica, come il volutrauma. Sulla base delle evidenze emerse a seguito di una revisione della letteratura disponibile in tema di ARDS e ventilazione meccanica protettiva in posizione prona, attraverso uno studio osservazionale retrospettivo, sono stati analizzati i dati relativi a questa pratica all'interno dell'U. O. Anestesia e Rianimazione dell'Ospedale Versilia.

Per mezzo di una revisione delle cartelle integrate medico-infermieristiche, sono stati raccolti i dati disponibili relativi ai pazienti che in un arco temporale di 12 mesi, dal mese di Gennaio 2018 al mese di Dicembre 2018, sono stati sottoposti a ventilazione meccanica protettiva in posizione prona. L'obiettivo di questo lavoro è stato di valutare l'efficacia che la manovra ha avuto sui vari pazienti coinvolti ed il loro esito.

P19**EVIDENCE BASED NURSING SULLA RIDUZIONE DEL DOLORE PROCEDURALE DELL'EMOGASANALISI**

Giuseppe Lagrasta – Asl 3 Genova
giuseppe.lagrasta@gmail.com

Introduzione

Questo percorso di ricerca è nato dall'osservazione clinica operata presso l'Universidad de La Rioja nell'ospedale San Pedro di Logroño (Spagna). Qui gli infermieri del Pronto Soccorso avevano come obiettivo quello di ridurre il dolore procedurale prodotto dall'emogasanalisi (EGA). Proprio per questo iniettavano nel sottocute il cloridrato di mevipacaina senza epinefrina.

Materiali e metodi

Inserendo le keyword come Lidocaina, anestetico locale, EGA, prelievo arterioso, dolore procedurale nei database Medline, Pubmed, Scopus e Cochrane abbiamo reclutato 16 studi primari. Di questi 16 ne abbiamo esclusi 6.

Risultati

L'utilizzo del ghiaccio e dell'infiltrazione sub-cutanea di lidocaina con Jet Injection hanno ottenuto risultati più soddisfacenti sulla valutazione del dolore, a differenza dell'iniezione sub-cutanea di lidocaina con la tecnica classica, che ha provocato dolore nell'infiltrazione. Il cloridrato di mevipacaina senza epinefrina come trattamento sub-cutaneo ha avuto ottimi risultati, anche perché, a differenza della lidocaina, non si è riscontrato alcun dolore nell'iniezione.

Pochi sono stati i risultati positivi in relazione al trattamento topico, due sono gli studi che hanno riportato valori del dolore bassi, ma il problema di questo metodo è il tempo troppo lungo di applicazione (30-20 minuti).

Conclusioni

La tecnica che ha riscontrato più successo è l'anestesia con Jet Injection, che ha riportato molte note positive sia dal punto di vista della riduzione del dolore, che del tempo di applicazione dell'anestetico, che sulla diminuzione dei tentativi falliti.

Un'altra tecnica che ha ottenuto un altro ottimo risultato è quella con l'infiltrazione subcutanea della mevipacaina. I ricercatori riscontrano una effettiva riduzione del dolore. Per quanto riguarda la crioanalgesia si è riscontrato che il ghiaccio potrebbe essere un'ottima soluzione a differenza dello spray, sia dal punto di vista del dolore che della facilità di applicazione di tutte le tecniche, sia dal punto di vista dei costi. La differenza potrebbe farla la durata dell'anestesia (i tempi del trattamento subcutaneo sono notevolmente più lunghi rispetto alla crioanalgesia).

Per quanto concerne il trattamento topico, non ci sono studi soddisfacenti perché confrontando i dati tra le varie tecniche, si ha una soglia del dolore più bassa e un tempo minore per l'applicazione rispetto le altre tecniche studiate. Tuttavia uno studio interessante da approfondire è quello in cui si è utilizzato il cerotto di lidocaina/tetracaina che, impiegato 30 minuti prima di incannulare l'arteria, ha dato ottimi risultati.

