

aniarti

associazione nazionale
infermieri di area critica



42° Congresso Nazionale

ANIARTI

21-22 Novembre 2023

Bologna Centro Congressi Savoia Regency

www.aniarti.it
#aniarti2023

**L'INFERMIERE SPECIALISTA
DI AREA CRITICA: LA CLINICA
COME CARRIERA?**

PROGRAMMA



Con il patrocinio



SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Start Promotion Eventi Srl
Via Mauro Macchi, 50
20124 Milano
T: + 39 02 67 07 13 83
F: + 39 02 67 07 22 94
info@startpromotioneventi.it
www.startpromotioneventi.it

SEGRETERIA ANIARTI

T: +39 340 - 4045367
aniarti@aniarti.it

COMITATO SCIENTIFICO/ORGANI ASSOCIAZIONE

COMITATO DIRETTIVO

Scelsi Silvia
Presidente

Romigi Gaetano
Vice Presidente

Favero Valter
Tesoriere

Angelelli Francesca
Direttore della Rivista Scenario
e Responsabile scientifico dell'Associazione

Saddi Simona
Segretario

CONSIGLIERI

Flauto Alfonso
Imbriaco Guglielmo
Madeo Mario
Marano Tiziana
Serveli Simona
Zanardo Davide

RAPPRESENTANTI DI MACRO AREA

Pinto Floriana
Macro area Nord-Ovest
Valle d'Aosta, Piemonte, Lombardia, Liguria

De Caro Roberta
Macro area Nord-Est
Veneto, Friuli Venezia-Giulia,
Trentino Alto-Adige, Emilia-Romagna

Di Risio Alessandro
Macro area Centro
Toscana, Marche, Umbria, Lazio, Abruzzo, Molise

Limonti Francesco
Macro area Sud e Isole
Campania, Puglia, Basilicata, Calabria,
Sardegna, Sicilia

COLLEGIO DEI REVISORI DEI CONTI

Bellan Sofia
D'Ambrosio Francesco
Vacchi Roberto

COLLEGIO PROVIBIRI

Benetton Maria
Biglieri Alba
Sebastiani Stefano

WEB MASTER ANIARTI

Mezzetti Andrea
webmaster@aniarti.it

FACULTY

Mara Andreossi *Monza*
Francesca Angelelli *Roma*
Alice Annoni *Monza*
Alessandro Arena *Savona*
Davide Bartoli *Roma*
Saverio Domenico Braggio *Genova*
Emanuele Buccione *Chieti*
Gaetano D'Alessandro *Padova*
Matteo Danielis *Majano (UD)*
Roberta De Caro *Bologna*
Massimiliano Di Biagio *Roma*
Alessandro Di Risio *Chieti*
Valter Favero *Padova*
Alfonso Flauto *Sala Bolognese (BO)*
Alessandro Galazzi *Milano*
Guglielmo Imbriaco *Bologna*
Loreto Lancia *L'Aquila*
Jos Latour *Plymouth (UK)*
Alberto Lucchini *Monza*
Mario Madeo *Milano*
Tiziana Marano *Roma*

Valeria Marchisio *Genova*
Federico Moggia *Genova*
Maurizio Murgia *Torino*
Matrona Oliva *Roma*
Leslie Oramas *Padova*
Fabrizio Pignatta *Torino*
Floriana Pinto *Milano*
Maria Luisa Rega *Roma*
Gaetano Romigi *Roma*
Simona Saddi *Torino*
Silvia Scelsi *Genova*
Simona Serveli *Genova*
Mauro Sotgia *Sassari*
Carmelina Stabile *Puglianello (BE)*
Michele Stellabotte *Bollate (MI)*
Barbara Suria *Torino*
Lavinia Testa *Alessandria*
Francesca Trotta *Roma*
Gian Luca Vergano *Pavia*
Marta Villa *Milano*
Kidane Wolde Sellasie *Roma*

PRESENTAZIONI ORALI

Francesco Andreotti *Colleferro (RM)*
Matteo Angelini *Preganziol (TV)*
Raffaella Arioli *Zerbo (PV)*
Francesco Baiguera *Brescia*
Samuele Baldassini Rodriguez *Firenze*
Claudia Bamonte *Firenze*
Camilla Bartalini Bigi *Siena*
Davide Bartoli *Roma*
Giacomo Bazzano *Sondrio*
Virginia Biagi *Siena*
Sara Birindelli *Pisa*
Marcella Bonelli *Sorso (SS)*
Alberto Bonfanti *Villasanta (MB)*
Emanuele Buccione *Cepagatti (PE)*
Martina Capitano *Bologna*
Riccardo Marco Castelli *Lainate (MI)*
Daniele Celin *Bologna*
Silvia Cini *Arezzo*
Serena Copetti *Roma*
Matteo Danielis *Majano (UD)*
Nicoletta Dasso *Cogorno (GE)*
Jason De Matteis *Rozzano (MI)*
Matteo Maria De Vecchi *Milano*
Roberta Decaro *Bologna*
Valerio Di Nardo *Terni*
Martina Donninelli *Roma*
Luca Fialdini *Carrara (MS)*
Annarita Fiore *Genova*
Alessandro Galazzi *Milano*

Arianna Gazzato *Mestre (VE)*
Marco Ghidini *Medolago (BG)*
Guglielmo Imbriaco *Bologna*
Maria Carmen La Bella *Pignola (PT)*
Marco Laratta *Mendicino (CS)*
Ilaria Mangli *Firenze*
Elisa Mapelli *Barzanò (LC)*
Chiara Marta *Barlassina (MB)*
Margherita Milani *Lecco*
Chiara Nicosia *Vetralla (VT)*
Chiara Nuti *Prato (PO)*
Jacopo Maria Olagnero *Torino*
Giulia Paglione *Roma*
Giorgio Parravicini *Lissone (MB)*
Loris Pian *Ponzano Veneto (TV)*
Jessica Pozzoli *Monza*
Christian Ramacciani Isemann *Orte (VT)*
Nicola Ramacciati *Rende (CS)*
Lorenzo Righi *Siena*
Valentina Roberti *Monza*
Sara Sandroni *Arezzo*
Davide Scarponcini *Fornaro Montesilvano (PE)*
Giovanni Lorenzo Scotto *Bologna*
Ludovica Siano *Roma*
Viola Tini *Magione (PG)*
Francesca Trotta *Roma*
Francesca Zitiello *Sparanise (CE)*

COMUNICAZIONI LIBERE

Matteo Angelini *Roncade (TV)*
Nicola Avino *Brescia*
Yari Bardacci *Firenze*
Giacomo Bergamelli *Alzano Lombardo (BG)*
Veronica Boccini *Massa*
Giacomo Sebastiano Canova *Dueville (VI)*
Giuseppe Cantù *Basiano (MI)*
Giacomo Maria Cantù *Basiano (MI)*
Danilo Casciani *Rieti*
Francesca Cerreoni *Subiaco (RM)*
Silvia Cini *Arezzo*
Federica Corradini *Roma*
Luca D'Antonio *Ciampino (RM)*
Martina Dal Pozzo *Settimo Milanese (MI)*
Roberta Decaro *Bologna*
Melissa Farghaly *Leini (TO)*
Laura Farina *Cupramontana (AN)*

Katia Ferrari *Cornate D'Adda (MB)*
Letizia Fumagalli *Sirtori (LC)*
Matteo Laprocina *Siena*
Laura Marelli *Milano*
Mario Mazza *Milano*
Valentina Morale *Torino*
Loris Pian *Ponzano Veneto (TV)*
Giuseppe Ponzetta *Monza*
Christian Ramacciani Isemann *Orte (VT)*
Paolo Ricucci *Rozzano (MI)*
Giada Romeo *Monza*
Loris Salina *Fiano (TO)*
Pierangelo Simonelli *Brescia*
Giuseppe Tinessa *Cantù (CO)*
Francesca Trotta *Roma*
Marco Valsecchi *Villa Guardia (CO)*
Irene Vellutini *Bologna*

Cari Colleghi e Amici,

ci sono molte sfide da affrontare, l'attivazione di un nuovo contratto che istituisce diversi percorsi di carriera anche clinica, la carenza di personale sanitario ed in particolare di infermieri, con diverse proposte per affrontarla alcune sentite già diversi anni fa; l'apparente "disamore" dei giovani nello scegliere questa professione.

Come società scientifica ma soprattutto come associazione culturale, che favorisce una discussione aperta, abbiamo contribuito al dibattito nazionale, portando le istanze della professione svolta nella specificità dell'area critica.

È sicuramente chiaro a tutti noi che non possiamo essere ugualmente competenti in tutti i setting assistenziali, ed allora la nostra "specializzazione" come deve essere attuata, con che modalità di formazione, di acquisizione e certificazione delle competenze, con quali autonomi, con quale modello assistenziale e organizzativo e soprattutto con quali riconoscimenti di carriera. Dobbiamo contribuire adesso ad una riflessione profonda che porti ad una scelta per il futuro. Abbiamo bisogno di pensare un paradigma nuovo, che consenta di contemperare le istanze delle persone assistite, le innovazioni tecnologiche, la sostenibilità e che renda attrattiva la professione.

Dobbiamo essere protagonisti del nostro tempo, dobbiamo fare le nostre scelte con l'obiettivo di garantire a tutti i cittadini italiani che il sistema salute sappia dare loro una risposta completa e appropriata, non solo in termini di trattamento della fase acuta, ma nella promozione e prevenzione, come nella cronicità anche complessa e nel fine vita.

Questo perché solo la nostra professione, proprio per il suo specifico disciplinare, può davvero cambiare gli esiti di questo percorso, permettendoci di immaginare un futuro con un sistema di garanzia del diritto alla salute che solo gli infermieri possono garantire.

Ci sono molte sfide ad aspettarci, ci sono nuove possibilità da percorrere, le strade sono aperte ma molto dipenderà dalle nostre scelte.

Vi aspettiamo per ragionare insieme di passato presente e futuro, attraverso la nostra Aniarti possiamo rappresentare la voce del mondo professionale, e di una cosa siamo sicuri non c'è salute senza infermieri!

Silvia Scelsi

P R O G R A M M A

aniarti
WW 2023

SALA AUDITORIUM

- 10:45

ASSEMBLEA DEI SOCI
(in seconda convocazione)
- 14:00

Apertura 42° Congresso Nazionale Aniarti
Benvenuto e saluti d'apertura della Presidente Aniarti Dr.ssa Silvia Scelsi

Saluti istituzionali
- 14:20

Aniarti e l'ecografia infermieristica Bedside
Relatori: Alessandro Arena, Saverio Domenico Braggio, Alessandro Di Risio, Valeria Marchisio, Federico Moggia
- 14:40

BISOGNI DI BASE IN ICU
Moderatori: Alessandro Galazzi, Tiziana Marano

4770

Perspiratio insensibilis e bilancio idrico in terapia intensiva: una revisione sistematica
Francesco Baiguera

4774

Valutazione dello stato nutrizionale durante la critical illness nei pazienti in terapia intensiva: uno studio osservazionale
Davide Bartoli

4852

Cura degli occhi in terapia intensiva: Scoping Review
Claudia Bamonte
- 15:40

LETTURA
La gestione della funzione intestinale nel paziente critico
Matrona Oliva
- 16:20

SISTEMA VENTILAZIONE
Moderatori: Davide Bartoli, Guglielmo Imbriaco

4801

Studio osservazione sulla gestione della pressione della cuffia nella prevenzione della polmonite da ventilazione meccanica
Martina Donninelli

4910

Integrazione delle competenze specialistiche infermieristiche della rete clinica lesioni cutanee in area critica per il miglioramento della qualità dell'assistenza: esperienza Azienda USL Toscana sudest
Sara Sandroni
- 16:50

LETTURA
Tra il ventilatore ed il Paziente: uno spazio da governare
Alberto Lucchini
- 17:20

ASSISTENZA PER LORO E PER NOI
Moderatori: Kidane Wolde Sellasie, Davide Zanardo

4963

La figura dell'infermiere Clinical Coach per favorire l'inserimento dei nuovi assunti in terapia intensiva: una survey
Arianna Gazzato

4935

Cure mancate e attività non-infermieristiche all'interno di un reparto di Terapia Semi-Intensiva Pediatrica: uno studio osservazionale prospettico monocentrico
Nicoletta Dasso

4913

Intenzione di abbandono della professione infermieristica: studio qualitativo secondo il metodo della Grounded Theory
Roberta De Caro

SALA REGENCY 2

- 14:40

STRUMENTI PER L'INTERPRETAZIONE IN PRONTO SOCCORSO
Moderatori: Massimiliano Di Biagio, Guglielmo Imbriaco

4767

Strumenti per la valutazione del rischio di violenza in pronto soccorso: una revisione narrativa della letteratura
Viola Tini

4830

L'implementazione dell'infermiere di processo in pronto soccorso: l'esperienza dell'Ospedale Gradenigo di Torino tra formazione e impatto clinico
Jacopo Maria Olagnero

4876

Management delle ustioni in pronto soccorso: una scoping review
Jason De Matteis
- 16:20

INTERVENTI E REGISTRI IN EMERGENZA
Moderatori: Francesca Angelelli, Silvia Scelsi

5016

URBAN Search and Rescue
Massimiliano Di Biagio

4804

L'utilizzo della doppia defibrillazione per trattare la fibrillazione ventricolare refrattaria: una revisione della letteratura
Chiara Nicosia

4806

L'importanza del Registro Traumi nella Rete Trauma Modern
Albert Bonfanti
- 17:20

L'EVOLUZIONE DEL SOCCORSO
Moderatori: Francesca Angelelli, Tiziana Marano

4822

E-bike di soccorso: la versione eco sostenibile del 118 bolognese
Daniele Celin

4829

Traumi da monopattino elettrico: uno studio osservazionale
Matteo Maria De Vecchi

4881

See and Treat nella gestione dei codici minori in pronto soccorso: indagine retrospettiva e prospettive di sistema
Christian Ramacciani Isemann

SALA SAVOIA

- 14:40

L'ASSISTENZA IN CARDIO ICU
Moderatori: Valter Favero, Francesca Trotta

4734

Qualità di vita e autonomia funzionale tra i pazienti sottoposti ad un intervento di cardiocirurgia. Uno studio di follow-up
Margherita Milani

4834

Le farebbe piacere un po' di musica? La musicoterapia come intervento infermieristico autonomo per il controllo del dolore postoperatorio nella persona sottoposta a cardiocirurgia
Sara Birindelli

4849

Score per la dimissione del paziente dalla Recovery Room: una revisione di letteratura
Ilaria Mangli

4957

Accreditamento Joint Commission International: esperienza di una terapia intensiva cardiocirurgica
Luca Fialdini
- 16:20

L'ASSISTENZA PEDIATRICA
Moderatori: Emanuele Buccione, Simona Serveli

4958

Esperienza formativa in Terapia Semintensiva Pediatrica dell'IRCCS Istituto Giannina Gaslini
Annarita Fiore

4923

Scelta della corretta misura del tubo endotracheale nel bambino in terapia intensiva pediatrica: una revisione della letteratura tra vecchie formule e nuove prospettive
Serena Copetti

4915

Partecipazione genitoriale alle cure durante l'era COVID-19
Davide Scarponcini Fornaro
- 17:20

DEVICES & VENTILAZIONE IN ICU PEDIATRICA
Moderatori: Mario Madeo, Michele Stellabotte

4921

La temperatura vescicale come "core temperature" nei neonati sottoposti alla Targeted Temperature Management. Uno studio osservazionale prospettico
Emanuele Buccione

4860

La rimozione accidentale dei device in terapia intensiva pediatrica: uno studio retrospettivo
Jessica Pozzoli

4931

Le asincronie Neonato-Ventilatore: la competenza avanzata infermieristica nel riconoscerle, segnalarle e gestirle
Giovanni Lorenzo Scotto

SALA REGENCY 1

- 14:40

COMUNICAZIONI LIBERE
Moderatori: Floriana Pinto, Gaetano Romigi

4924

Esperienza degli Infermieri italiani di Pronto Soccorso che lavoro con i cinque codici di priorità in Triage
Lea Godino

4912

It's time to take care of the End of Life: dalla percezione al trattamento in Pronto Soccorso
Martina Dal Pozzo

4727

Immobilizzazione spinale: tra passato, presente e futuro
Giacomo Canova

4893

SEPSI: 2017-2023. Dove siamo arrivati? Il percorso del paziente dal dispatch telefonico alla gestione in Pronto Soccorso in Usl Toscana Sud Est
Silvia Cini

4941

"Targeted temperature management" nell'adulto post arresto cardiocircolatorio: una scoping review
Giacomo Bergamelli

4882

NANDA-I diagnoses in perioperative care: an integrative review
Christian Ramacciani Isemann

4793

Una testimonianza: la missione Turchia
Loris Salina

4928

Clinical Nurse Educator: competenze e applicabilità nel contesto italiano di area critica
Matteo Laprocina

16:20

4733

Riduzione dei casi di polmonite da ventilazione attraverso la creazione di un BUNDLE
Giuseppe Tinessa

4742

Prevenzione delle lesioni da pressione: implementazione di un bundle dedicato
Marco Valsecchi

4776

Handover infermieristico in Terapia Intensiva. Un'analisi qualitativa
Francesca Trotta

4842

Il ruolo dell'Infermiere nelle TI nel percorso di accertamento di morte cerebrale
Federica Corradini

4817

La gestione della nutrizione artificiale e dell'alvo nel paziente critico in una terapia intensiva cardio-toraco-vascolare: proposta di un protocollo operativo
Laura Marelli

4955

Progetto formativo a supporto del team multiprofessionale nella riorganizzazione clinico-assistenziale e logistica della nuova area omogenea delle Terapie Intensive presso la Cittadella Sanitaria dell'Ospedale di Treviso
Loris Pian

4818

L'infermiere Case Manager come risorsa per migliorare la continuità assistenziale nel setting delle terapie intensive: una proposta progettuale
Paolo Ricucci

17:20

4821

Diagnosi precoce di miopericardite in paziente di 31 anni mediante applicazione di smart-watch: case report
Yari Bardacci

4844

La rilevazione della pupillometria automatica nell'ambito della terapia intensiva pediatrica
Nicola Avino