Sicuramente la comunità scientifica dovrebbe iniziare ad utilizzare dei metodi per diminuire il dolore che l'EGA provoca, data l'importanza che dell'esame e la frequenza con cui viene effettuato. Questo tranquillizzerebbe sia il paziente, che conosce bene il dolore di questo prelievo, sia il professionista che lo esegue.

P20**LE CURE PALLIATIVE NEL DIPARTIMENTO DI EMERGENZA-URGENZA E TERAPIA INTENSIVA: REVISIONE DELLA LETTERATURA**

Giulia Ciacci¹, Massimiliano Cruciani², Doina Munteanu³ – ¹A. Osp. Di Perugia, ²Associazione Zero K, Carpi (MO), ³Domus Assistenza Carpi (MO)
ciacci.giulia@libero.it

Introduzione

Numerosi studi in letteratura dimostrano un maggiore interesse, negli ultimi anni, nella possibilità di incrementare le cure palliative in ambiente ospedaliero in particolare in pronto soccorso (PS) e terapia intensiva (TI). Questo è dovuto al mutamento della popolazione, con un incremento degli anziani e delle relative patologie cronico-degenerative e multi organo (Jennings et al., 2005), (RNAO, 2011). Inizia così la fase end stage, in vista della quale i medici, supportati dal team assistenziale, sono chiamati a coinvolgere il malato e i suoi familiari nella definizione condivisa

e chiara di cosa significhino in questi casi appropriatezza clinica e etica di trattamento. La cura della patologia è quindi utile finché determina un miglioramento della qualità della vita; quando la terapia supera questo limite, il processo di cura deve essere indirizzato verso l'attivazione e l'integrazione delle cure palliative. (SIAARTI, 2013)

Obiettivi

La ricerca, effettuata nel panorama letterario scientifico attuale, si pone come obiettivo quello di indagare i limiti e le possibilità di implementazione delle cure palliative a livello intraospedaliero con particolare riferimento al dipartimento di emergenza-urgenza.

Materiali e metodi

Per l'analisi della letteratura scientifica si sono dapprima utilizzati come motori di ricerca Google Scholar e Google; dai risultati ottenuti con i motori di ricerca, si è condotta una successiva indagine più approfondita su Pubmed. Dalla ricerca in quest'ultimo motore di ricerca sono stati selezionati 23 articoli.

Risultati

Il team multidisciplinare della TI dovrebbe continuamente rivalutare il decorso clinico dei pazienti, ridefinendo gli scopi di trattamento e considerando le cure palliative quando non ci sono benefici di trattamento. Nel contesto in cui il paziente è supportato da macchine e monitoraggi invasivi ma non presenta alcun miglioramento significativo, la filosofia delle cure palliative risulta essere vincente (Coelho & Yankaskas, 2017). Nelson et al., (2015) nel loro articolo "Il Progetto di miglioramento delle cure palliative in terapia intensiva (IPAL-ICU)" descrivono le strategie pratiche per la gestione di una rapida risposta per la presa in carico di pazienti che hanno bisogno di cure palliative direttamente in ospedale, attraverso l'attivazione e la formazione del Rapid Response Team (RRT). Questo ha il compito di identificare i pazienti che stanno peggiorando in ospedale, per attivare un processo decisionale riguardo alle cure di supporto e quindi alla possibilità di attivazione repentina delle cure palliative. Per i pazienti con tumore avanzato gli ingressi al PS sono comuni. Essi si presentano al PS con un profilo specifico di bisogni palliativi, includendo una sintomatologia ben marcata (come dolore, dispnea o vomito che non possono essere controllati in altre strutture) e una mancanza di cura ben definita. Le cure palliative hanno come obiettivo quello della riduzione del dolore e della sofferenza del malato affetto da patologia avanzata e della sua famiglia. La necessità di implementare le consulenze di cure palliative nasce con i seguenti obiettivi: miglioramento della qualità della vita del malato e della famiglia, miglioramento della soddisfazione, riduzione dei costi sanitari, migliore controllo della sintomatologia angosciante come il dolore, la dispnea con relativa riduzione dei giorni di degenza, nonché dimostrare la fattibilità e l'applicabilità di un'integrazione precoce delle cure palliative in un luogo concepito per l'emergenza. La sfida è proprio quello di apportare miglioramenti in un settore che, per le sue caratteristiche, nasce per il trattamento dell'acuzie. Iniziare precocemente le cure palliative, già da quando il paziente accede in PS, potrebbe fornire un ulteriore beneficio al malato e alla famiglia (Kandarian et al., 2014, Kistler et al., 2015).