4936

Stop the Bleed, passato e presente
Giacomo Maria Cantù

4961

Lotta all'antimicrobico resistenza: nuove prospettive di ruolo e coinvolgimento degli infermieri nel team
Veronica Boccini

4916

Percezione dei pazienti degli ICU Diary
Valentina Morale

4917

ABCDE-F-AMILY Bundle
Irene Vellutini

4832

Terapia intensiva "Carlo Urbani" Jesi: 10 anni di terapia intensiva aperta nonostante la pandemia
Laura Farina

4782

La gestione infermieristica dell'iperglicemia acuta: un algoritmo modificato per i pazienti con SCA
Mario Mazza
- 8
- 9

SALA AUDITORIUM	
09:00	Presentazione e saluti Aniarti <i>Silvia Scelsi</i>
09:15	Critical care nursing: a never ending journey <i>Jos Latour</i>
09:30	Quale formazione per l'infermiere del 2030 <i>Loreto Lancia</i>
09:45	Come la clinica influenza la ricerca e viceversa <i>Alberto Lucchini</i>
10:00	Core Competence dell'infermiere di Area critica: la proposta di Aniarti <i>Francesca Angelelli, Maria Luisa Rega</i>
10:15	Discussione
10:30	PAUSA
11:00	ASSISTENZA E INFEZIONI Moderatori: Matróna Oliva, Simona Saddi
	LETTURA L'importanza della movimentazione in area critica <i>Marta Villa</i>
	4840 Un nuovo indice per la valutazione degli stati di shock in area critica: uno studio quantitativo <i>Ludovica Siano</i>
	4863 Infezioni del torrente circolatorio in pazienti affetti da covid-19 e sottoposti a VV-ECMO: studio osservazionale retrospettivo <i>Francesco Andreotti</i>
	4813 Utilizzo dell'ECOguida per l'esecuzione del prelievo di sangue VENoso per analisi microbiologica nel paziente critico: uno studio pilota di fattibilità EcoVen <i>Mariacarmen La Bella</i>
	4843 Cannula periferica corta nel paziente con diagnosi di stroke: uno studio prospettico osservazionale a coorte singola <i>Giorgio Parravicini</i>
12:40	LETTURA L'umidificazione dall'HFNC all'ECMO: Andata e Ritorno <i>Alberto Lucchini</i>
13:00	PAUSA PRANZO
14:30	COME MIGLIORARE LA VENTILAZIONE MECCANICA Moderatori: Mario Madeo, Matteo Danielis
	4857 Gestione del livello di sedazione durante ventilazione meccanica in una terapia intensiva polivalente <i>Valentina Roberti</i>
	4820 Temperatura migliore per iniziare l'ossigenoterapia con le cannule nasali ad alto flusso: uno studio controllato randomizzato pragmatico <i>Alessandro Galazzi</i>
15:10	LETTURA Aerosol Terapia durante il supporto ventilatorio <i>Alberto Lucchini</i>
15:30	COMUNICARE IN ICU Moderatori: Tiziana Marano, Floriana Pinto
	4720 The role of Intensive Care Unit diaries in the grieving process: a monocentric qualitative study <i>Giacomo Bazzano</i>
	4850 Qual è l'esperienza del familiare che si prende cura del proprio caro dimesso dalla Terapia Intensiva? Analisi qualitativa a tre mesi dalla dimissione <i>Matteo Danielis</i>
	4906 "ComuniBundle": proposta di un bundle applicativo per la comunicazione nella gestione del paziente critico in terapia intensiva <i>Marcella Bonelli</i>
16:30	Conclusioni e premiazioni (Miglior Poster, Aniarti Youth, Miglior Fotografia) <i>Silvia Scelsi</i>
17:00	Take home message e chiusura lavori <i>Silvia Scelsi</i>

SALA REGENCY 2	
11:00	APPROFONDIMENTO DI RICERCA Moderatori: Francesca Angelelli, Roberta De Caro
	4805 Utilizzo della realtà virtuale nell'apprendimento: studio pilota nell'ambito del Master in assistenza infermieristica in Area Critica di Bologna durante la pandemia da Covid-19 <i>Francesca Zitiello</i>
	4848 Sviluppo di un sistema per l'identificazione di condizioni emotivamente impattanti nell'agenzia Regionale di emergenza urgenza (AREU) <i>Marco Ghidini</i>
	4855 Gli incarichi di funzione professionali: l'infermiere specialista in ricerca e buone pratiche <i>Lorenzo Righi</i>
	4925 La qualità del sonno degli operatori sanitari e la sua relazione con l'ansia e gli antecedenti della resilienza: risultati dalla survey Aniarti A.I.R. in SARS COV-2 <i>Samuele Baldassini Rodriguez</i>
	4948 I requisiti dell'infermiere triagista nel panorama internazionale. Dati preliminari di una scoping review <i>Valerio Di Nardo</i>
	4973 Riflessioni e nuove prospettive clinico-assistenziali con l'introduzione dell'infermiere specialista di area critica e alle competenze avanzate <i>Nicola Ramacciati</i>
13:00	PAUSA PRANZO
14:30	INFERMIERE & TRIAGE Moderatore: Silvia Scelsi
	4896 La carriera clinica dell'infermiere in una centrale operativa di soccorso sanitario: stato dell'arte e prospettive future <i>Guglielmo Imbriaco</i>
	4970 Implementazione del nuovo modello di triage di Regione Lombardia: stratificazione degli accessi e analisi dei flussi <i>Chiara Marta</i>
	4972 Criteri situazionali e dinamica evento: studio retrospettivo sulla loro capacità predittiva <i>Marco Laratta</i>
15:30	DONAZIONE D'ORGANO Moderatori: Francesca Angelelli, Simona Saddi
	4741 Il procurement da Non Heart Beating Donor, un percorso in costruzione: studio osservazionale descrittivo sulle conoscenze degli infermieri italiani <i>Camilla Bartalini Bigi</i>
	4856 Percorso ACR: cuore fermo ... si puo'... fare di più <i>Silvia Cini</i>
	4951 La donazione d'organi da donatore CDCD tipo 3: dall'implementazione dello schema operativo al primo prelievo di cuore <i>Matteo Angelini</i>

SALA SAVOIA	
11:00	VISSUTI E SENSAZIONI IN ICU Moderatori: Emanuele Buccione, Carmelina Stabile
	4719 Disumanizzazione delle cure in emergenza-urgenza: come l'infermiere percepisce il paziente critico <i>Chiara Nuti</i>
	4775 "Alarm fatigue": il sovraccarico sensoriale in Terapia Intensiva <i>Francesca Trotta</i>
	4854 Quanto sono soddisfatti i familiari dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva per le cure erogate? Studio trasversale <i>Matteo Danielis</i>
	4934 Terapia intensiva aperta e umanizzazione delle cure: l'esperienza della terapia intensiva generale dell'ASST GOM Niguarda <i>Riccardo Marco Castelli</i>
	4927 Il vissuto esperienziale dei pazienti sopravvissuti alle cure intensive e dei loro familiari. Uno studio fenomenologico <i>Francesca Trotta</i>
13:00	PAUSA PRANZO
14:30	COME ORGANIZZARE L'ASSISTENZA Moderatori: Valter Favero
	4889 Handover come tempo di cura, l'implementazione del metodo SBAR in ICU: uno studio quasi-sperimentale <i>Raffaella Arioli</i>
	4905 Scala NAS per la valutazione del carico assistenziale in terapia intensiva: studio osservazionale prospettico <i>Giulia Paglione</i>
	4920 Sviluppo di un modello innovativo di coordinamento infermieristico per la gestione della nuova area omogenea di Terapia Intensiva dell'Ospedale Ca' Foncello di Treviso <i>Loris Pian</i>
15:30	COMFORT IN ICU Moderatori: Roberta De Caro, Mario Madeo
	4758 Masimo Sleep® e lo Sleep Halo Index: monitoraggio del sonno in neuroanestesia e rianimazione neurochirurgica. Studio osservazionale <i>Virginia Biagi</i>
	4825 Associazione tra dispositivi che riproducono la luce naturale e l'incidenza di delirium con necessità di sedazione farmacologica in pazienti ricoverati in Terapia Intensiva (LunaDellICU) <i>Elisa Mapelli</i>
	4877 Relazione tra livelli di rumore, complessità clinica e attività assistenziali nei pazienti in terapia intensiva <i>Martina Capitano</i>

SALA REGENCY 1	
11:00	COMUNICAZIONI LIBERE Moderatori: Floriana Pinto, Gaetano Romigi
	4731 La gestione delle vie aeree nel paziente in arresto cardiaco extraospedaliero: quando e come <i>Giacoma Canova</i>
	4797 L'efficacia delle istruzioni pre-arrivo dell'infermiere di centrale operativa 118. Una revisione della letteratura <i>Francesca Cerreoni</i>
	4954 Cure pulite sono cure più sicure <i>Matteo Angelini</i>
	4833 Revisione del modello assistenziale in terapia intensiva pediatrica, subordinato allo sviluppo di competenze specialistiche <i>Pierangelo Simonelli</i>
	4736 L'esperienza dei pazienti covid sottoposti a casco CPAP <i>Letizia Fumagalli</i>
	4759 L'incidenza delle lesioni da pressione nel paziente in era COVID: studio osservazionale retrospettivo in una terapia intensiva respiratoria <i>Katia Ferrari</i>
13:00	PAUSA PRANZO
14:30	WORKSHOP Come scrivere un articolo scientifico <i>Jos Latour</i>
	Il Workshop è aperto ad un numero massimo 60 partecipanti. Le iscrizioni potranno essere effettuate direttamente in sede congressuale fino ad esaurimento dei posti e seguiranno la regola del "First Come/First Served"
	Workshop in lingua inglese, nessuna traduzione simultanea prevista

TECHNICAL FORUM SPACE

Martedì
21 NOVEMBRE

15:00-16:00

LA CURA DEL CORPO IN TERAPIA INTENSIVA:
A NEVER ENDING STORY

Moderatore: Alberto Lucchini

Cosa succede ai pazienti durante le cure igieniche?

Alice Annoni

La cura del corpo: una prestazione non banale

Mara Andreossi

Supported by CRESPI

Mercoledì
22 NOVEMBRE

10:30-11.30

GESTIONE DELLA TEMPERATURA CORPOREA
DEL PAZIENTE IN AREA CRITICA

Gaetano D'Alessandro, Leslie Oramas

Supported by ANIARTI

Il Technical Forum è gratuito e aperto ad un numero massimo di 30 discenti.
Le iscrizioni potranno essere effettuate direttamente in sede congressuale fino ad esaurimento dei posti e seguiranno la regola del "First Come/First Served"

SALA GRACE

Martedì
21 NOVEMBRE



14:40-18:30

WORKSHOP
ATCN: PRINCIPI DI GESTIONE DEL PAZIENTE
CON TRAUMA MAGGIORE

Moderatore: Dr. Alfonso Flauto

14:40

Presentazione della giornata

Gian Luca Vergano

14:50

Primary Survey secondo il modello ATLS®
(Advanced Trauma Life Support) - ATCN® (Advanced Trauma Care for Nurses)

Fabrizio Pignatta

15:20

Presentazione di un caso clinico

Gian Luca Vergano

15:30

Stazione addestramento 1: Trattamento delle vie aeree

Lavinia Testa

16:00

Stazione addestramento 2: Trattamento dello PNX iperteso

Barbara Suria

16:30

Stazione addestramento 3: Trattamento dello Shock - Posizionamento del Pelvic binder

Mauro Murgia

17:00

Stazione addestramento 4: Trattamento dello Shock - Extended FAST

Mauro Sotgia

17:30

Stazione addestramento 5: Trattamento dello Shock - Accesso intraosseo

Gian Luca Vergano

18:00

Stazione addestramento 6: Trauma pediatrico

Fabrizio Pignatta

18:30

Take Home Messages e chiusura della sessione

Fabrizio Pignatta, Gian Luca Vergano

Il Workshop è gratuito e aperto ad un numero massimo di 60 discenti.
Le iscrizioni potranno essere effettuate direttamente in sede congressuale fino ad esaurimento dei posti e seguiranno la regola del "First Come/First Served"

SEDE DEL CONGRESSO

CENTRO CONGRESSI

Savoia Regency

Via del Pilastro, 2, 40127 Bologna BO

www.savoia.it

SITO WEB

www.aniarti.it

QUOTE DI ISCRIZIONE

42° Congresso Nazionale Aniarti

IN SEDE CONGRESSUALE

	IVA Inclusa
Soci ANIARTI	€ 200,00
Non soci e Professioni non infermieristiche	€ 250,00

QUOTE FISSE (SENZA DEAD-LINE)

	IVA Inclusa
Presentatore abstract/poster	€ 100,00
Studenti di laurea in infermieristica/Studenti Master di Area Critica	€ 50,00

Le quote di iscrizione si intendono IVA di legge inclusa

L'iscrizione al 42° Congresso Nazionale Aniarti dà diritto a:

- Cartella congressuale*
- Badge accesso alle sessioni scientifiche
- Pranzo (tranne per gli studenti)
- Attestato di partecipazione

* La cartella congressuale è garantita solo ai preiscritti

ISCRIZIONI ON SITE

Le nuove iscrizioni potranno essere effettuate direttamente in sede evento presso il Desk Nuove Iscrizioni.

ASSEMBLEA SOCI

I Convocazione: Lunedì, 20 Novembre ore 21:00

II Convocazione: Martedì, 21 Novembre ore 10:45

ISTRUZIONI PER IL PAGAMENTO

Il pagamento delle quote di iscrizione potrà essere effettuato tramite:

- Carta di credito (Visa, Mastercard, Maestro, Moneta)
- Contanti

FATTURAZIONE

La fattura verrà emessa, post congresso, sulla base dei dati forniti durante l'iscrizione ed inviata mezzo mail

WORKSHOP SALA GRACE

ATCN: PRINCIPI DI GESTIONE DEL PAZIENTE CON TRAUMA MAGGIORE

Martedì, 21 Novembre 2023 dalle 14:40-18:30

WORKSHOP SALA REGENCY 1

COME SCRIVERE UN ARTICOLO SCIENTIFICO

Mercoledì, 22 Novembre 2023 ore 14:30

Il Workshop è gratuito e aperto ad un numero massimo di 60 discenti. Le iscrizioni potranno essere effettuate direttamente in sede congressuale fino ad esaurimento dei posti e seguiranno la regola del "First Come/First Served"

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Start Promotion Eventi Srl Via Mauro Macchi, 50 - 20124 Milano

T: + 39 02 67 07 13 83 - F: + 39 02 67 07 22 94

info@startpromotioneventi.it - aniarti@startpromotioneventi.it

www.startpromotioneventi.it

PROGRAMMA E ABSTRACT BOOK

Inquadra il QR Code



COME RAGGIUNGERCI



IN AUTO

sia che arriviate da Milano-Firenze o Padova, oppure da Ancona, immettetevi in tangenziale e abbandonatela all'uscita 9, seguendo la direzione per Granarolo dell'Emilia. Il Savoia Hotel Regency si trova nelle immediate vicinanze (100-200 m)



IN TRENO + AUTOBUS

la stazione Centrale di Bologna è servita quotidianamente da un gran numero di treni, tra cui quelli ad alta velocità.

Dalla stazione prendere sul viale Pietramellara la linea n.35 in direzione Facoltà di Agraria/Rotonda Baroni fino alla fermata "Bivio Pilastro" (corse ogni 20' circa, non disponibili la domenica, tempo di percorrenza 25'; in alternativa e per la domenica linee n.33 o n.37 fino a "Porta San Donato", poi n.20 fino a "Cadriano Bivio". Per info, consultare www.tper.it



IN AEREO

dall'aeroporto Guglielmo Marconi prendere il servizio navetta BLQ fino alla fermata "San Pietro" su via dell'Indipendenza (corse ogni 12'), poi la linea n.20 fino alla fermata "Bivio Cadriano". Tempo di percorrenza, circa 50'. Per info, consultare www.tper.it

ISTRUZIONI POSTER

Tutti i contributi scientifici (P1-P46) saranno visibili come E-Poster sul monitor touchscreen posizionato nell'area adiacente la Segreteria a partire dal 21 Novembre ore 12:00 al 22 Novembre al termine dei lavori.

Il poster dovrà essere comunque registrato presso la segreteria dedicata alla sessione poster. Si ricorda il formato PDF ad alta risoluzione (formato 32 x 45 h).

PREMIO MIGLIOR POSTER

1. Partecipano al Premio tutti i poster ammessi alla sessione dedicata.
2. L'autore principale deve essere infermiere ed iscritto al Congresso Nazionale Aniarti 2023.
3. L'autore principale deve essere iscritto all'associazione Aniarti per l'anno 2023.
4. Non possono concorrere al Premio i poster in cui uno o più autori siano membri del Comitato Direttivo Aniarti.
5. Parteciperanno al Premio gli autori di tutti i contributi selezionati dalla Segreteria Scientifica ed inseriti nel programma del Congresso in forma di poster.
6. Concorreranno solo i poster che rispettano le indicazioni sulle dimensioni e modalità di esposizione definite.
7. La valutazione avverrà in corso di Congresso a cura della Commissione composta da tre membri del Comitato Direttivo Aniarti secondo criteri definiti.
8. In caso di punteggio di parità tra due o più poster, verrà effettuata un'ulteriore valutazione di merito con il coinvolgimento del Direttore della rivista scientifica dell'associazione - Scenario. Il Nursing nella sopravvivenza.
9. Le decisioni della Segreteria Scientifica e della Commissione di valutazione sono insindacabili.
10. Per l'anno 2023, il Premio consiste nell'iscrizione gratuita al Congresso Nazionale Aniarti 2024 ed una targa celebrativa. Nel caso in cui il poster abbia più autori, il premio viene assegnato al solo autore principale in possesso dei requisiti sopracitati. Il secondo e terzo classificato riceveranno un attestato.
11. L'autore vincitore avrà la possibilità di esporre oralmente (per un tempo massimo di 5 minuti) in sessione plenaria, una sintesi del lavoro premiato.

PREMIO ANIARTI YOUTH 2023

Il "Premio Aniarti Youth 2023" prosegue con l'obiettivo di incentivare e aiutare i giovani infermieri nella diffusione della ricerca e delle esperienze professionali. Il premio per il vincitore consiste nell'iscrizione gratuita al Congresso Nazionale Aniarti del 2024 ed una targa celebrativa. Il Regolamento completo è disponibile al link: <https://www.aniarti.it/wp-content/uploads/2023/05/PREMIO-Aniarti-Youth-2023.pdf>

PREMIO FOTOGRAFICO ANIARTI 2023

Il tema del premio è: "L'infermiere specialista di Area Critica" per l'anno 2023, il Premio consiste nell'iscrizione gratuita al Congresso Nazionale Aniarti 2024 ed una targa celebrativa. Il secondo e terzo classificato riceveranno un attestato. Il regolamento completo è disponibile al link: https://www.aniarti.it/wp-content/uploads/2023/05/Premio_fotografico_Aniarti_2023-1.pdf

AREA SOGGETTA A RIPRESE VIDEO

Ai sensi dell'art. 97 Legge sul Diritto d'Attore e ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. 196/2003, Codice in materia di protezione dei dati personali, ANIARTI (Associazione nazionale Infermieri di Area Critica-ora Società Scientifica), con sede legale in Genova (GE) Via Francesco Nullo 6/a, C.F./P. Iva 01263930305 titolare, ex art. 28 d.lgs. 196/03, del trattamento dei Vostri dati personali, La informa che a seguito del Suo ingresso nei locali dedicati al congresso la Sua figura potrebbe essere videoripresa e utilizzata per la divulgazione dell'evento sui social dell'Associazione. Gli eventuali dati personali acquisiti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata. La Titolare è autorizzata ad utilizzare a titolo gratuito le immagini raccolte, anche in forma parziale e/o modificata o adattata: ciò implica da parte della generalità degli Interessati ripresi una licenza non esclusiva a favore della Titolare, senza limiti di durata e per tutto il mondo, trasferibile a terzi, per l'utilizzazione dei Materiali e include i diritti di cui agli artt. 12 segg. della legge n. 633/1941, compresi a titolo esemplificativo e non esaustivo: diritto di riproduzione in qualunque modo o forma; diritto di trascrizione, montaggio, adattamento, elaborazione e riduzione; diritto di comuni-

cazione e distribuzione al pubblico, comprendente i diritti di proiezione, trasmissione e diffusione (a titolo puramente esemplificativo mediante iptv, terminali mobili, voip, canali digitali, ecc.), anche in versione riassuntiva e/o ridotta, con qualsiasi mezzo tecnico, diritto di conservare copia dei materiali, anche in forma elettronica e su qualsiasi supporto tecnologico noto o di futura invenzione per le finalità e nei limiti sopra definiti. Sono previsti video operatori che riprenderanno l'evento. In alcune immagini della suddetta videoripresa alcune persone potrebbero essere incidentalmente riconoscibili. La partecipazione allo stesso implica perciò la possibilità di figurare in video diffusi con diritto di cronaca: pertanto, ove l'Interessato non voglia essere ripreso è invitato a non transitare nelle aree nelle quali è esposto il presente avviso. I dati personali della persona ritratta, ripresa o registrata verranno trattati, anche con modalità in tutto o parzialmente automatizzate, per le sole finalità connesse alla realizzazione del 42° Congresso Nazionale ANIARTI. Il Rappresentante del trattamento dei dati è il Presidente ANIARTI (Associazione nazionale Infermieri di Area Critica-ora Società Scientifica). Sono fatti salvi i diritti di cui all'art. 7 del D.lgs. 196/03.

Si ringraziano le Aziende per il contributo dato alla realizzazione
del 42° Congresso Nazionale ANIARTI

Aerogen
Pioneering Aerosol Drug Delivery

arjo
EMPOWERING MOVEMENT

Baxter

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

BD

burke&burke
emotion through technology

convatec
— forever caring —

CRESPI ENTERPRISE S.N.C.
MEDICAL MARKETING

DIMAR

Dräger

Eloquest
HEALTHCARE®

Fisher & Paykel
HEALTHCARE

INTERSURGICAL
SISTEMI COMPLETI PER LA RESPIRAZIONE

IRC
Edizioni

40 ANNI Medival

PICCIN

SEDA
SEDA S.p.A.

Simulcare
Improve your skills

Teleflex®

ABSTRACT BOOK

an art
WW 2023



PRESENTAZIONI ORALI



MARTEDÌ, 21 NOVEMBRE 2023

Sala Auditorium
BISOGNI DI BASE IN ICU

14:40 - 14:55

4770

PERSPIRATIO INSENSIBILIS E BILANCIO IDRICO IN TERAPIA INTENSIVA: UNA REVISIONE SISTEMATICA

Francesco Baiguera¹, Alessandro Tonelli¹, Milena Guarinoni², Fabrizio Boel¹, Daniela Vecchiati¹ - baiguaf@gmail.com

¹ UO Anestesia e Rianimazione I, ASST Spedali Civili di Brescia, Brescia

² Università degli Studi di Brescia, Italia

Introduzione

Molti autori, nel corso degli anni, hanno cercato di misurare il quantitativo specifico della perspiratio insensibilis in differenti settings, ottenendo formule eterogenee derivate da misurazioni obiettive dell'evaporazione cutanea. In terapia intensiva (TI) questo dato viene spesso inserito nel calcolo del bilancio idrico, conteggio che riveste un ruolo importante nel monitoraggio del paziente critico così come un indice di outcome dello stesso. I dati ottenuti e inclusi nel calcolo del bilancio idrico giornaliero, integrati al peso quotidiano del paziente, possono quindi influire notevolmente sul bilancio finale e di conseguenza su un eventuale approccio farmacologico di supporto volêmico o di stimolo diuretico. Questa revisione sistematica si propone di verificare se in letteratura vi siano evidenze sul calcolo della perspiratio insensibilis come dato da includere nel bilancio idrico giornaliero e quale sia il gold standard di misurazione. L'obiettivo secondario del lavoro è verificare se esiste una differenza significativa tra la perdita di vapore acqueo espirato durante le diverse modalità di assistenza respiratoria garantita.

Materiali e metodi

Sono state interrogate le banche dati scientifiche Medline, Pubmed, Embase, Cinahl, Emcare, Infermieristica Ovidio, Consulente Lippincott, Scopus con il limite della lingua inglese e italiana. Non sono stati posti limiti temporali. Per l'interrogazione di ogni banca dati è stata sviluppata una stringa di ricerca con l'utilizzo di termini MeSH/Emtree e testo libero diversamente combinati. L'interrogazione delle banche dati è avvenuta tra dicembre 2022 e gennaio 2023. Sono stati inclusi studi relativi ad assistiti adulti ≥18 anni), ricoverati in TI e sottoposti a monitoraggio del bilancio idrico con inclusione della perspiratio insensibilis comparato al bilancio senza inclusione del calcolo della perspiratio insensibilis.

Risultati

Partendo da un totale di 10496 articoli, ne sono stati inclusi complessivamente 5 alla selezione dei full text, pubblicati tra il 2004 e il 2016. Tali lavori sono di tipo osservazionale prospettico. Il campione di soggetti variava da 15 a 151 individui. Tutti gli studi avevano come obiettivo primario di confrontare il dato di registrazione del bilancio idro-elettrolitico con le variazioni del dato del peso corporeo. Se tre studi hanno utilizzato la formula 10ml/kg/die è da notare che ognuno di essi ha aggiunto diverse variazioni a seconda della temperatura corporea, oppure nessuna variazione, portando così ad ottenere tre formule diverse. Solo una pubblicazione tra quelle selezionate, nel calcolo del bilancio idro-elettrolitico, non ha incluso le perdite attraverso la perspiratio insensibilis.

Conclusioni

Nonostante sia evidente che nel calcolo del bilancio idrico dell'assistito in TI sia da includere la quantità di perdite attraverso la perspiratio insensibilis, ad oggi ancora non è chiaro quale sia il modo più corretto per la sua misurazione.

14:55 - 15:10

4774

VALUTAZIONE DELLO STATO NUTRIZIONALE DURANTE LA CRITICAL ILLNESS NEI PAZIENTI IN TERAPIA INTENSIVA: UNO STUDIO OSSERVAZIONALE

Davide Bartoli, Elisa Marzali, Francesca Trotta.

Az.Univ.Osp. Sant'Andrea, Roma - bartoli.davide90@gmail.com

Introduzione

Si riscontrano diverse cause per lo sviluppo di malnutrizione all'interno delle unità di terapia intensiva (TI) e tra queste rientra l'assenza nell'esecuzione di screening e valutazione nutrizionale. In letteratura non è presente uno strumento convalidato che permetta di valutare lo stato nutrizionale nei pazienti critici.

Obiettivo

Lo studio si pone l'obiettivo di creare uno strumento in grado di poter valutare lo stato nutrizionale durante la critical illness, nelle prime 24-48 ore dal ricovero.

Materiali e metodi

È stato condotto uno studio monocentrico osservazionale. Il campione era composto da 103 pazienti ricoverati nelle varie unità di TI dell'AOU Sant'Andrea a Roma. I dati si sono raccolti tramite una revisione delle cartelle cliniche ed è avvenuta nel periodo compreso tra aprile 2022 e settembre 2022. La scheda è composta da 25 items, gli items sono stati poi suddivisi in 5 sezioni (dati anagrafici, dati antropometrici, scheda di accertamento, stato nutrizionale, dati di laboratorio). È stata poi condotta un'analisi statica

con l'utilizzo del software Excel® (versione 16.66.1) e IBM-SPSS (versione 26.6). Sono state svolte analisi descrittive (media, mediana, moda, percentuali e deviazione standard) ed inferenziali (analisi di correlazione con Tau di Kendall e r di Pearson, per analizzare la correlazione tra gli elementi presi in considerazione e le variabili indipendenti).

Risultati

L'età media del campione è di $\mu=62.25$, con deviazione standard ($\sigma=16.725$; i soggetti di sesso maschile rappresentavano il 69.9% (n=72) del campione. Dall'analisi statistica svolta sono emerse più correlazioni significative, tra cui una correlazione negativa tra il NUTRIC e la ventilazione meccanica ($\sigma=-.366$) e con la sedazione ($\sigma=-.320$), entrambe con una significatività a livello di 0.010 di $p<.001$, una correlazione positiva tra lattati con il mNUTRIC ($r=.233$) con $p=.028$ e albumina con l'NRS-2002 ($r=-.345$).

Conclusioni

La scheda è risultata utile per andare a definire lo stato nutrizionale nei pazienti in critical illness nelle prime 24-48 ore dall'ammissione in TI. La valutazione del rischio nutrizionale precoce, utilizzando questo modulo, potrebbe ridurre esiti come l'aumento della durata della degenza in TI, la difficoltà di svezzamento dalla ventilazione meccanica e dalla sedazione, aumento delle infezioni, aumento dei disturbi gastrointestinali e peggioramento sistemico del paziente peggioramento sistemico del paziente dovuto a catabolismo metabolico, ipoalbuminemia e alcalosi metabolica. Per la ricerca potrebbe essere fondamentale convalidare e costruire una scala multidimensionale sul rischio nutrizionale precoce nei pazienti con malattia critica, che possa riassumere tutti questi elementi, rendendoli rapidi, utilizzabili e universali nella valutazione infermieristica in TI.

15:10 - 15:25

4852

CURA DEGLI OCCHI IN TERAPIA INTENSIVA: SCOPING REVIEW

Claudia Bamonte¹, Khadija El Aoufy², Samuele Baldassini Rodriguez¹, Yari Bardacci¹, Alessia Pacini², Stefano Bambi² - claudia.bamonte@gmail.com

¹ Terapia Intensiva Emergenza e Trauma, Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi Firenze

² Università degli Studi di Firenze, AOU Careggi

Background

Le persone ricoverate in Terapia Intensiva (TI) sono esposte a maggior rischio di sviluppare alterazioni oculari. Tale situazione è favorita dal trattamento focalizzato sulla gestione delle insufficienze d'organo, a discapito di un'attenzione posta in modo solo marginale alla salute degli occhi. Le patologie oculari possono complicarsi, determinando anche gravi deficit o perdita della vista, con forte impatto sulla qualità di vita. È stata condotta una scoping review per identificare la gestione degli interventi in termini di prevenzione, monitoraggio e trattamento degli occhi nei pazienti in TI.

Materiale e metodi

Per la realizzazione della revisione è stata adottata la metodologia del Joanna Briggs Institute e la checklist PRISMA-ScR. Il frame PCC è stato il seguente:

- Popolazione - adulti con basso livello di coscienza per sedazione o patologie, senza alterazioni oculari preesistenti;
- Concetto - strategie e interventi per la cura degli occhi;
- Contesto - TI.

I database consultati sono stati: Pubmed/Medline, Cinahl, Embase, Cochrane Library e Scopus. Sono stati utilizzati i termini compresi nel PCC e loro sinonimi, più i termini Medical Subject Headings, opportunamente combinati tra di, loro. Sono stati inclusi gli articoli in lingua Inglese, Italiano, Spagnolo e Francese, fino al 22 Novembre 2022. Sono stati esclusi gli studi senza full-text, quelli non pertinenti, quelli relativi a patologie oculari preesistenti e popolazione pediatrica. È stata eseguita la ricerca inversa attraverso i riferimenti bibliografici. L'estrazione dati è stata eseguita da 2 ricercatori, attraverso tabelle sinottiche.

Risultati

Sono stati inclusi 91 articoli pubblicati dal 1987 al 2022, la maggior parte proveniente da: Regno Unito (27), Iran (14), Brasile (9), Stati Uniti (8). Le alterazioni oculari più frequenti negli studi inclusi sono: occhio secco (27-88%) lagoftalmo (16-49%) lesioni corneali (3-59%), cheratopatia (19-57%), chemosi (14-80%), congiuntiviti (16-21%) e cheratiti microbiche. Sono correlate a molteplici fattori di rischio, quali: alterato stato di coscienza, sedazione, ventilazione meccanica, pronazione, patologie metaboliche e carenza di sensibilizzazione del personale sanitario nei confronti della cura degli occhi. È raccomandata la valutazione dello stato di salute oculare entro poche ore dall'ingresso del paziente in TI e l'osservazione frequente, con fonte di luce portatile. Sulla detersione, le raccomandazioni sono univoche nel suggerire l'uso di soluzione fisiologica e garze sterili. Per la lubrificazione e la detersione sono proposti molteplici presidi: colliri, unguenti, siero autologo, chiusura palpebrale con cerotti, coperture oculari con poliuretano, polietilene, occhialini stile nuotatore. I presidi sono spesso utilizzati in differenti combinazioni ed in base al grado di lagoftalmo (incompleta chiusura delle palpebre).

Discussione e conclusioni

Sono stati individuati molteplici studi relativi alle strategie di monitoraggio, prevenzione e trattamento delle complicanze oculari. La presente scoping review si pone come base consistente e robusta per la stesura di un protocollo evidence based per la cura degli occhi e per l'individuazione di opportuni indicatori di esito. Il passo successivo consiste nella valutazione della validità interna ed esterna dei lavori di letteratura primaria rintracciati al fine di realizzare una revisione sistematica (ad oggi in corso d'opera), con opportuna considerazione dell'eterogeneità statistica e degli eventuali bias di pubblicazione.

Bibliografia di riferimento

NSW Agency for Clinical Innovation. Eye care of the critically ill: Clinical Practice Guide. Sydney: ACI; 2021

Öncül H, Yektaş A. Eye problems, eye care and ocular awareness in stage 3 intensive care unit. J Turk Soc Intensive Care 2020; 18: 70-77).

Mercieca F, Suresh P, Morton A, Tullo A. Ocular surface disease in intensive care unit patients. Eye (Lond). 1999 Apr;13(Pt2):231-6.

Abdi A, Khatony A. Effectiveness Of Polyethylene Cover Versus Polyethylene Cover With Artificial Tear Drop To Prevent Dry Eye In Critically Ill Patients: A Randomized Controlled Clinical Trial. Clin Ophthalmol. 2019 Nov 12;13:2203-2210

Badparva M, Veshagh M, Khosravi F, Mardani A, Ebrahimi H. Effectiveness of lubratex and vitamin A on ocular surface disorders in ICU patients: A randomized clinical trial. J Intensive Care Soc. 2021 May;22(2):136-142.

Davoodabady Z, Rezaei K, Rezaei R. The Impact of Normal Saline on the Incidence of Exposure Keratopathy in Patients Hospitalized in Intensive Care Units. Iran J Nurs Midwifery Res. 2018 Jan-Feb;23(1):57-60.

Imanaka H, et al. Ocular surface disorders in the critically ill. Anesth Analg. 1997 Aug;85(2):343-6.

Werli-Alvarenga A, Ercole FF, Botoni FA, Oliveira JA, Chianca TC. Corneal injuries: incidence and risk factors in the Intensive Care Unit. Rev Lat Am Enfermagem. 2011 Sep-Oct;19(5):1088-95.

Silva Carneiro E Silva R, et al. Risk for corneal injury in intensive care unit patients: A cohort study. Intensive Crit Care Nurs. 2021 Jun;64.

Jammal H, et al. A. Exposure keratopathy in sedated and ventilated patients. J Crit Care. 2012 Dec;27(6):537-41.

Ekici Gok Z, et al. Evaluation of eye care and ocular findings in critically ill COVID-19 patients. Int J Clin Pract. 2021 Dec;75(12).

Gixti A, Sadri M, Edgar J, Datta AV. Common ocular surface disorders in patients in intensive care units. Ocul Surf. 2012 Jan;10(1):26-42.

Kirwan JF, Potamitis T, el-Kasaby H, Hope-Ross MW, Sutton GA. Microbial keratitis in intensive care. BMJ. 1997 Feb 8;314(7078):433-4.

Suresh P, Mercieca F, Morton A, Tullo AB. Eye care for the critically ill. Intensive Care Med. 2000 Feb;26(2):162-6.

Hearne BJ, Hearne EG, Montgomery H, Lightman SL. Eye care in the intensive care unit. J Intensive Care Soc. 2018 Nov;19(4):345-350.

Patterson TJ, Currie P, Williams M, Shevlin C. Ocular Injury Associated With Prone Positioning in Adult Critical Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. Am J Ophthalmol. 2021 Jul;227:66-73.

Mobarez F, et al. The effect of eye care protocol on the prevention of ocular surface disorders in patients admitted to intensive care unit. J Med Life. 2022 Aug;15(8):1000-1004.