Conclusioni

L'ambiente ospedaliero, è un luogo dove si verificano numerosi decessi, saper affrontare il fine vita rappresenta un obiettivo che i professionisti si devono porre. Per superare le barriere nell'utilizzo delle consulenze di cure palliative nel Dipartimento di Emergenza, in TI o in qualsiasi altro reparto, è necessario definire un team predisposto, fornire una corretta formazione, educazione e training per il miglioramento delle abilità comunicative e relazionali nell'ambito delle cure di fine vita, creare delle zone di confort nelle quali si possa garantire la privacy del paziente e della propria famiglia in un momento delicato e doloroso, definire standard, creare protocolli e linee-guida uniformi e integrare in maniera precoce le cure palliative già dal momento dell'accesso al PS e della presa in carico (Friedrichsen et al., 2017).

P21

TRATTAMENTO DEL DOLORE NEL PAZIENTE PEDIATRICO IN PRONTO SOCCORSO: METODI NON FARMACOLOGICI

Silvana Tosi, Marconi Giulia, Zecchini Valeria, Lombardi Filippo - Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia
s.tosi@smatteo.pv.it

Introduzione

Il dolore è un sintomo di rilievo nella persona che accede in Pronto Soccorso (PS); le evidenze della letteratura dimostrano che è ancora scarsamente riconosciuto e trattato (Minute, Massaro and Barbi, 2012). Nonostante lo sforzo globale per migliorare la gestione del dolore pediatrico, diversi studi (Drendel, Brousseau and Gorelick, 2006; Scott et al., 2013) suggeriscono che il suo trattamento rimane sub ottimale.

Il dolore è il sintomo che impaurisce maggiormente il paziente pediatrico e l'infermiere ricopre un ruolo centrale nella sua valutazione e nel suo trattamento. Risulta fondamentale prendere in considerazione anche la paura e l'ansia che possono insorgere nella persona e nei caregivers. Gli interventi non farmacologici sono in grado di modificare anche i fattori che predispongono a queste emozioni oltre alla sensazione di dolore.

Obiettivi

L'obiettivo di questa revisione è indagare quali metodi non farmacologici sono applicabili nell'unità operativa di PS al fine di trattare al meglio il dolore nel paziente pediatrico, comprendendo la fascia d'età che va da 1 anno a 18 anni. Si è quindi cercato di comprendere quali contributi potrebbero dare gli infermieri per migliorare la gestione del dolore in autonomia, garantendo una migliore qualità delle cure rivolte ai pazienti pediatrici.

Materiale e metodi

È stata effettuata una revisione della letteratura, attraverso la consultazione di banche dati quali PubMed (Medline) e Google Scholar.

La ricerca è stata eseguita nel Gennaio 2019, focalizzando l'attenzione sugli articoli in cui emergevano quali metodi non farmacologici venivano applicati in PS per il trattamento del dolore nel paziente pediatrico, non solo nel contesto italiano. Per questa ricerca i criteri di inclusione sono stati: anni di pubblicazione dal 2009 al 2019, ogni tipologia di studio è stata accettata e la popolazione studiata comprende persone da 1 a 18 anni. Come limite della ricerca si è considerato la lingua di pubblicazione degli articoli: inglese ed italiano.

La ricerca ha individuato 169 articoli, tra questi 4 articoli sono risultati doppi. Gli articoli letti ed analizzati interamente sono stati 21, di questi 13 sono stati utilizzati per effettuare la revisione della letteratura in quanto completamente pertinenti al nostro obiettivo.

Discussione

I metodi non farmacologici efficaci nel trattamento del dolore nel paziente pediatrico in PS sono di tipo: fisico, di distrazione e di supporto e relazione. I metodi fisici, in particolare la refrigerazione e la vibroterapia sono utilizzati per il dolore durante le procedure ago-correlate. I metodi di supporto e relazione comprendono la preparazione e l'informazione rispetto alla procedura; particolare attenzione dev'essere posta anche al lessico del personale sanitario e al setting, che devono essere a misura di bambino per permettere una riduzione del dolore e dell'angoscia.

Tra le tecniche di distrazione si evidenziano la musicoterapia utile nel trattamento del dolore acuto e procedurale in bambini ed adolescenti, le bolle di sapone efficaci nel ridurre il dolore e l'ansia nei bambini in età pre-verbale e pre-scolare, videogame e la visione della televisione sono stimoli più complessi ed adatti ai bambini in età scolare ed adolescenti sottoposti a venipuntura e a sutura delle ferite.

Conclusioni

Questa revisione della letteratura ha evidenziato che vi sono diversi metodi non farmacologici utili nel trattamento del dolore, dell'ansia e della paura nel paziente pediatrico che accede in PS. I metodi di distrazione sono i più frequentemente utilizzati nei PS. La fascia d'età per la quale si sono evidenziati più interventi non farmacologici studiati è quella che va dai 3 agli 11 anni. Per il paziente adolescente, in particolare vi è quasi una totale assenza di interventi di distrazione, al contrario si fa molta attenzione ad interventi di relazione e di supporto. Il trattamento con metodi non farmacologici permette all'infermiere di agire in autonomia negli interventi assistenziali dediti al dolore, pertanto sono necessarie conoscenze che permettano di scegliere la miglior tecnica attuabile in quel preciso momento e per quella precisa persona, in base all'età e allo sviluppo cognitivo. Anche durante l'applicazione di queste tecniche l'infermiere dovrà valutare costantemente il dolore durante tutto il processo assistenziale. Tutte le tecniche non farmacologiche sono state valutate come economiche, riutilizzabili e facilmente utilizzabili in qualsiasi PS con utenza pediatrica. Per rendere l'assistenza più personalizzata e mirata sono necessarie ulteriori ricerche (Wente, 2013). Parole chiave: Distraction, child, emergency, emergency department, nonpharmacological, nurse, pain, pain management.

P22

DISOSTRUZIONE DELLE VIE AEREE IN ETÀ PEDIATRICA: PROGETTO FORMATIVO RIVOLTO AL CORPO DOCENTE E AI GENITORI DEGLI ASILI NIDO E SCUOLE MATERNE DELLA PROVINCIA DI ANCONA

Giulia Fabbretti, Pasquale Palumbo, Sandro Ortolani - Università Politecnica delle Marche
giulia.fabbretti.18@gmail.com

Introduzione

Il soffocamento da corpo estraneo rappresenta un problema rilevante di salute pubblica: costituisce una delle principali cause di decesso, determinando il 27% delle morti accidentali nei bambini di età inferiore ai 3 anni, ma la quota di incidenti rimane elevata fino ai 14 anni di età. I dati epidemiologici evidenziano come ogni anno, in Italia, circa 50 bambini perdono la vita per soffocamento causato dall'ostruzione delle vie aeree. Il registro Susy Safe (Surveillance System on Foreign Body Injuries in Children) riporta che circa la metà degli incidenti si sia verificata sotto la supervisione di un adulto. Questi risultati denotano una scarsa conoscenza del problema del soffocamento e delle manovre di disostruzione in età pediatrica. Emerge quindi la necessità di attuare delle iniziative finalizzate alla prevenzione dell'ostruzione delle vie aeree in età pediatrica, oltre che all'insegnamento delle manovre di disostruzione.

Obiettivi

Condurre un'indagine di tipo osservazionale volta a valutare il livello di conoscenza in merito alle manovre di disostruzione delle vie aeree in ambito pediatrico e fare un confronto sulle nozioni acquisite in seguito ad una lezione teorica- pratica.

Materiali e metodi

Il progetto consiste nella realizzazione di alcuni incontri didattici indirizzati alle docenti, ai genitori e a tutti coloro che sono responsabili della supervisione del bambino. L'indagine è stata svolta in alcuni asili nido e scuole d'infanzia della Provincia di Ancona, oltre a delle giornate formative organizzate presso associazioni di volontariato.