Yao L, et al. Comparative efficacy of various preventive methods for exposure keratopathy among critically ill patients: A network meta-analysis of randomized controlled trials. Int J Nurs Stud. 2021 Jun;118:103926.

SISTEMA DI VENTILAZIONE

16:20 - 16:35

4801

STUDIO OSSERVAZIONE SULLA GESTIONE DELLA PRESSIONE DELLA CUFFIA NELLA PREVENZIONE DELLA POLMONITE DA VENTILAZIONE MECCANICA

Martina Donninelli, Oliva Matrona, G. De Pascale.
Policlinico Universitario A. Gemelli - marty.donninelli1997@gmail.com

Background

La polmonite da ventilazione meccanica (VAP) è la seconda causa di morte nelle infezioni nosocomiali; l'incidenza è del 19,4% in Europa. Condiziona aumentando i giorni di ventilazione meccanica, i giorni di degenza nelle terapie intensive (TI) e i costi sanitari; ad esempio, i costi ospedalieri sono stimati tra \$ 25000 a \$ 28000 USD per paziente negli USA ed a questi si aggiungono 1,45 miliardi di dollari in più all'anno per il costo complessivo dell'assistenza sanitaria. L'obiettivo di questo studio è quello di investigare se il controllo della pressione della cuffia ad intervalli regolari, mediante manometro manuale, sia adeguato a mantenere questo parametro nel range di sicurezza di 20-30 cmH₂O, in pazienti ricoverati presso un'Unità di TI.

Materiali e metodi

È stato condotto uno studio osservazionale, prospettico e monocentrico presso un'Unità di TI di 30 posti letto dedicata a pazienti SARS-CoV-2 di un ospedale universitario metropolitano. È stato preso in esame il periodo da Maggio a Luglio 2021 eseguendo un campionamento di convenienza includendo 31 pazienti portatori di tubo endotracheale e tracheostomia. Agli infermieri è stato chiesto di annotare ad ogni loro rilevazione il valore della pressione della cuffia al collegamento del manometro. I dati sono stati riportati secondo le misure di dispersione: mediana e range interquartile e sono stati rapportati sui tre turni (mattina pomeriggio e notte).

Risultati

La mediana dei valori della pressione della cuffia in cmH₂O nei pazienti portatori di tubo endotracheale e portatori di tracheostomia nei 3 turni, è nel range pressorio consigliato di 20-30 cmH₂O, sono presenti però una quantità rilevante di valori come 0 e 10 cmH₂O nelle rilevazioni. La percentuale di valori rilevati superiori a 28 cmH₂O nei pazienti intubati ha raggiunto il 60%, rispetto ai pazienti tracheostomizzati (circa il 15%), mentre la percentuale di valori inferiori a 22 cmH₂O ha raggiunto il 50% nei pazienti tracheostomizzati, rispetto ai pazienti portatori di tubo endotracheale che risulta del 20%.

Discussione

Il numero di rilevazioni effettuate nel turno di mattina risulta essere minore e presenta valori più critici rispetto ai turni di pomeriggio e notte, che risultano essere più omogenei nella quantità e qualità dei valori rilevati. I valori superiori al range si sono evidenziati

maggiormente nei pazienti portatori di tubo endotracheale e valori inferiori al range maggiormente nei pazienti portatori di tracheostomia.

Conclusione

Nonostante la mediana dei valori della pressione della cuffia è risultata nelle analisi nel range pressorio di sicurezza consigliato, rimangono sempre presenti molti valori che determinano un rischio per il paziente. Questo suggerisce come l'utilizzo di un macchinario che permetta il monitoraggio costante sia un ottimo metodo di prevenzione delle VAP.

Parole chiave

Ventilator Associated Pneumonia, Pressure Cuff, Sars-Cov-19, Prevention.

Bibliografia

Blot A, Poelaert J, Koller M. How to avoid microaspiration? A key element for the prevention of ventilator-associated pneumonia in intubated ICU patients. BMC Infectious Disease. 14, 119 (2014).

Ippolito M, et al. Ventilator-associated pneumonia in patients with Covid-19. A Systematic review and meta-analysis. Antibiotics, 10(5), 545 (2021).

Jean A, et al. Epidemiology, treatment, and prevention of nosocomial bacterial pneumonia, Journal of Clinical Medicine. 19;9(1)275 (2020).

Ladbrook BN E, et al. A systematic scoping review of the cost impact of ventilator-associated pneumonia (VAP) intervention bundles in intensive care. American Journal of Infection Control; volume 49, Issue 7, pages 928 – 936 (2020).

Batra P, Sonil D, S, Mathur P. Efficacy of probiotics in the prevention of VAP in critically ill ICU patients: an updated systematic review and meta-analysis of randomized control trials. Journal of intensive care 8, Article number: 81 (2020).

16:35 - 16:50

4910

INTEGRAZIONE DELLE COMPETENZE SPECIALISTICHE INFERMIERISTICHE DELLA RETE CLINICA LESIONI CUTANEE IN AREA CRITICA PER IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA: ESPERIENZA AZIENDA USL TOSCANA SUDEST

Sara Sandroni, Roberto Bindi.

Azienda USL Toscana sudest - sara.sandroni@uslsudest.toscana.it

Background

L'evoluzione del riconoscimento di competenze specialistiche a livello contrattuale e la strutturazione di modelli di riferimento con importante integrazione della componente professionale, ha portato nell'Azienda USL Toscana sudest ad un modello di riferimento che integrasse in tutti i setting ed anche in Area Critica infermieri specialisti in settori in stretta integrazione (Infermiere Specialista in Lesioni Cutanee).

Questo modello organizzativo, riconosciuto con Delibere Aziendali che hanno previsto bandi di selezione interna, ha rappresentato un evidente incremento della qualità assistenziale nell'ottica di strategie di prevenzione e trattamento, tra le altre, delle lesioni cutanee. Dall'analisi retrospettiva della UOC Rianimazione Arezzo sulla gestione delle lesioni, la numerosità e la localizzazione, è emersa la necessità dell'impostazione di un'integrazione con questo livello di competenza per la gestione di assistiti con lesioni cutanee ad eziologia varia ed a diverso grado di complessità.

Materiali e metodi

I dati relativi alle lesioni totali sono stati estrapolati dalle cartelle cliniche sul sistema informativo Margherita 3 nell'intervallo di tempo Gennaio 2019-Dicembre 2022. Sono state analizzate 3353 lesioni su un totale di 2445 cartelle cliniche. Sono state evidenziate le tipologie di lesioni presenti ed il trattamento locale impostato stratificandolo per complessità e criticità verificatesi.

È stato impostato un piano di condivisione della progettualità gestionale e professionale che comprendesse:

1. osservazione e analisi dati con identificazione e descrizione del problema e degli ambiti di miglioramento;
2. formazione condivisa con focus su nuovi strumenti validati di valutazione delle lesioni cutanee presenti (BWAT Scale);
3. analisi in tempistiche definite (T15-T30) del monitoraggio del problema con check on time;
4. strutturazione della presenza dell'infermiere specialista lesioni cutanee in UOC Rianimazione Arezzo sulla base degli assistiti presenti ed in base alle criticità presenti.

Risultati

L'applicazione di un nuovo modello organizzativo ha consentito:

1. una mappatura degli assistiti con definizione chiara dalla presa in carico della complessità;
2. presa in carico Tempo0 dall'infermiere specialista per gli assistiti con livello di complessità elevato in base a Scala BWAT;
3. incremento delle competenze professionali e degli skills relativi al wound care degli infermieri di rianimazione;
4. miglioramento qualità assistenza erogata con appropriatezza d'uso dei dispositivi di medicazione avanzata.

Conclusioni

L'evoluzione delle competenze specialistiche inserite in modelli organizzativi strutturati rappresenta un added value per la qualità dell'assistenza consentendo una crescita professionale condivisa anche in setting trasversali.

Bibliografia

D.M. n. 70 del 2 aprile 2015 "Definizione degli standard strutturali, qualitativi, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".

DM 77/2022 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale (GU Serie Generale n.144 del 22 giugno 2022).

Nursing Care Center Accreditation Standards, Joint Commission, R3 Report, Dec 2021.

NPUAP – EPUAP Linee Guida di prevenzione e trattamento delle lesioni da pressione – Ed.2021.

SNLG Regioni. Ulcere da pressione: prevenzione e trattamento. Consiglio Regionale Sanitario, Regione Toscana: 2005. Rev. 2019.

Linee di indirizzo regionali sull'utilizzo delle medicazioni avanzate nel trattamento delle ulcere cutanee - Allegato A del decreto dirigenziale Regione Toscana n. 19154 del 28/12/2017.

Percorsi Diagnostico - Terapeutici Ospedale – Territorio per la gestione delle ulcere cutanee – Associazione Italiana Ulcere Cutanee - AIUC – 2012.

Bates-Jensen, B., Sussman, C. Chapter 5: Tools to Measure Wound Healing. In Wound Care: A Collaborative Practice Manual For Health Professionals; Sussman, C., Bates-Jensen, B., Eds.; Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia, PA, USA, 2011; pp. 131–161. Deliberazione GRT n.568 del 31/05/2010. Indicazioni alle Aziende USL per l’attivazione di un percorso assistenziale per il trattamento delle ferite difficili.

Determina 311/2023, Approvazione progetto “Governo delle lesioni difficili: nuovo modello organizzativo per la razionalizzazione logistica ed il rafforzamento della rete assistenziale ospedale territorio dell’area provinciale aretina”.

IWGF International Working Group on diabetic Foot. Guidelines 2019.

ASSISTENZA PER LORO E PER NOI

17:20 - 17:35

4963

LA FIGURA DELL'INFERMIERE CLINICAL COACH PER FAVORIRE L'INSERIMENTO DEI NUOVI ASSUNTI IN TERAPIA INTENSIVA: UNA SURVEY

Arianna Gazzato, Sabrina Zarantonello, Francesca Mella, Mariagrazia Villa, Lilia Salguero, Valerio Vedovatti, Isotta Virzo, Patrizia Iallouardo, Luigi Villani, Lisa Invernizzi, Sara Di Leo, Carla Molteni.

IRCCS Ospedale San Raffaele di Milano - gazzato.arianna@hsr.it

Introduzione

Gli ospedali italiani stanno attraversando un periodo di crisi legata alla mancanza di personale infermieristico e alla difficoltà di attrarre e trattenere infermieri. L’elevato turnover che caratterizza alcune unità operative provoca la perdita di competenze avanzate ed esperienza, un aumento dello stress nei nuovi assunti e un importante aumento del carico di lavoro degli infermieri esperti per la formazione e l’affiancamento dei nuovi colleghi.

La crisi legata alla costante perdita di risorse infermieristiche esperte ha portato a riflettere sulla necessità di identificare nuovi modelli per l’accoglienza e l’inserimento del neo inserito. In letteratura sono descritti programmi di tutorship e di mentoring che favoriscono la stabilizzazione e la fidelizzazione del neo inserito, migliorano il clima di apprendimento, potenziano lo sviluppo del team, favoriscono la riduzione di ansia e stress nel neo inserito e ne aumentano la soddisfazione lavorativa. Sulla base di quanto riportato in tali programmi, è stato introdotto ad aprile 2022 in Terapia Intensiva (TI) cardio-toraco-vascolare dell’ospedale San Raffaele di Milano un nuovo modello organizzativo come piano di supporto e di sviluppo professionale durante la fase di inserimento, il quale prevede il potenziamento di tre aspetti principali. Il primo consiste nella promozione dell’assistenza infermieristica basata sull’evidenza scientifica grazie alla creazione e all’aggiornamento di istruzioni operative e alla partecipazione di corsi di formazione specifici. Il secondo prevede la programmazione mensile di discussioni di gruppo di casi clinici e procedure. Il terzo consiste nell’inserimento di un infermiere esperto, definito “clinical coach”, con competenze, conoscenze e attitudine all’insegnamento che segue e supporta gli infermieri neo inseriti durante la loro attività quotidiana fino al primo anno dall’assunzione. Abbiamo condotto una survey tra gli infermieri neo inseriti che hanno sperimentato l’inserimento della figura del clinical coach con l’obiettivo di valutarne l’utilità e l’efficacia soggettiva per poter individuare eventuali aree di miglioramento.

Materiali e metodi

Abbiamo condotto una survey online, anonima e su base volontaria. Un questionario composto da 16 domande è stato preparato e reso accessibile online utilizzando Google Forms® e condiviso inviando il link tramite e-mail a 20 infermieri neo inseriti. Ai partecipanti è stato chiesto di fornire informazioni personali generali e relative al background professionale (età, sesso, anni di esperienza lavorativa dalla laurea, mesi di esperienza lavorativa in TI, eventuale esperienza lavorativa precedente e in reparti di area critica, conseguimento o iscrizione ad un master di area critica). Successivamente sono state poste otto domande attraverso una scala Likert a cinque punti (pienamente d’accordo, d’accordo, neutrale, non d’accordo, per niente d’accordo) relative all’inserimento della figura del clinical coach:

1. Ritieni che la figura del Clinical coach sia utile/sia stata utile per favorire il tuo inserimento in terapia intensiva?
 2. Ritieni che il clinical coach sia utile per migliorare le tue conoscenze teoriche basate sull’evidenza?
 3. Ritieni che il clinical coach sia utile per migliorare le tue competenze cliniche?
 4. Ritieni che il clinical coach sia utile per migliorare le tue capacità di ragionamento critico e processi decisionali?
 5. Ritieni che il clinical coach sia utile per avere più fiducia in te stesso?
 6. Ritieni che il clinical coach sia utile per ridurre il tuo livello di ansia e di stress?
 7. Ritieni che il clinical coach favorisca/abbia favorito il tuo inserimento nel team?
 8. La presenza del clinical coach durante i tuoi primi mesi lavorativi ha influenzato positivamente la tua volontà di restare in TI?
- Un’ultima domanda ha chiesto di esprimere per quanto tempo dovrebbe durare l’affiancamento con il clinical coach.

Risultati

Il questionario è stato compilato da tutti i 20 infermieri neo inseriti a cui è stato inviato. La mediana dell’età dei partecipanti è 25 anni (IQR 24-29) e il 65% è di sesso femminile. La mediana degli anni di esperienza lavorativa dalla laurea è 1,0 (IQR 0,0-2,0) e dei mesi di esperienza lavorativa di 6,0 (IQR 4,0-11). Il 50% ha avuto altre esperienze lavorative come infermiere prima dell’assunzione in TI e di questi il 40% ha lavorato in un’altra unità operativa di area critica. Il 15% ha conseguito o è attualmente iscritto ad un master di area critica o di TI.

L’85% dei neo inseriti ritiene che la figura del clinical coach sia utile o sia stata utile per favorire il suo inserimento in TI e che sia utile per migliorare le conoscenze teoriche basate sull’evidenza, il 95% ritiene che sia utile per migliorare le competenze cliniche. Il 90% afferma che il clinical coach è utile per migliorare le capacità di ragionamento critico e i processi decisionali. Secondo il 50% il clinical coach è utile per avere più fiducia in te stesso, per il restante 50% è indifferente. Per il 55% il clinical coach è utile per ridurre il livello di ansia e di stress. Il 45% ritiene che il clinical coach favorisca o abbia favorito il suo inserimento nel team. Per il 30% la presenza del clinical coach durante i primi mesi lavorativi ha influenzato positivamente la volontà di restare in TI mentre per il 45% è stato indifferente.

Conclusioni

Gli infermieri neo inseriti in TI hanno valutato positivamente il programma di tutorship e mentoring tramite la figura del clinical coach. Nello specifico, la figura del clinical coach è stata giudicata molto utile per l’inserimento nell’ambiente di lavoro, per migliorare le conoscenze teoriche basate sull’evidenza e per lo sviluppo di competenze cliniche e ragionamento critico. Rimane da esplorare ulteriormente il ruolo del clinical coach nell’aumentare la sicurezza e ridurre il livello di ansia e di stress del neo inserito, favorire il suo inserimento nel gruppo, e nel legarlo al luogo di lavoro.

Bibliografia

Jangland E, Gunningberg L, Nyholm L. A mentoring programme to meet newly graduated nurses’ needs and give senior nurses a new career opportunity: A multiple-case study. Nurse Educ Pract 2021;57:103233.

Hoover J, Koon AD, Rosser EN, Rao KD. Mentoring the working nurse: a scoping review. Hum Resour Health. 2020 Jul 29;18(1):52.

Zhang Y, Qian Y, Wu J, Wen F, Zhang Y. The effectiveness and implementation of mentoring program for newly graduated nurses: A systematic review. Nurse Educ Today. 2016 Feb;37:136-44.

Faithfull-Byrne A, et al. Clinical coaches in nursing and midwifery practice: Facilitating point of care workplace learning and development. Collegian 24 (2017) 403–410.

17:35 - 17:50

4935

CURE MANCATE E ATTIVITÀ NON-INFERMIERISTICHE ALL'INTERNO DI UN REPARTO DI TERAPIA SEMI-INTENSIVA PEDIATRICA: UNO STUDIO OSSERVAZIONALE PROSPETTICO MONOCENTRICO

Nicoletta Dasso, R. Da Rin Della Mora, M. Faggiolo, S. Calza, G. Ottonello, S. Rossi, S. Serveli, F. Esibiti, S. Scelsi.

IRCCS Istituto Giannina Gaslini, Genova - nicoletta.dasso@gmail.com

Introduzione

La letteratura scientifica dello scorso decennio riporta che un numero inadeguato di infermieri impatta negativamente sugli esiti dei pazienti¹, che la mancanza di risorse personali, materiali, temporali porta ad una prioritizzazione delle attività che obbliga gli infermieri a tralasciare attività necessarie al paziente nell’ottica di erogare almeno le cure strettamente necessarie, che uno skillmix “povero” snatura l’essenza infermieristica a scapito dei pazienti. Siccome risulta ancora complesso misurare gli interventi assistenziali erogati e il loro peso, si cerca di misurare ciò che non viene eseguito e quali attività non vengono erogate, per svariate ragioni. Questo fenomeno, conosciuto come missed nursing care (MNC) è stato definito per la prima volta nel 2009, indicando le attività infermieristiche non erogate, non terminate². Dai dati relativi alle ragioni che sottostanno l’omissione di attività infermieristiche, spicca l’esecuzione di attività non-infermieristiche³, intese come tutte quelle attività svolte dagli infermieri che non rientrano nel loro ambito di pratica, che non sono correlate all’assistenza diretta del paziente e che non richiedono competenze infermieristiche. Tra le attività non-infermieristiche (non nursing tasks, NNT) rientrano mansioni alberghiere, amministrative o attività pertinenti ad altre professioni.

L’obiettivo primario di questo studio è, pertanto, descrivere la prevalenza delle cure mancate e delle attività non-infermieristiche, nonché delle ragioni che vi sottostanno, all’interno di una Unità Operativa di Terapia Semintensiva, di carattere medico-chirurgico, di un ospedale pediatrico.

Materiale e metodi

Questo studio ha adottato un disegno osservazionale prospettico monocentrico con raccolta dati multi-livello (infermieristico, organizzativo, dati clinici dei pazienti). Lo studio è stato condotto all’interno dell’Unità Operativa di Terapia Semintensiva dell’IRCCS G. Gaslini che consta di 12 posti letto.

La raccolta dati è stata effettuata nel periodo 25 maggio-25 giugno. Per quanto riguarda la raccolta dati a livello “infermiere” sono stati raccolti dati demografici e professionali attraverso una scheda appositamente creata. Tutto il personale infermieristico turnista è stato invitato a partecipare allo studio e a partecipare ad un corso formativo (2 ore); è stato quindi somministrato un consenso informato.

Le variabili oggetto di studio sono state misurate attraverso due questionari validati, somministrati in formato cartaceo, e compilati dagli infermieri aderenti allo studio, al termine di ogni turno lavorato per ogni paziente seguito. Le cure mancate sono state misurate tramite lo strumento MISSCARE-Survey Ped4; il questionario consta di due sezioni (29 item per la sezione A – Cure infermieri-

stiche mancate, e 17 item per la sezione B – Ragioni delle cure infermieristiche mancate). Per ogni attività (sezione A) viene chiesto di indicare la frequenza con cui quest'ultima è stata mancata. Le risposte possibili variano da “mai” a “sempre”, con la possibilità di rispondere “non applicabile” (in riferimento a tutte quelle condizioni in cui le attività non sono richieste). Per ogni ragione (sezione B) viene chiesto di indicare quanto la stessa abbia inciso sulle cure infermieristiche mancate, durante l'ultimo turno di lavoro. Le risposte possibili variano da “molto” a “per niente”. Lo strumento per rilevare la prevalenza delle attività non-infermieristiche attuate e le ragioni che vi sottostanno è il questionario APRI, creato e validato in Italia⁵. Il questionario si compone di due sezioni:

1. la prima consta di 12 item, è incentrata sulle attività non infermieristiche e chiede ai rispondenti di indicare se avessero effettuato le attività elencate (amministrative, ausiliarie, attività di competenza di altre professioni e attività mediche). Per ogni categoria di attività non infermieristiche svolta dagli infermieri è, inoltre, chiesto di indicare:

(a) quante volte ciascuna di queste era stata eseguita durante l'ultimo turno (da “mai” a “sempre”),

(b) in che momento della giornata queste si fossero verificate più spesso,

(c) il tempo dedicato a ciascuna di queste attività non infermieristiche durante il turno (in percentuale, fino al 100%).

2. la seconda sezione consta di 20 item, e si focalizza sulle ragioni che sottostanno l'esecuzione di attività non-infermieristiche, raggruppate in 4 dimensioni (compensazione alla mancanza di risorse, pressing da parte della cultura organizzativa, gestione di eventi clinici inattesi, protezione dei pazienti).

Per quanto riguarda i dati clinici dei pazienti, sono state raccolte informazioni presenti in cartella clinica su una scheda appositamente creata. Per tutta la fase di raccolta dati il coordinatore ha compilato un report quotidiano strutturato (suddiviso nelle due fasce orarie coperte dagli infermieri turnisti), per tutti i giorni designati alla fase di raccolta dati, in cui indicare il numero di posti letto occupati, il numero di trasferimenti/dimissioni/ricoveri, la presenza di eventuali stanze inagibili, il numero di infermieri turnisti presenti per ogni turno, il numero di operatori socio-sanitari e la presenza di altro personale infermieristico.

Le analisi saranno effettuate utilizzando il software STATA per Windows®, versione 13.1 (Corporation, College Station, TX). Lo studio ha ottenuto parere favorevole dal Comitato Interno di Revisione Etica.

Risultati

La raccolta dati è ancora in corso al momento della presentazione dell'abstract. Delle 19 infermiere turniste presenti in reparto, 18 hanno prestato il consenso a partecipare allo studio. Il campione è rappresentato per il 100% da donne, con età media di 29 anni (min 29; max 40). La formazione di base è rappresentata per la maggioranza da Laurea in Infermieristica Pediatrica (n=15), tra queste, 3 posseggono il doppio titolo. L'anzianità di servizio è in media di 3,8 anni (min 2; max 8), di 3,1 anni in ambito pediatrico (7 mesi; max 8 anni). L'indagine dovrebbe consentire di ottenere una fotografia dettagliata della situazione al momento vigente rispetto alle attività non effettuate e a quelle impropriamente effettuate nell'Unità Operativa coinvolta.

Discussione

Questo studio permette di avere una panoramica generale sull'attività infermieristica svolta nelle 24 ore e le motivazioni che sottostanno il ritardo, l'omissione e l'inappropriatezza delle attività svolte. Come tutti gli studi anche questo non è privo di limiti: il disegno di studio osservazionale descrittivo non permette necessariamente di dedurre relazioni causali tra le variabili studiate. Inoltre, la natura self-report dei dati raccolti può essere soggetta a bias di informazione.

Questo primo studio ha coinvolto un'unica unità operativa, pertanto i dati non saranno generalizzabili senza un'ulteriore estensione dello studio in altri contesti. Tuttavia, futuri studi potrebbero approfondire il profilo di infermieri in ogni setting al fine di sviluppare evidenze generalizzabili.

Conclusione

Una panoramica sui flussi di lavoro, le attività svolte impropriamente e le attività infermieristiche non erogate può essere d'aiuto all'equipe per compiere un'analisi critica del proprio operato, migliorare i processi di lavoro e ipotizzare interventi migliorativi.

Parole chiave

Missed nursing care, non-nursing task, nurse staffing, pediatric nursing.

Bibliografia

1. Recio-Saucedo A, et al. What impact does nursing care left undone have on patient outcomes? Review of the literature. J Clin Nurs [Internet]. 16 ottobre 2017;27(11-12):2248-59.
2. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. J Adv Nurs [Internet]. Luglio 2009;65(7):1509-17.
3. Aiken LH, et al. Nurses' Reports On Hospital Care In Five Countries. Health Aff [Internet]. Maggio 2001;20(3):43-53.
4. Bagnasco A, Zanini M, Aleo G, Catania G, Kalisch BJ, Sasso L. Development and validation of the MISSCARE survey – Pediatric version. J Adv Nurs [Internet]. 24 settembre 2018;74(12):2922-34.
5. Grosso S, Longhini J, Tonet S, Bernard I, Corso J, Marchi D, Dorigo L, Funes G, Lussu M, Oppio N, Grassetti L, Pais Dei Mori L, Palese A. Prevalence and reasons for non-nursing tasks as perceived by nurses: Findings from a large cross-sectional study. J Nurs Manag [Internet]. 31 agosto 2021].

17:50 - 18:05

4913

INTENZIONE DI ABBANDONO DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA: STUDIO QUALITATIVO SECONDO IL METODO DELLA GROUNDED THEORY

Roberta Decaro, Lea Godino, Domenica Gazineo, Stefano Benini, Monica Guberti.

IRRCs Az.Osp.Univ.di Bologna - r.decaro2@gmail.com

Introduzione

Il fenomeno del turnover del personale è stato dimostrato essere un grave problema sanitario, poiché è una delle maggiori cause di carenza di infermieri a livello globale con conseguenze in termini di costi diretti ed indiretti sia nell'assistenza ai pazienti sia per l'organizzazione, soprattutto in seguito alla pandemia da Covid-19. Il predittore più fortemente associato è l'intenzione di abbandono della professione o dell'organizzazione. In Italia, il 36% degli infermieri con età media di circa 40 anni, dichiara che, se avesse l'opportunità, abbandonerebbe la propria professione entro un anno.

Obiettivo

Il fine del presente progetto di ricerca è quello di valutare il processo decisionale ed i fattori socio-psicologici che sottendono il fenomeno dell'intenzione di abbandono della professione infermieristica e l'eventuale relazione con la pandemia da Covid-19.

Materiali e metodi

Il disegno di ricerca previsto ha un approccio qualitativo con analisi secondo il metodo della Grounded Theory attraverso interviste semi-strutturate, focus group, interviste in forma narrativa. Il campione identificato prevede il reclutamento per convenienza di infermieri abilitati all'esercizio della professione che hanno fornito il proprio consenso informato alla partecipazione.

Risultati

L'analisi preliminare ha individuato i seguenti temi maggiori: cause di abbandono, processo di abbandono, risoluzione del problema. L'instaurarsi del processo di abbandono, generato dal crollo delle aspettative tra formazione e realtà lavorativa, deriva da una serie di concause, di cui la più rappresentata è la gestione dell'organizzazione sanitaria con logiche svalutanti ed oppressive per la categoria infermieristica. Altre cause sono il mancato riconoscimento da parte della popolazione e dai medici, la delusione del rapporto con i colleghi, la compromissione della salute psicofisica ed il conflitto lavoro-vita privata. L'unica cosa che tiene ancora legati alla professione è il servizio al cittadino, motivo di scelta del percorso di studi. Inoltre, la pandemia da Covid-19 ha esacerbato il fenomeno, accelerandolo.

Discussione

Identificare il processo decisionale e le cause permetterà di identificare soluzioni e necessità che ha l'infermiere oggi. Valorizzazione, empowerment e soddisfacimento dei bisogni sono le chiavi per ritenere maggiormente la categoria infermieristica all'interno della professione.

Sala Regency 2

STRUMENTI PER L'INTERPRETAZIONE IN PRONTO SOCCORSO

14:40 - 14:55

4760

EMOGASANALISI IN TRIAGE; L'INTERPRETAZIONE DELLE ALTERAZIONI EMOGASANALITICHE ATTRAVERSO L'AUSILIO DI UNO SCORE

Mirko Pistacchi, Giulia Manzi

Ausl Imola - pistacchimirko@gmail.com

In Triage, il paziente è inizialmente valutato attraverso un “Quick look”, volto a identificare la compromissione delle funzioni vitali ed un eventuale accesso diretto in Shock Room, altrimenti segue la valutazione di triage, che consiste nella valutazione soggettiva ed oggettiva in grado di stabilire il codice di accesso. In questa fase, data la complessità dei pazienti che si presentano in Triage, l'infermiere può avvalersi del supporto di strumenti che, tramite la rilevazione di dati, possano supportarlo nella valutazione.

L' emogasanalisi (EGA) è un prelievo di sangue arterioso in grado di fornire in modo rapido dati fondamentali riguardo l'ossigenazione, ventilazione e l'equilibrio acido-base del paziente. La EGA Emergency Risk è una proposta di score infermieristico, sviluppato sulla base delle linee guida dell'Italian Resuscitation Council. Si è ricercato in letteratura i parametri fisiologici e patologici delle principali alterazioni EGA; dopodiché sono state prese in esame le principali alterazioni EGA, rilevate ed interpretate attraverso l'ausilio dello score.

Lo score è in grado di rilevare le alterazioni EGA principali, in quanto la rilevazione di criteri obiettivi e facilmente misurabili, basati sulla rilevazione, garantisce univocità ed equità di giudizio. La EGA Emergency Risk potrebbe essere uno strumento utile nella pratica infermieristica, utile nell'identificare i pazienti a rischio e supportare l'attribuzione di un codice di priorità adeguato.

14:55 - 15:10

4767

STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI VIOLENZA IN PRONTO SOCCORSO: UNA REVISIONE NARRATIVA DELLA LETTERATURA

Viola Tini, Beatrice Persiani, Cecilia Cesari, Lorenzo Righi, Stefano Trapassi.

USL Umbria 1 - viola.id92@gmail.com

Introduzione

I reparti di emergenza, nello specifico il pronto soccorso (PS), sono luoghi ad alto rischio di violenza e ad oggi sono pochi e poco efficaci gli interventi di prevenzione volti a ridurre le conseguenze di atti violenti da parte dei pazienti e dei familiari nei confronti del personale sanitario.

Obiettivo

L'obiettivo del presente studio è stato quello di indagare sull'esistenza delle checklist di valutazione del rischio di violenza verso gli infermieri all'interno del reparto di PS.

Materiali e metodi

È stata condotta una revisione della letteratura attraverso la consultazione dei database Pubmed, Web of science e Scopus. La ricerca è stata effettuata nel periodo settembre-ottobre 2022. Sono stati ricercati studi che analizzavano strumenti di valutazione del rischio di violenza in PS pubblicati negli ultimi 5 anni, in lingua inglese ed italiana.

Risultati

Otto studi sono stati inclusi in questa revisione. Gli strumenti di prevenzione trovati erano strutturati per cercare di individuare le persone a rischio di violenza, oppure per valutare la presenza di fattori di rischio nell'ambiente di cura e nell'organizzazione dell'erogazione delle prestazioni.

Conclusioni

Questo lavoro mostra che, nei contesti in cui sono stati sperimentati, l'utilizzo di questi strumenti di valutazione abbia ridotto considerevolmente il numero degli episodi di violenza, fornendo sia una maggiore consapevolezza e sicurezza agli operatori sanitari durante il lavoro, sia un miglior out come per il paziente potenzialmente violento.

Parole chiave

Pronto soccorso, violenza sul lavoro, prevenzione e controllo, valutazione del rischio.

15:10 - 15:25

4830

L'IMPLEMENTAZIONE DELL'INFERMIERE DI PROCESSO IN PRONTO SOCCORSO: L'ESPERIENZA DELL'OSPEDALE GRADENIGO DI TORINO TRA FORMAZIONE E IMPATTO CLINICO

Jacopo Maria Olagnero, Andrea Silvestro, Cecilia Deiana.

Humanitas Gradenigo - jacopo.olagnero@gmail.com

Le Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero, pubblicate dal Ministero della Salute nel 2019, prevedono la possibilità di attivare, al termine del triage stesso di Pronto Soccorso (PS), dei percorsi di trattamento secondo specifici protocolli aziendali e previo un adeguato percorso formativo. Gli obiettivi cui mira l'introduzione dei percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali (PDTA), sono anzitutto la riduzione dei tempi di attesa e di permanenza globale in PS per gli assistiti con urgenze minori, nonché anticipare la loro presa in carico. Molteplici esperienze a livello nazionale mostrano diverse implementazioni di questa innovativa figura e la sua integrazione rispetto ai percorsi dedicati per i "Fast Track" e il "See and Treat" e le particolari condizioni di fragilità e di vulnerabilità. Al fine di cogliere la fase finale dell'emergenza pandemica da Covid-19 come un momento utile per introdurre innovazioni di carattere organizzativo e clinico, all'interno del PS dell'Ospedale Gradenigo di Torino è stato introdotto, a partire dal mese di novembre 2022, la figura dell'infermiere di processo.

Il Presidio Sanitario Ospedale Gradenigo di Torino è inserito all'interno della rete di Emergenza e Urgenza regionale come Ospedale di Base con PS nel quadrante denominato "Area Torino Nord" e rappresenta l'unico esempio di realtà ospedaliera a gestione privata della provincia torinese; il PS conta una media annua di circa 38000 accessi e dispone di una area di Terapia Subintensiva/Intensiva a gestione multidisciplinare.

Al fine di implementare la figura dell'infermiere di processo, è stato strutturato un percorso formativo di ampio respiro che è tuttora in corso. Il primo corso di formazione per gli infermieri di PS, accreditato ECM, ha riguardato la gestione dei traumi non complicati, i quali sono stati definiti come gli eventi a natura ortopedica-traumatologica che non compromettano, o mettano a rischio di imminente compromissione, le funzioni vitali. È stato organizzato un primo corso a carattere blended, denominato "Uncomplicated Trauma Clinical Course" (UTCC), strutturato di una formazione a distanza incentrata su Linee Guida quali Ottawa ankle rule, Ottawa knee rule, Canadian c-spine rule, Canadian CT Head rule, Amsterdam wrist rules (pediatric) e concluso con un focus sulla gestione del paziente politraumatizzato. La successiva sessione residenziale si è concentrata sugli aspetti relativi all'appropriatezza clinica nella richiesta di radiografie e TAC, e sulle modalità di bendaggio per i traumi privi di fratture.

L'ultima parte del corso UTCC ha visto una formazione sul campo, durante la quale ciascun partecipante ha seguito, con la supervisione di un tutor, almeno 50 percorsi di "trauma non complicato" in cui utilizzava i criteri condivisi e, laddove appropriato, inviava il paziente al Servizio di Radiologia.

Questo primo percorso formativo relativo alla gestione dei traumi, terminato in coincidenza con l'introduzione ufficiale dell'infermiere di processo, ha avuto come scopo quello di ridurre la permanenza in PS degli utenti con traumi non complicati; attualmente, al termine del triage di un utente che si presenta per una problematica ortopedica-traumatologica, l'infermiere di processo valuta il/i segmento/i corporei dell'assistito secondo il protocollo aziendale e, se necessario, lo invia autonomamente presso il Servizio di Radiologia, formulando un opportuno quesito clinico.

Al rientro dalla Radiologia, si delinea una riduzione del tempo di permanenza di PS, giacché l'infermiere di processo che ha in carico il paziente visiona i referti e concorda con il medico la corretta conclusione del percorso diagnostico-terapeutico avviando, nel minor tempo possibile, l'assistito alla dimissione medica o verso l'ambulatorio di Ortopedia-Sala Gessi.

L'introduzione della figura dell'infermiere di processo nel PS dell'Ospedale Gradenigo ha permesso di rilevare alcuni outcome, dedotti dai flussi dei dati EMUR. Confrontando gli accessi di natura traumatica del primo trimestre del 2022 e del medesimo periodo del 2023, si è potuto constatare come il numero di eventi sia pressoché sovrapponibile (anno 2022: 2165 record validi; anno 2023: 2448 record validi), tuttavia alcuni dati sono variati proprio a seguito dell'introduzione della nuova figura infermieristica.