Lo studio è stato condotto nei mesi di Gennaio-Maggio 2019. La raccolta dei dati è avvenuta attraverso due appositi questionari articolati in 14 domande a risposta multipla, uno somministrato al campione prima dell'incontro educativo ed uno successivamente. Il campione è costituito da un totale di 184 partecipanti, di cui 17 docenti, 122 genitori e 45 "altro" (nonni, baby-sitter, istruttori sportivi, sorelle, fratelli, zii, etc.).

L'11% dichiara di aver soccorso almeno una volta un bambino con ostruzione delle vie aeree da corpo estraneo. Al termine degli incontri è stato consegnato a tutti i partecipanti un depliant formativo elaborato ad hoc.

Risultati

Dai dati raccolti emerge che, nonostante il 33% dei partecipanti abbia precedentemente partecipato ad un corso di formazione, hanno dimostrato una scarsa conoscenza delle manovre da eseguire in seguito a tali incidenti. Le risposte del campione al questionario pre-corso hanno dimostrato criticità prevalentemente nella domanda nella quale viene indagata la frequenza media dei bambini morti in Italia per soffocamento; il campione non mostra una netta prevalenza per una delle risposte. Analizzando le risposte fornite in seguito all'incontro formativo, hanno risposto correttamente al quesito il 94% dei genitori e delle docenti e l'83% della classe "altro".

Nella fase precedente all'incontro educativo, altre domande hanno delineato un'insufficiente conoscenza riguardo il riconoscimento e le manovre da eseguire in caso di ostruzione parziale delle vie aeree. I dati rispecchiano che in seguito alla lezione teorica- pratica, il 95% dei genitori, il 77% delle docenti e l'93% di "altro" hanno poi risposto correttamente al quesito, affermando che l'ostruzione parziale è caratterizzata da uno stato di coscienza conservato e una tosse molto forte. L'88% dei genitori, il 77% delle docenti e il 78% di "altro" dimostrano di aver compreso che se un bambino ha un'ostruzione parziale delle vie aeree, è sufficiente incoraggiarlo a tossire.

Discussione

Sulla base dei risultati ottenuti si osserva che la maggioranza del campione ha dimostrato numerose lacune riguardo l'argomento in questione e che in seguito alla lezione teorica- pratica, ci sia stato un notevole aumento delle competenze acquisite, determinando un incremento delle risposte corrette in tutti gli items del questionario. Lo studio invita a riflettere sull'importanza di un'adeguata formazione rivolta in particolar modo a tutti coloro che sono responsabili della supervisione del bambino. Al fine di ridurre o evitare questi incidenti, emerge la necessità di elaborare

dei dépliant informativi e di attuare delle iniziative finalizzate alla prevenzione dell'ostruzione delle vie aeree in età pediatrica e interventi di programmazione sanitaria con lo scopo di promuovere l'insegnamento delle manovre di disostruzione delle vie aeree, differenziandole nel caso di lattanti e di bambini.

Parole chiave: Ostruzione delle vie aeree, età pediatrica, educazione sanitaria.

P23
REALIZZAZIONE DI UNA BROCHURE DEDICATA ALLA GESTIONE DOMICILIARE DEI BAMBINI CON TRACHEOSTOMIA

*Irene Manzoni, Andrea Cislighi - Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano
irene.manzoni@policlinico.mi.it*

Introduzione

Il caregiver è "chi si prende cura, al di fuori di un contesto professionale e retribuito, di una persona, generalmente un familiare, assicurandole assistenza, supporto, sostegno che sono necessarie a causa dell'età, di una menomazione, di una patologia e a causa dell'assenza o della carenza di servizi pubblici adeguati e sufficienti alla situazione". Uno dei diritti fondamentali che un caregiver dovrebbe avere è quello di formazione. Questo lavoro nasce proprio dall'esigenza delle famiglie con bambini portatori di tracheostomia del nostro ambulatorio di ventiloterapia.