Il numero di rivalutazioni dopo il triage è significativamente diminuito, passando dalla necessità di rivalutare circa un paziente su quattro alla necessità di rivalutarne uno su cinque, il che si riconduce ad un minor tempo di attesa da parte del paziente. In termini statistici, la media è stata ridotta da 0,28 a 0,23 rivalutazioni per paziente e la differenza tra le due medie si è dimostrata statisticamente significativa ($t=2,89$; $p=0,0039$).

È rilevante la riduzione del tempo di attesa tra il termine del triage e l'inizio del percorso diagnostico-assistenziale che è passato da una media di quasi 59 minuti (58'41") del primo trimestre 2022 a poco più di 38 minuti (38'14", del medesimo periodo dell'anno successivo, comportando una differenza statisticamente significativa tra i due campioni analizzati ($t=6,75$; $p=0,0018$).

Con un precoce avvio del percorso diagnostico-assistenziale si è effettivamente ridotto anche il tempo totale di permanenza in PS degli utenti che accedono per patologia traumatica, calcolato come il timing intercorso tra il termine del triage e la dimissione medica. Al fine di verificare se l'introduzione dell'infermiere di processo abbia comportato una modificazione anche in tal senso, è stato osservato che la permanenza media, nei due periodi oggetto di studio, era pari a circa 2 ore e 46 minuti nel 2022 mentre nel 2023 si era ridotta mediamente di esattamente 30 minuti (2 ore e 17 minuti); anche questa differenza di tempo è effettivamente significativa in termini statistici ($t=2,42$; $p=0,0155$).

Attraverso questo percorso formativo e organizzativo, si sta caratterizzando come attività propria dell'infermiere di processo l'efficace gestione dei traumi non complicati, in grado di rispondere ad un'ampia utenza in termini quantitativi a medio-bassa complessità assistenziale; gli accessi di natura traumatologica-ortopedica rappresenta, infatti, circa un quarto dell'utenza totale del PS e la sua gestione efficiente comporta un significativo impatto positivo sull'organizzazione globale dell'unità operativa. Successivamente, al termine di questo primo percorso formativo-organizzativo, è stata introdotta in via sperimentale, la possibilità di attivare al termine del triage dei percorsi diagnostico-assistenziali per alcune classi di patologie, al fine di rendere disponibili gli esami ematici e strumentali anticipatamente rispetto alla visita medica.

Il percorso avviato con l'introduzione dell'infermiere di processo ha richiesto la strutturazione di un Profilo di Posto che delineasse il campo proprio di competenze di questa peculiare figura e che completasse il già esistente "Profilo di Posto dell'Infermiere di PS". Nell'ottica del miglioramento costante della gestione dei flussi in PS, in termini sia di efficienza sia di efficacia, nonché visti i risultati tangibili già espressi, la prosecuzione del progetto relativo all'infermiere di processo prevederà la proposta di ulteriori percorsi formativi specifici che lo valorizzino come fondamentale tres d'union tra le differenti e complesse attività di PS.

15:25 - 15:40

4876

MANAGEMENT DELLE USTIONI IN PRONTO SOCCORSO: UNA SCOPING REVIEW

Jason De Matteis, Marida Andreucci, Aurora Calvaresi.

Università Politecnica delle Marche - jason.dematteis97@gmail.com

Introduzione

Nell'ambito dell'emergenza/urgenza, l'assistito ustionato è da considerarsi come un assistito traumatizzato e, se ci troviamo sul territorio, è fondamentale applicare ed attenersi alle Linee Guida ILCOR 2021. L'ustionato è particolarmente critico ed instabile nelle prime 48-72 ore, quindi la qualità della prognosi sia a lungo che a breve termine, dipende dal trattamento attuato in queste prime ore. L'infermiere di triage è il primo professionista che il paziente incontra alla "porta dell'ospedale"; è connotato da grande autonomia (codici, percorsi, strumenti, ecc.) e responsabilità (decisioni), e ciò richiede spesso il possesso di competenze specifiche. L'infermiere valuta velocemente l'aspetto generale del paziente per rilevare problemi che richiedano interventi immediati. Il processo di triage di Pronto Soccorso (PS) ha fra i suoi obiettivi primari quello di stabilire per ogni paziente la priorità di accesso all'area di trattamento per la visita medica e/o di un percorso diagnostico terapeutico e assistenziale secondo i protocolli previsti dalla propria organizzazione. Il codice di priorità esprime l'esito della decisione infermieristica di triage basata sugli elementi raccolti durante le fasi di valutazione e sul ragionamento clinico basato sul rischio evolutivo. Lo scopo del lavoro è quello di revisionare i protocolli e le procedure in essere presso le UU.OO di PS afferenti all'AST 5 di Ascoli Piceno per rendere l'approccio al paziente ustionato più efficace ed efficiente da parte di tutti gli operatori sanitari.

Materiali e metodi

È stata effettuata una revisione della letteratura sulle principali banche dati: PubMed, Scopus, Cochrane Library. Sono stati inclusi studi provenienti da ogni Paese senza restrizioni geografiche, studi non antecedenti al 2014 e studi che riguardano la popolazione adulta ≥ 16 anni). È stata esclusa la popolazione pediatrica. Sono state utilizzate le parole chiave Burn/Burns; Burn wound/Burn dressing; Burn Nursing/Burns Prevention; Burn infection/Burns injuries; Burn patient/Burns isolation; Advanced wounds/Advanced

ced dressing; Burns management/dressing management; Aloe vera; Silver Sulfadiazina; Alginates; Hydrocolloids. Attraverso gli operatori boleani AND e OR i termini sono stati utilizzati sia per la ricerca libera che per termini MeSH, sia singolarmente che in combinazione.

Risultati

Dei 15 articoli selezionati, cinque comparano l'uso di medicinali come idrogel, idrocolloidi, schiume di poliuretano, sulfadiazina argentica, aloe e olivello spinoso con l'utilizzo di medicazioni e bendaggi, per riscontrare quale tra questi ha un'efficacia maggiore in tempi di guarigione, riduzione del dolore e dei costi. Uno si limita ad evidenziare i trattamenti per la gestione del dolore acuto, cronico e neuropatico. Uno approfondisce i tempi affrontati nelle Linee Guida ERC 2021 inerente il primo soccorso sulle ustioni; uno delinea dei criteri standard di gestione di una persona ustionata all'interno di un Presidio Ospedaliero sprovvisto di Centri Ustioni. Uno ha il suo focus sulla prevenzione delle infezioni da organismi multiresistenti (MDRO) attraverso l'attuazione di procedure specifiche. Uno asserisce che l'utilizzo di Solfato di Rame per il trattamento delle ustioni da fosforo non è raccomandato in quanto responsabile di eventi avversi all'utilizzo dello stesso. Uno tratta il management degli antisettici da utilizzare nelle lesioni da ustione e, in fine, l'ultima evidenza mette in luce l'aspetto psicologico delle persone affetta da un'ustione severa.

Discussione

In base alla letteratura pubblicata si evidenziano benefici nell'utilizzo di medicazione avanzate attraverso l'applicazione combinata di medicinali come idrogel, idrocolloidi, medicazioni a base di antibiotici ed anestetici con l'utilizzo di confezionamenti di bendaggi atti a garantire il miglior comfort ed il minor tempo di guarigione della lesione da ustione. È stato evidenziato un management del dolore attraverso la somministrazione di oppioidi o Gabapentin o Pregabalin, a seconda che sia acuto o cronico. È stato riscontrato che una corretta gestione della persona ustionata in tutte le sue fasi di trattamento e di assistenza, dal riconoscimento precoce alla stabilizzazione attraverso dei criteri standardizzati, la espone a minor esordio di complicanze e di infezione da organismi multiresistenti. Si evidenziano controindicazioni nell'utilizzo di Solfato di Rame nelle ustioni da fosforo per i maggiori effetti collaterali rispetto ai benefici dello stesso.

Conclusioni

I risultati mostrano come negli ultimi anni la ricerca farmaceutica e tecnologica hanno permesso di implementare l'utilizzo di medicinali, devices e procedure utili per la gestione di un paziente ustionato a seconda del grado dell'ustione. Il riconoscimento ed il trattamento precoce dell'ustionato in PS, a partire dall'infermiere di triage sino al team multidisciplinare, fa sì che i tempi di gestione si riducano al minimo valorizzando ed aumentando l'outcome dell'assistito. Tutto ciò avviene attraverso l'utilizzo di nuovi criteri di valutazione, trattamento e gestione attuabili durante le varie fasi di assistenza, Primary Survey ed il Secondary Surevy, all'interno dei quali sono descritte le procedure da esplicitare dal momento dell'arrivo in PS, fino alla stabilizzazione e alla gestione del dolore. Degli studi revisionati, nessuno è svolto in Italia ma in Paesi che hanno una incidenza di ustioni maggiore rispetto al territorio nazionale.

Bibliografia

Abdullahzadeh, M., Shafiee, S. (2021). To compare the effect of sea buckthorn and silver sulfadiazine dressing on period of wound healing in patients with second-degree burns: A randomized triple-blind clinical trial. Wound repair and regeneration:official publication of the Wound Healing Society [and] the European Tissue Repair Society, 29(5), 732–740.

Barqouni L, Abu Shaaban N, Ellessi K. Interventions for treating phosphorus burns. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 6.

Chaganti, P., Gordon, I., Chao, J. H., Zehtabchi, S. (2019). A systematic review of foam dressings for partial thickness burns. The American journal of emergency medicine, 37(6), 1184–1190.

Norman G., et al. (2017). Antiseptics for burns. The Cochrane database of systematic reviews, 7(7), CD011821.

Sirancova K, et al. Psychological Aspects in Early Adjustment After Severe Burn Injury, Journal of Burn Care Research, 43(1), Jan/Feb 2022, Pages 9–15.

Liu, H. F., Zhang, F., Lineaweaver, W. C. (2017). History and Advancement of Burn Treatments. Annals of plastic surgery, 78(2 Suppl 1), S2–S8.

Maudet, L., Pasquier, M., Pantet, O., Albrecht, R., Carron, P. N. (2020). Prehospital management of burns requiring specialized burn centre evaluation: a single physicianbased emergency medical service experience. Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine, 28(1), 84.

Nímia H.H., et al. (2019). Comparative study of Silver Sulfadiazine with other materials for healing and infection prevention in burns: A systematic review and meta-analysis. Burns: journal of the International Society for Burn Injuries, 45(2), 282–292.

Sanchez M.F., et al. (2018). Ciprofloxacin-lidocaine-based hydrogel: development, characterization, and in vivo evaluation in a second-degree burn model. Drug delivery and translational research, 8(5), 1000–1013.

Van Yperen D.T., et al.; Burns study group (2021). Adherence to the emergency management of severe burns referral criteria in burn patients admitted to a hospital with or without a specialized burn center. Burns: journal of the International Society for Burn Injuries, 47(8), 1810–1817.

Zideman, D.A., et al. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: First aid. Resuscitation, 161, 270–290.

INTERVENTI E REGISTRI IN EMERGENZA

16:20 - 16:35

5016

URBAN SEARCH AND RESCUE

Massimiliano Di Biagio - dibimax@hotmail.com

Con l'acronimo USAR (Urban Search and Rescue) intende l'insieme di pratiche utilizzate nell'attività di ricerca, soccorso e recupero di persone sepolte da macerie in occasione di eventi sismici o crolli di edifici e strutture, che avvengono in ambiente urbano.

Le squadre USAR prestano il loro soccorso in ambito Regionale ma possono essere anche impiegate su tutto il territorio nazionale ed in ambito internazionale.

Il vantaggio dell'integrazione fra Vigili del Fuoco e Team Sanitari, permette di accorciare le tempistiche di intervento sanitario sulle vittime portando il soccorso avanzato direttamente sotto maceria, o in ambiente confinato.

In tal senso i sanitari, dotati di un assetto di soccorso speciale, addestrati ed integrati con i Vigili del Fuoco possono intervenire prontamente durante le manovre di estricazione operate dai vigili stessi consentendo una precoce presa in carico della vittima.

L'importante novità introdotta dall'esistenza delle USAR è la capacità, ovvero la specializzazione degli Operatori Sanitari, medici e infermieri, di operare in ambienti usualmente interdetti ai sanitari, ovvero la cosiddetta "zona rossa" demarcata dai VVF.

I team USAR così integrati, possono operare 24 ore su 24 per più giorni, in quanto dispongono di specifico equipaggiamento che consente una completa autonomia logistica.

Le squadre USAR sono un ulteriore esempio di come sia importante un'integrazione tra gli enti che operano nell'ambito del soccorso e nella gestione delle emergenze.

16:35 - 16:50

4804

L'UTILIZZO DELLA DOPPIA DEFIBRILLAZIONE PER TRATTARE LA FIBRILLAZIONE VENTRICOLARE REFRATTARIA: UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA

Chiara Nicosia, Massimiliano Di Biagio.

Heart Life s.r.l Croce Amica - chiara96nicosia@gmail.com

Introduzione

L'arresto cardiaco (AC), in paesi come l'Italia e gli Stati Uniti, ha un'incidenza annuale pari a 1 caso ogni 1000 abitanti e un tasso di sopravvivenza, in assenza di qualsiasi trattamento terapeutico, del 2%. In caso di AC con fibrillazione ventricolare/tachicardia ventricolare senza polso, esiste un piccolo sottogruppo di pazienti che rimangono refrattari agli shock di defibrillazione e al trattamento farmacologico, con un'incidenza annuale fino a 0,6 casi per 100.000 persone e fino al 97% di mortalità osservata. Parliamo della fibrillazione ventricolare refrattaria (RVF). Da qualche anno si sta sperimentando la pratica della doppia defibrillazione (DD), una procedura che prevede l'utilizzo di due defibrillatori per erogare due shock, in maniera simultanea o sequenziale, nei pazienti in arresto cardiaco con fibrillazione ventricolare refrattaria. L'obiettivo dell'elaborato è la valutazione dell'efficacia della doppia defibrillazione per trattare la fibrillazione ventricolare refrattaria in pazienti con età ≥ 18 anni in arresto cardiaco di presunta eziologia cardiaca.

Materiale e metodi

Sono state consultate le banche dati mediche Pubmed, The Cochrane Library e Google Scholar e sono stati visionati articoli che comprendono sia studi primari che secondari per creare una revisione sistematica.

Risultati

L'esatto meccanismo di come la doppia defibrillazione si traduca in una defibrillazione di successo rimane sconosciuto ma sono presenti diverse teorie.

La letteratura esistente è limitata e con risultati contraddittori. Nelle Linee Guida RCP 2021, l'ILCOR, con una raccomandazione debole, sconsiglia l'utilizzo della DD per trattare la fibrillazione ventricolare refrattaria, basandosi sugli studi presenti fino ad allora che convergevano con la stessa opinione.

Discussione

Negli studi visionati ci sono, oltre alla diversità nella scelta degli esiti primari e secondari, anche modalità esecutive nell'utilizzo della DD ineguali. I risultati degli studi fino al 2019 convergono che sono necessarie prove di efficacia per considerare la pratica della DD inclusa in un protocollo di rianimazione cardiopolmonare. Invece, lo studio di Cheskes et al. del 2022 afferma che la sopravvivenza alla dimissione ospedaliera sia maggiore per i pazienti trattati con la DD sequenziale (DSD) rispetto alla defibrillazione standard e che la DSD è associata ad una percentuale più alta di pazienti con un buon esito neurologico rispetto alla defibrillazione standard. Gli autori suggeriscono che l'applicazione precoce di DSD può essere associata a tassi più elevati di cessazione della fibrillazione ventricolare e del ritorno della circolazione spontanea rispetto alla defibrillazione standard. Una preoccupazione per l'utilizzo della DD è la possibilità di causare danni ad uno dei due defibrillatori utilizzati nell'intervento e/o al paziente. Dallo studio di Drennan, Seidler e Cheskes del 2022 si vince che il tasso di danno al defibrillatore durante la pratica della DD, sia simultanea che sequenziale, sembra essere estremamente basso, tale da non limitarne l'uso, mentre sono necessarie ulteriori prove di alta qualità per determinare l'impatto della DD sugli esiti centrati sul paziente.

Conclusione

Alla luce delle evidenze riportate con lo studio di Cheskes et al. del 2022, è auspicabile che si definisca una procedura standard ed univoca che non comporti variazioni operative nella sua applicazione. Ulteriori studi saranno necessari per definire raccomandazioni più forti nell'utilizzo della pratica della DD.

Parole chiave

Double defibrillation, refractory ventricular fibrillation, cardiac arrest, double simultaneous defibrillation, double sequential defibrillation.

Bibliografia

Cheskes S, et al. Double sequential external defibrillation for refractory ventricular fibrillation: The DOSE VF pilot randomized controlled trial. Resuscitation. 2020 May;150:178-184.
Cheskes S, et al. Defibrillation Strategies for Refractory Ventricular Fibrillation. N Engl J Med. 2022 Nov 6.
Cheskes S, et al. The impact of double sequential external defibrillation on termination of refractory ventricular fibrillation during out-of-hospital cardiac arrest. Resuscitation. 2019 Jun;139:275-281.
Miraglia D, Ramzy M. Double external defibrillation for shock-refractory ventricular fibrillation cardiac arrest: A step towards standardization. Am J Emerg Med. 2021 Mar;41:73-79.
Drennan IR, Seidler D, Cheskes S. A survey of the incidence of defibrillator damage during double sequential external defibrillation for refractory ventricular fibrillation. Resusc Plus. 2022 Sep 6;11:100287.

16:50 - 17:05

4806

L'IMPORTANZA DEL REGISTRO TRAUMI NELLA RETE TRAUMA MODERNA

Alberto Bonfanti, Fabrizio Pignatta.
ASST GOM Niguarda, Milano - alberto.bonfanti1@gmail.com

Introduzione

Nell'ambito di un sistema organizzato ed integrato per la cura del trauma (Trauma System, TS), la registrazione dei dati rappresenta il principale presupposto per consentire l'analisi epidemiologica del fabbisogno di risorse e per verificare la qualità dei processi assistenziali. Una componente fondamentale del TS è il Registro Traumi (RT), database che documenta i dettagli delle cure erogate ai pazienti con gravi lesioni derivate da trauma maggiore, nonché i parametri di contesto dell'evento trauma e il relativo esito clinico.

Riferimenti Legislativi

L'Accordo Stato Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano dell'aprile 2002 "Linee guida per l'organizzazione di un sistema integrato di assistenza ai pazienti traumatizzati da mielolesioni e/o cerebrolesioni" suggerisce l'implementazione di un percorso diagnostico terapeutico dedicato alla persona vittima di trauma, intento anche del più recente Decreto Ministeriale 70/2015 "Regolamento recante definizioni degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera". In questo contesto legislativo, molte regioni italiane hanno riscontrato la necessità di sviluppare una rete trauma strategica, col fine di ottimizzare la cura al paziente tramite la creazione di specifici standard organizzativi e professionali, l'implementazione di programmi di formazione ad hoc e, in alcuni casi, anche attraverso l'introduzione di un RT (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Umbria, Veneto).

Epidemiologia

Il trauma è responsabile del 9% della mortalità mondiale annua (5,8 milioni di persone) e costituisce la prima causa di decesso per le persone di età inferiore a 40 anni. In Italia è ogni anno causa di circa 18000 decessi e oltre 1 milione di ricoveri ospedalieri, quasi il 10% di tutti i ricoveri (Istat, 2019).
Il trauma ha inoltre un grande costo dal punto di vista socioeconomico e si stima che per ogni evento mortale si registrino due casi che provocano invalidità permanente. Oltre agli effetti fisici, i sopravvissuti spesso soffrono di conseguenze psicologiche tra cui ansia, depressione e disturbo da stress post-traumatico.

Obiettivo

L'obiettivo primario di questo lavoro consiste nel presentare i benefici d'impiego di un RT nazionale, evidenziandone i punti di forza, in accordo con le evidenze scientifiche nazionali e internazionali.

Materiali e metodi

Analisi narrativa della letteratura.

Risultati e discussione

Il primo RT nasce nel 1969 al Cook County Hospital di Chicago. Nel 1971 viene attivato il RT nello Stato dell'Illinois e nell'81 la sua applicazione è stata ampliata a 34 stati americani. Nel 1982, l'American College of Surgeons Committee on Trauma (ACS-COT) ha coordinato il Major Trauma Outcome Study (MTOS), che in 5 anni ha raccolto dati sui traumi trattati da 139 ospedali nordamericani per oltre 80000 pazienti feriti. A seguito del successo scientifico del MTOS, e come sua naturale evoluzione dettata dalla necessità

di una maggior organizzazione dei dati, l'ACS-COT ha istituito il National Trauma Data Bank (NTDB) che attualmente contiene dati dettagliati su oltre 3 milioni di casi da oltre 900 Trauma Center (TC) statunitensi.

Negli anni '90 in Europa è nato un network sperimentale che raccoglie dati da diversi RT di paesi europei (European Trauma Audit and Research Network -EuroTARN), il quale sviluppa un modello per il reporting uniforme dei dati relativi al traumatizzato grave, definendo un set minimo di variabili core (EuroCoreD). Nel panorama internazionale, anche altri Paesi hanno introdotto modelli di RT, tra cui in Australia e Nuova Zelanda il National Trauma Registry Consortium, in Arabia Saudita il Saudi Trauma Registry, in Canada il National Trauma Registry, in Francia il Trauma Base, in Germania il Trauma Registry of the German Society for Trauma Surgery, in India il Australia-India Trauma Systems Collaboration (AITSC), in Svizzera il Swiss Trauma Registry.
L'Italia propose in via sperimentale il Registro Italiano Traumi Gravi (RITG). Il progetto, intitolato "Creazione di un Registro Intra-ospedaliero dei Traumi Gravi multiregionale", è iniziato ufficialmente nel 2004 e terminato nel 2006 ed ha coinvolto 25 centri di riferimento per la patologia traumatica grave.

I RT vengono continuamente utilizzati per supportare i TS nei processi di accreditamento, di verifica procedurale e di designazione qualitativa delle cure erogate. Diversi studi che dimostrano una diminuzione della mortalità da trauma in seguito all'ottimizzazione dei TS, hanno fornito prove indirette del valore dei RT.

Architettura del RT: i RT si compongono di una prima parte, composta da dati relativi al trattamento extraospedaliero del trauma maggiore e da una seconda che documenta i percorsi diagnostici intraospedalieri attivati nelle prime 24 ore di ricovero del ferito. Ne derivano dati riguardanti il bilancio lesionale complessivo, la descrizione qualitativa e quantitativa delle lesioni anatomiche riportate, le complicanze cliniche e l'esito dell'intero processo clinico-assistenziale.

Nel 1994 l'International Trauma Anesthesia and Critical Care Society (ITACCS) ha avviato una task force internazionale che ha portato all'elaborazione di raccomandazioni per la segnalazione uniforme dei dati secondo il cosiddetto modello di UTSTEIN, individuando un set minimo di variabili da raccogliere per la costituzione di un buon RT. Altri elementi che svolgono un ruolo chiave nella creazione di un RT sono il software gestionale di Registro, il personale addetto alla compilazione e la relativa formazione e le strategie di riordino dei dati. La scelta che appare più razionale è quella di includere i pazienti con Injury Severity Score (ISS) ≥ 16, il cui outcome è maggiormente influenzato dalla qualità del processo assistenziale.

A cosa servono i RT:

1. miglioramento della qualità. I dati possono essere utilizzati come strumento di controllo della qualità, per monitorare le prestazioni nel tempo o per identificare anomalie che possono assumere ruolo di alert qualitativi di sistema. Numerosi studi hanno supportato l'efficacia dei RT misurata in termini di outcome sul paziente e di riduzione della mortalità di feriti gravi.
2. sviluppo di interventi clinici. I RT producono informazioni cliniche altrimenti non documentate dalle banche dati ospedaliere e sono spesso utilizzati per generare ipotesi operative, pianificare protocolli di lavoro o, ad esempio, per monitorare l'efficacia di nuovi interventi clinici. Inoltre, le grandi dimensioni di RT nazionali, facilitano lo studio di lesioni rare.
3. punteggio del trauma. Un buon sistema di cura del trauma ha necessità di misurare l'entità del fenomeno traumatico, di comprendere i meccanismi di lesione che hanno coinvolto i feriti, di studiare i bilanci lesionali, le procedure critiche effettuate, i timing di lavoro e di trattamento, al fine di conoscere in modo oggettivo come ha risposto il sistema e se in conformità agli standard di riferimento.
4. prevenzione. I RT possono essere utilizzati per affrontare diversi aspetti della prevenzione degli infortuni. Indipendentemente dal fatto che collezionino eventi da una singola organizzazione, in una Regione, o all'interno di un'intera Nazione, possono essere facilmente utilizzati per descrivere i meccanismi e le circostanze maggiormente responsabili delle lesioni. Questi dati, continuativi nel tempo, possono essere utilizzati anche per documentare l'efficacia dell'evoluzione legislativa implementata a prevenzione degli infortuni.
5. sviluppo del Trauma System. La maggior parte dei RT contengono dati sui modelli di soccorso e sui tempi di trasporto preospedaliero, informazioni che hanno prodotto obiettivi standard come la "Golden Hour", o hanno contribuito a far luce sulla controversa opportunità di un rapido trasporto dei feriti ("Scoop and run") rispetto ad effettuare interventi sanitari in loco ("Stay and play"), o ancora hanno fornito dati a supporto di nuovi modelli di centralizzazione dei feriti (modello i TRENAU).

Conclusioni

I RT sono strumenti di raccolta dati che collezionano preziose informazioni derivate dalla cura del paziente vittima di trauma maggiore. Essi permettono di determinare gli aspetti epidemiologici della patologia traumatica, di valutare i processi assistenziali a cui è sottoposto questo tipo di pazienti, nonché di confrontare le prestazioni di diversi TS e, quindi, di favorire la ricerca clinica. Per tali motivi, essi sono considerati a oggi uno strumento indispensabile per migliorare la qualità dell'assistenza in campo traumatologico, la ricerca clinica, la formazione del personale e lo sviluppo di politiche inerenti i livelli di prevenzione del trauma stesso. Concludendo, si può affermare con assoluta convinzione quanto l'implementazione di un RT a livello nazionale possa portare enormi benefici al TS nazionale, alla comunità, al paziente vittima di trauma maggiore e ai professionisti sanitari coinvolti nella Rete Trauma.

L'EVOLUZIONE DEL SOCCORSO

17:20 - 17:35

4822

E-BIKE DI SOCCORSO: LA VERSIONE ECO SOSTENIBILE DEL 118 BOLOGNESE

Daniele Celin, R. Ardeni, F. Calzolari, H. Di Paolo, R. Fabbri, A. Franceschini, J. Masina, A. Mele, S. Santini, A. Santostefano, N. Scalise.
 AUSL Città di Bologna - d.celin79@gmail.com

Il gruppo CRU, (Cycle Responder Unit) di Bologna è attivo e presente da anni durante gli eventi cittadini ad alto afflusso, nonché durante le partite di calcio della serie A della squadra cittadina. Dal 2017 la flotta mezzi di Bologna Soccorso si dota di due bici da soccorso: due Eketta con caratteristiche specifiche come ruote XXL e forcellone ammortizzato idonei sia per le asperità del centro cittadino sia per i sentieri non asfaltati dei parchi cittadini. La peculiarità dei mezzi a due ruote con pedalata assistita si integra ad un sistema capillare permettendo un rapido intervento nei luoghi ad alta affluenza, anticipando considerevolmente la risposta territoriale tradizionale. La dotazione è analoga a quella dei mezzi infermieristici cittadini ed è idonea a gestire una rianimazione in strada, un'intossicazione da sostanze e piccole medicazioni. Non potendo trasportare il paziente, il ruolo dell'equipe bike è integrativo rispetto ai mezzi territoriali e non sostitutivo. La peculiarità del mezzo e del relativo servizio offerto implica un percorso formativo ad-hoc diviso in due fasi distinte per il quale sono riconosciuti i crediti ECM.

I formatori fanno parte della componente infermieristica, il corso è rivolto sia ad autisti soccorritori che ad infermieri. La prima prevede la familiarizzazione con il mezzo attraverso l'esecuzione di circuiti dedicati alla manovrabilità del mezzo anche su terreno impervio all'interno dello stadio Dall'Ara di Bologna. Contestualmente si analizzano i varchi per gli accessi alle tribune poiché le bike sono impegnate durante le partite di calcio della serie A fornendo supporto sanitario e logistico alle equipe "appiedate" presenti. La seconda giornata di formazione prevede la conoscenza del territorio, nello specifico il centro storico della città di Bologna, attraverso un'uscita on work in coppia: istruttore/allievo. Durante le uscite formative le bike presidiano il territorio intervenendo, se necessario, unitamente ai mezzi preposti. I dati fino ad ora raccolti mostrano un netto anticipo di arrivo sul target rispetto ai mezzi "convenzionali".

Dal 2018 è nata una collaborazione con la Società sportiva calcio Bologna BFC per poterle utilizzare durante le partite di campionato. Le e-bike vengono impiegate per i soccorsi sia nella viabilità ordinaria attorno allo stadio che all'interno durante lo svolgimento dei match calcistici per la sicurezza dell'evento e nelle fasi di afflusso e deflusso. La rapidità nel raggiungere il target ha permesso, durante uno di questi match, di intervenire tempestivamente su un malore in strada di uno spettatore che aspettava di entrare: il paziente, rinvenuto in arresto cardiaco, è stato prontamente rianimato dall'equipe CRU e la prognosi è stata ottimale.

17:35 - 17:50

4829

TRAUMI DA MONOPATTINO ELETTRICO: UNO STUDIO OSSERVAZIONALE

Matteo Maria De Vecchi, Monica Solbiati, Marco Spagnolin, Giulio Francesco Gramaglia, Deborah Blanca, Matteo Israel, Laura Castoldi, Simone Mazzola, Mauro Salvato, Giorgio Costantino.
 Fondazione IRCCS Ca' Granda Osp. Maggiore Policlinico, Milano - matteo.devecchi@policlinico.mi.it

Background

Negli ultimi anni Milano, sulla scia di quanto accaduto in altre città del mondo, ha assistito alla massiccia diffusione dei monopattini elettrici, mezzi economici e comodi per aggirare il problema del traffico cittadino e della carenza di parcheggio, soprattutto nelle aree centrali. Come ci si poteva aspettare, la diffusione dei monopattini elettrici ha determinato la comparsa di un nuovo tipo di traumi, legati appunto agli incidenti occorsi con gli e-scooter. L'obiettivo di questo studio è stato descrivere le caratteristiche cliniche dei pazienti che si sono recati in Pronto Soccorso (PS) per trauma da monopattino elettrico, gli esami effettuati durante la permanenza all'interno del reparto e la gravità delle lesioni riportate.

Materiali e metodi

È stato condotto uno studio osservazionale monocentrico dal 01/01/2019 al giorno 31/12/2022. Sono stati arruolati tutti i pazienti (di età uguale o superiore ai 18 anni) che hanno effettuato l'accesso nel PS Generale della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano per trauma correlato all'utilizzo del monopattino elettrico, relativo sia a conducenti del mezzo che ai passeggeri. I dati sono stati estratti dall'applicativo informatico del PS (PSNet, Hi.Tech S.p.A.). È stata effettuata una ricerca in tutti i campi del verbale attraverso l'utilizzo del termine chiave "monop" e "monip", al fine di intercettare eventuali errori ortografici nella compilazione dei verbali stessi. I dati sono stati quindi inseriti nell'apposito database creato con la piattaforma REDCap®. L'analisi è stata effettuata mediante il calcolo di indici descrittivi (media, mediana, deviazione standard, range interquartile e percentuali) utilizzando Microsoft Excel e SAS® Italia - Analytics Software & Solutions. Per classificare il trauma in base alla gravità è stata utilizzata la scala ISS.

Risultati

Sono stati arruolati complessivamente 483 pazienti di cui il 65,8% erano di sesso maschile. L'età mediana dei pazienti arruolati è di 28 anni. Il fenomeno dei traumi da monopattino elettrico è in crescente aumento: si sono riscontrati 18 accessi nel 2019, 98 nel 2020, 175 nel 2021 e 192 nel 2022. Di tutti i pazienti arruolati, solamente 11 indossavano il casco e sono 90 (il 18,6%) coloro che, al momento del trauma, si trovavano in stato di abuso alcolico. Gli accessi effettuati con ambulanza sono stati 280 (57,9%) di cui 16 pazienti sono stati accompagnati da MSA2 (14) o da MSA1 (2). Come dinamica di lesione, la maggior parte ha riportato una caduta accidentale dovuta a perdita di equilibrio o a irregolarità del manto stradale, andando a costituire il 77,0% degli accessi (372 pazienti). Per 417

pazienti sono stati necessari esami di imaging: 325 pazienti (il 67,3% del totale) hanno eseguito almeno una radiografia, 271 pazienti (il 56,1%) almeno una TC mentre 1 paziente (0,2%) ha eseguito una RM. Le radiografie eseguite in PS sono state complessivamente 534, le TC 436. Il capo è la sede maggiormente coinvolta: 354 pazienti (il 73,3% degli arruolati) hanno riportato un trauma a questo livello. Si sono osservate, complessivamente, 211 fratture, classificabili a seconda del distretto corporeo interessato. La sede più colpita è stata il capo (98 fratture, il 46,5% delle fratture complessive), seguita da arti superiori (68 fratture, il 32,2%). Si sono verificati 12 traumi maggiori (il 2,5%), definiti come traumi con punteggio ISS pari o superiore a 15. Sono 30 i pazienti per i quali è risultato necessario un ricovero. La durata mediana del ricovero è stata di 5 giorni (IQR 2,75-7,25). Si sono riscontrati complessivamente 30 interventi chirurgici: si tratta prevalentemente di interventi di carattere ortopedico (riduzione e sintesi di fratture) e maxillo-facciale.

Conclusioni

I traumi da monopattino elettrico sono in forte aumento ed è verosimile che la tendenza proseguirà nel tempo. Comprendere le tipologie di lesioni maggiormente presentate dai soggetti coinvolti negli incidenti con i monopattini è fondamentale per guidare la regolamentazione e la prevenzione. Dal momento che la maggior parte delle lesioni ad essi conseguenti interessano il distretto craniofacciale, sarebbe opportuna l'introduzione del casco come mezzo di protezione obbligatorio. Considerata l'alta prevalenza dei soggetti che utilizzano il mezzo sotto l'effetto dell'alcol, si potrebbe proibire l'utilizzo in stato di ebbrezza o limitarne l'uso ai soli soggetti con la patente a punti.

17:50 - 18:05

4881

SEE AND TREAT NELLA GESTIONE DEI CODICI MINORI IN PRONTO SOCCORSO: INDAGINE RETROSPETTIVA E PROSPETTIVE DI SISTEMA

Christian Ramacciani Isemann, Simone Trande, Lorenzo Righi, Giovanni Becattini.
 Azienda USL Toscana Sud Est - ramacciani@gmail.com

Introduzione

L'incremento delle richieste di visita in pronto soccorso (PS), unito alla carenza di personale medico e infermieristico, rende necessarie delle riflessioni sull'appropriatezza nell'assegnazione di risorse professionali alla differente complessità. Tra le soluzioni presenti in letteratura emerge il See and treat (Set), introdotto in Toscana dal 2007, come modello per migliorare l'utilizzo dei professionisti nei codici minori.

Materiali e metodi

È stata svolta pertanto un'analisi retrospettiva degli accessi nei PS dell'Azienda USL Toscana sud est nell'anno 2019; attraverso la codifica ICD-9-CM sono state estrapolate le prestazioni erogabili con il modello Set. Sulla base del risultato ottenuto sono stati determinati i fabbisogni di personale, calcolati in full time equivalent (Fte), dapprima in maniera complessiva, e successivamente scorporando l'attività eleggibile al percorso Set.

Risultati

Nell'anno 2019 le richieste di visita in Ps sono state 342.745. Sono stati definiti eleggibili per i protocolli Set oltre 60.000 casi; di questi, la metà è rappresentata da traumi minori degli arti, problemi oculistici, problemi otorinolaringoiatrici e ferite. A livello aggregato, questa attività assorbe un tempo/medico pari a 13,8 Fte annui; il trasferimento di questa attività ad infermieri formati Set è potenzialmente in grado di ridurre il fabbisogno di medici specialisti di 10-11 unità. Aggregando i dati a livello regionale, è possibile stimare l'attività eleggibile Set in 63,8 Fte (56 medici).