Durante la degenza, educiamo i genitori a gestire la cannula con piccole lezioni frontali e pratiche. Vengono assistiti nelle procedure base (come ad esempio la broncoaspirazione) e vengono addestrati all'utilizzo di presidi per far fronte a situazione di urgenza come l'utilizzo del pallone Ambu. Al momento della dimissione i genitori dovranno essere autonomi nella gestione del bambino con tracheostomia e dovranno imparare a gestire la quotidianità con alcuni accorgimenti necessari per il benessere del figlio.

Materiali e metodi

Lezione frontale.
Esercitazione su manichino.
Ricerca bibliografica in ambito pediatrico sulla gestione della tracheotomia.

Risultati

Creazione di una brochure da consegnare ai genitori prima della dimissione con illustrazioni e raccomandazioni per la gestione della tracheostomia in autonomia.

Bibliografia

1. DDL 2128 (Bignami e altri): "Norme per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver familiare".
2. DDL 2266 (Angioni e altri): "Legge quadro nazionale per il riconoscimento e la valorizzazione del caregiver familiare".
3. www.rch.org.au/kidsinfo
4. www.smiths-medical.com
5. Tracheostomy Journal, Rady Childrens Specialists of San Diego
6. www.thoracic.org/patients/patientresources/resources/italian/tracheostomy-in-child.pdf

P24
GESTIONE DEL RISCHIO CADUTA IN TERAPIA INTENSIVA: SCHEDA DI VALUTAZIONE E PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI

*Sofia Dominici, Andrea Pazzini, Chiara Vannini, Simona Di Giandomenico - AUSL Romagna, Rimini
sofiadominici@hotmail.it*

Introduzione

Si definisce caduta un "improvviso, non intenzionale inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica o assisa o clinostatica". La testimonianza delle cadute è bassa sul ricordo del paziente e/o la descrizione della caduta da parte dei testimoni. Questa definizione include i pazienti che dormendo sulla sedia cadono a terra, i pazienti trovati sdraiati sul pavimento, le cadute avvenute nonostante il supporto. Esistono varie tipologie di cadute: Caduta Accidentale, quando la persona cade involontariamente, es. scivola sul pavimento bagnato; Caduta Fisiologica Impredicabile, determinata da condizioni fisiche non prevedibili fino al momento della caduta (es. a causa di una frattura patologica del femore); Caduta Fisiologica Prevedibile, avviene nei soggetti esposti a fattori di rischio identificabili. Gli esiti di una qualsiasi di queste cadute possono essere diversi: assenza di danno, danno minore (ecchimosi, contusione, escoriazione), danno moderato (ferita con necessità di sutura o frattura sottoposta ad intervento chirurgico o distorsione, ematoma), danno maggiore (morte, disabilità permanente, coma, trauma maggiore, necessità di intervento chirurgico).

Per quanto riguarda i fattori di rischio caduta, gran parte della letteratura prodotta fino ad oggi ha cercato di analizzare e validare le scale utilizzate come strumenti predittivi (Conley, Morse ecc.) con risultati poco soddisfacenti per scarsa sensibilità e specificità, mentre sembrano essere più prognostiche le valutazioni multidimensionali del rischio e l'abbandono delle scale attualmente in uso come unico strumento di valutazione.

Obiettivi

L'obiettivo generale di questo lavoro è produrre una scheda di valutazione del rischio caduta multifattoriale e multidisciplinare per la prevenzione delle cadute, adatta al paziente ricoverato in terapia intensiva. Implementare un piano di interventi efficace, multifattoriale e tempestivo che riduca il numero di cadute e i danni conseguenti in coloro che sono caduti.

Materiali e metodi

Revisione della letteratura attraverso la consultazione delle principali banche dati biomediche al finalizzata alla creazione di una scheda per valutare il rischio di caduta nell'ambiente di Terapia Intensiva, secondo le caratteristiche della nostra realtà.

Risultati

La ricerca bibliografica è ancora in corso. Il risultato atteso è fornire uno strumento per la prevenzione delle cadute prevedibili in terapia intensiva.