Discussione e conclusioni

I buoni risultati emersi in letteratura relativamente a efficacia, soddisfazione dell'utente e tempi di attesa e di processo possono sostenere l'estensione del modello Set. Il suo impatto sui fabbisogni di personale, inoltre, può migliorare l'appropriatezza nelle cure erogate dai diversi professionisti anche nei percorsi a complessità maggiore, senza ridurre la sicurezza ma, al contrario, aumentando la performance complessiva delle strutture.

Sala Savoia**L'ASSISTENZA IN CARDIO ICU**

14:40 - 14:55

4734

QUALITÀ DI VITA E AUTONOMIA FUNZIONALE TRA I PAZIENTI SOTTOPOSTI AD UN INTERVENTO DI CARDIOCHIRURGIA. UNO STUDIO DI FOLLOW-UP

Margherita Milani, Viola Margosio, Giulia Amore Modica, Daniela Colombo, Vincenzo Damico.
 Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lecco - margherita-milani@libero.it

Introduzione

Circa il 10% dei pazienti cardiocirurgici necessita di cure postoperatorie prolungate con degenze più lunghe in unità di terapia intensiva (TI) e peggiori esiti a lungo termine.

Obiettivo

L'obiettivo di questo studio è quello di descrivere la qualità di vita e i livelli di autonomia funzionale tra i pazienti sottoposti ad un intervento di cardiocirurgia prima e dopo l'intervento e di analizzare lo stato di salute generale e i sintomi di fatigue, ansia e depressione correlati, a sei mesi dall'intervento.

Materiali e metodi

Si tratta di uno studio osservazionale prospettico svolto all'interno dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lecco. Sono stati inclusi tutti i pazienti adulti ricoverati per chirurgia coronarica, chirurgia valvolare e chirurgia aortica. Una batteria di test psicometrici è stata somministrata prima e 6 mesi dopo l'intervento cardiocirurgico.

Risultati

Sono stati inclusi nello studio un totale di 149 pazienti. La percezione della qualità di vita, valutata con EuroQOL, è rimasta invariata prima e dopo l'intervento (EqVAS prima= 64.19, ± 9.18 vs dopo= 68.60, ± 19.15 ; $p = .092$) così come l'autonomia funzionale valutata con l'indice di Barthel (prima= 85.05, ± 13.3 vs dopo= 80.71, ± 26.3 ; $p = .062$). Una disabilità moderata lieve è stata osservata nel 50% degli intervistati al follow-up e un buon livello generale dello stato di salute è stato osservato per i 72 pazienti rispondenti a 6 mesi (GOS-e= media 6.61 ± 1.27). Sintomi di ansia, depressione e fatigue sono emersi rispettivamente nel 27.7 %, 31.9% e 23.6%.

Conclusioni

La qualità di vita e l'autonomia funzionale non sembrano subire variazioni significative in seguito ad un intervento cardiocirurgico. Studi con campioni più ampi sono tuttavia necessari.

14:55 - 15:10

4834

LE FAREBBE PIACERE UN PO' DI MUSICA? LA MUSICOTERAPIA COME INTERVENTO INFERMIERISTICO AUTONOMO PER IL CONTROLLO DEL DOLORE POSTOPERATORIO NELLA PERSONA SOTTOPOSTA A CARDIOCHIRURGIA

Sara Birindelli, Giordano Bargagna.

Master area critica Università di Pisa - sara00birindelli@gmail.com

Introduzione

Ad oggi le malattie cardiache, secondo l'OMS, rappresentano la causa più importante di mortalità nel mondo, costituendo quindi un significativo problema sanitario. Si stima infatti che 17,9 milioni di persone siano morte a causa di malattie cardiovascolari nel 2019, pari al 32% di tutti i decessi globali. Nonostante i notevoli sviluppi nel trattamento di queste patologie, l'unica terapia in molti pazienti è rappresentata ancora dalla cardiocirurgia. Gelinas (2007) ha dimostrato che oltre il 75% degli assistiti sottoposti ad intervento cardiocirurgico ha menzionato un'esperienza di dolore da moderato a grave in terapia intensiva. Negli ultimi anni è maturata l'idea che il dolore non solo sia inutile ed eticamente inaccettabile, ma anche dannoso perché innesca fattori responsabili di numerose complicanze. E' quindi fondamentale che la gestione di quello che è considerato il quinto parametro vitale sia considerata una priorità infermieristica, riconoscendo l'importanza e la validità delle cure complementari a supporto della pratica clinica. A tal proposito tra i metodi non farmacologici è presente la musicoterapia, una disciplina che utilizza l'elemento sonoro-musicale all'interno della relazione assistito-operatore in un processo sistematico di intervento con finalità preventiva, riabilitativa e terapeutica. Lo scopo di tale studio è quello di valutare la sua efficacia, in termini di riduzione dell'intensità del dolore postoperatorio durante le cure di nursing, in modo da consentire l'utilizzo di questo intervento infermieristico all'interno dell'assistenza in area critica in modo autonomo.

Materiali e metodi

Studio randomizzato controllato condotto su pazienti adulti, vigili e collaboranti (GCS >13) sottoposti ad intervento cardiocirurgico d'urgenza o elettivo e ricoverati nel Dipartimento di Anestesia e Rianimazione Cardio-toraco-vascolare dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria Pisana. Sono stati esclusi gli assistiti che hanno presentato o riferito: disturbi mentali e deficit cognitivi, dolore cronico, disturbi dell'udito, delirium, barriera linguistica ed intervento in minitoracotomia. I partecipanti allo studio sono stati quindi suddivisi in modo casuale in due gruppi. Il gruppo sperimentale ha ricevuto la somministrazione di musicoterapia durante le cure di nursing mattutine della prima giornata postoperatoria. Il gruppo di controllo non ha ricevuto alcun intervento mirato alla prevenzione o trattamento del dolore durante le cure di nursing. L'ascolto della musica è avvenuto mediante l'utilizzo di una cassa bluetooth ed i brani musicali sono stati selezionati dall'assistito stesso. La rilevazione del dolore in entrambi i gruppi è avvenuta prima, al termine e dopo 30 minuti dalla fine delle cure di nursing, mediante l'utilizzo della scala numerica (NRS). L'obiettivo secondario dello studio è stato quello di rilevare le sensazioni provate dalla persona assistita e dall'infermiere durante le cure di nursing.

Risultati

Hanno partecipato allo studio 20 assistiti di entrambi i sessi (10 nel gruppo sperimentale e 10 nel gruppo di controllo). I dati relativi alla rilevazione del dolore tramite NRS nel gruppo sperimentale, mostrano che l'intensità media del dolore prima delle cure di nursing è pari a 3,7 (DV=2,7); tale valore si è ridotto al termine e dopo 30 minuti dalla fine delle cure di nursing passando ad una media del dolore rispettivamente di 2,8 (DV=2,6) e 2,1 (DV=1,7). Nel gruppo di controllo l'intensità media del dolore prima delle cure di nursing è pari a 4 (DV=2,9); tale valore è aumentato immediatamente al termine, passando ad una media di 4,2 (DV=2,7), mentre dopo 30 minuti dal termine tale intensità è tornata al valore iniziale di 4 (DV=2,6). L'analisi dei dati è stata realizzata attraverso il t-student ed ha indicato che nel gruppo sperimentale l'intensità del dolore è stata ridotta significativamente al termine delle cure di nursing ($p = 0,02$). Alla rilevazione dopo 30 minuti dal termine delle cure di nursing la significatività statistica non è stata raggiunta ($p = 0,12$). La variabile risultata significativamente differente dal confronto dei due gruppi (variabili indipendenti) è stata poi inserita

in un modello di regressione binomiale per identificare la correlazione con la variabile dolore. La variabile dipendente dicotomica era "intervento di musicoterapia" (sì o no). L'analisi dei dati è stata condotta utilizzando Jamovi versione 2.2.2.0.

Ricevere l'intervento di musicoterapia ha ridotto la probabilità di percepire dolore del 89% rispetto ai pazienti che non lo hanno ricevuto (OR = 0.114). Il risultato non è statisticamente significativo, probabilmente a causa del ridotto numero di partecipanti ($p = 0.069$). I dati relativi alle sensazioni provate dalla persona assistita e dall'infermiere hanno rivelato come l'ascolto della musica abbia apportato importanti benefici, dimostrandosi una fonte di benessere capace di indurre emozioni positive in entrambe le figure. Alcuni pazienti hanno dichiarato: "Mi sono sentito coccolato", "Mi sono sentito protetto", "Mi ha fatto rilassare"; mentre alcuni infermieri hanno riferito: "Mi ha fatto concentrare sull'assistito trasmettendomi un maggior senso di contatto", "Mi ha trasmesso serenità", "Mi ha trasmesso gioia".

Discussione

Come descritto in letteratura, in questo studio è emerso che la musicoterapia rappresenta un valido metodo non farmacologico in grado di produrre effetti positivi sulla riduzione dell'intensità del dolore postoperatorio. Il presente studio ha dimostrato che il campione relativo al gruppo sperimentale ha visto ridotta l'intensità del dolore nel 60% degli assistiti al termine e nel 90% dopo 30 minuti. Al contrario, nel gruppo di controllo, si è riscontrata una riduzione della sintomatologia dolorosa soltanto nel 10% degli assistiti al termine e nel 40% dopo 30 minuti dalla fine delle cure di nursing. È importante ricordare che la scelta della musica dovrebbe essere effettuata dal paziente stesso poiché le persone sviluppano delle risposte fisiologiche e psicologiche differenti in relazione alle preferenze. Alcuni studi, infatti, hanno dimostrato che il giusto ritmo musicale stimola la liberazione di oppioidi endogeni, i quali consentono di ottenere un buon controllo del dolore fisico ed emotivo (Roberts S., 2002). Visto che i risultati finali positivi dipendono anche dalla volontà terapeutica assunta dalla persona assistita, è importante che il tipo di musica sia scelto in base ai gusti personali del paziente.

Il nostro studio ha tenuto conto di questo aspetto, facendo così scegliere liberamente i brani musicali dagli assistiti. Inoltre, la musica preferita può ristabilire un senso di controllo in un ambiente che potrebbe non essere familiare ai pazienti. È interessante notare come la musicoterapia abbia rappresentato una fonte di distrazione, permettendo all'assistito di distogliere l'attenzione dal dolore. Buona parte degli assistiti ha infatti dichiarato: "Mi ha fatto ricordare mia moglie", "Mi ha fatto provare meno dolore mentre venivo sistemato", "Mi ha fatto ricordare dei momenti belli con la mia compagna", "Mi ha fatto pensare a tante cose belle", "Mi ha fatto pensare al mio primo amore" e "Mi ha fatto tornare indietro nel tempo". Anche da parte del professionista sanitario sono emerse sensazioni molto positive; gli infermieri hanno riferito di aver provato sensazioni di rilassamento, gioia, allegria e divertimento. La musicoterapia ha favorito l'avvicinamento emotivo tra professionista sanitario e persona assistita, garantendo così una presa in carico in linea con il principio dell'olismo. La comunicazione ha un ruolo prioritario nel processo di assistenza infermieristica e la relazione che si instaura con il paziente rappresenta un aspetto cruciale. Giuliano Avanzini (medico e neurofisiologo) afferma che "la musica rappresenta un canale privilegiato di comunicazione e, infatti, è parte fondamentale dei riti che scandiscono la vita di quasi tutte le collettività umane". La sua origine evolutiva sta nella capacità di aggregare emotivamente gli individui, favorendo la condivisione delle esperienze". Alcuni assistiti hanno dichiarato di aver percepito una maggiore sensazione di calore umano durante le cure di nursing affiancate dalla musicoterapia, riportando le seguenti frasi: "Mi sono sentito coccolato" e "Mi sono sentito protetto". Ciò è emerso anche da parte del professionista sanitario, il quale ha riferito di aver provato un maggior contatto con l'assistito; alcuni infermieri hanno affermato: "Mi ha fatto concentrare sul paziente" e "Mi ha trasmesso sintonia". I nostri dati dimostrano l'efficacia della musicoterapia in termini di riduzione del dolore postoperatorio al termine delle cure di nursing in maniera statisticamente significativa.

Conclusioni

Dallo studio emerge che l'utilizzo della musicoterapia, durante le cure di nursing, può apportare effetti positivi sulla riduzione dell'intensità del dolore postoperatorio a seguito di intervento cardiocirurgico. Ciò è stato dimostrato in modo statisticamente significativo al termine delle cure di nursing, con un valore del p value pari a 0,02; mentre dopo 30 minuti dal termine la significatività statistica non è stata raggiunta (p value= 0,12). Questa ricerca ha dimostrato che l'ascolto della musica, sia per l'assistito che per l'infermiere, consente di creare un ambiente più confortevole e rilassante, permettendo ad entrambi di estraniarsi dal contesto strettamente ospedaliero e condividendo un'esperienza emotiva ed umana che è andata oltre l'aspetto esclusivamente tecnico delle cure di nursing, in una parola ha creato sintonia.

Parole chiave

Music Therapy, Postoperative Pain, Heart Surgery.

Bibliografia

- Bertirotti, A., Cobiainchi, S. (2006). La musica nel trattamento del dolore. Società, medicina e neuroscienze. Università degli studi di Firenze.
- Stratton, VN e Zalanowski, AH. (1984). The relationship between music, degree of liking, and self-reported relaxation. Journal of Music Therapy.
- Gelinas, C. (2007). Management of pain in cardiac surgery ICU patients: have we improved over time? Intensive Crit Care Nurs. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs). <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-cvds>
- Roberts S., 2002, Music therapy for chronic pain, in The Diabetes Forecast, 55(9):26-28
- Ognibene, A., L'infermiere musicoterapista, conoscere una nuova professionalità (2018). <https://infermieriattivi.it/tecniche-e-tecnologie/>

15:10 - 15:25

4849

SCORE PER LA DIMISSIONE DEL PAZIENTE DALLA RECOVERY ROOM: UNA REVISIONE DI LETTERATURA

Ilaria Mangli, Carolina Forciniti, Yari Longobucco, Alberto Lucchini, Stefano Bambi.

Az. Osp. Universitaria Careggi, Firenze - ilaria.mangli@yahoo.com**Introduzione**

La Recovery Room (RR) è un'area attrezzata per la gestione del paziente nel periodo dell'immediato post-operatorio. Scopo della RR è il monitoraggio del paziente per prevenire e ridurre le complicanze post-operatorie e ripristinare le normali funzioni fisiologiche. Il paziente permane in RR per un tempo variabile in modo da poter essere dimesso in sicurezza verso il reparto di degenza o il domicilio. Gli score per la dimissione dalla RR permettono di valutare le principali funzioni fisiologiche che possono subire modificazioni nel periodo post-chirurgico e di trasferire il paziente in sicurezza verso il setting adeguato. È stata condotta una revisione di letteratura con l'obiettivo di individuare e comparare i principali score utilizzati per dimettere il paziente dalla RR.

Materiali e metodi

La ricerca di letteratura si è sviluppata su due database di letteratura scientifica internazionale, quali PubMed e Cinahl, mediante utilizzo di parole chiave combinate tra loro, senza limiti di tempo, e con la sola impostazione dei filtri linguistici (Inglese ed Italiano).

Risultati

Dopo le consuete operazioni di eliminazione dei record duplicati e lo screening di pertinenza degli articoli sono state individuati i principali score utilizzati nella pratica clinica delle RR: score di Aldrete modificato, Respiration, Energy, Alertness, Circulation, Temperature (REACT) Score, Post Anesthetic Discharge Scoring System (PADSS), White and Song, Readiness for Discharge Assessment Tool (RDAT) e Anesthesia and Perioperative Medicine Service (SAMPE). Gli score sono stati descritti e confrontati tra loro, valutandone i punti di forza e di debolezza.

Discussione

L'Aldrete modificato ad oggi rappresenta uno score sicuro per dimettere i pazienti dalla RR e questo si riflette nel suo maggior utilizzo come confermato in letteratura. Gli score che si sono discostati dall'Aldrete modificato hanno avuto poco successo; ne sono un esempio il REACT, dimostratosi poco sicuro per il paziente, e il PADSS che raramente viene utilizzato singolarmente. Anche il White Score si è rivelato uno score sicuro per la dimissione dalla RR, ed è molto utilizzato, insieme all'Aldrete modificato, nonostante nasca per dimettere il paziente della chirurgia ambulatoriale. Dal confronto tra i vari score è stato possibile notare come le principali differenze non consistono esclusivamente negli item selezionati, bensì nel metodo di valutazione che lo score impiega per dimettere il paziente. L'RDAT e il SAMPE utilizzano un metodo di valutazione tramite risposta dicotomica "sì/no" al contrario di tutti gli altri score che usano la valutazione tramite punteggio "0-2". Data la loro recente pubblicazione, però, questi due score necessitano di ulteriori approfondimenti e applicazioni nella pratica clinica per poterne verificare l'efficacia e la sicurezza. La presente revisione di letteratura presenta dei limiti: l'utilizzo di sole due banche dati e l'esclusione degli articoli pubblicati in lingue diverse da quella italiana o inglese.

Conclusioni

L'Aldrete modificato e il White Score sono risultati maggiormente utilizzati nella pratica clinica in RR per la loro sicurezza. Il REACT è risultato poco sicuro e il PADSS viene impiegato spesso in combinazione con altri score. Gli score più recenti, RDAT e SAMPE, necessitano di ulteriori studi per verificarne la sicurezza. L'individuazione del migliore score permetterà di supportare la pratica infermieristica nel monitoraggio e nella dimissione del paziente dalla RR.

15:25 - 15:40

4957

ACCREDITAMENTO JOINT COMMISSION INTERNATIONAL: ESPERIENZA DI UNA TERAPIA INTENSIVA CARDIOCHIRURGICA

Luca Fialdini, Susan Elizabeth Gwynne, Debora Granai, Benedetta Cristiana Natali, Stefania Baratta.

Fondazione Toscana Gabriele Monasterio - fialdiniluca@gmail.com**Introduzione**

Innovazione, ricerca e formazione sono i driver di crescita dei professionisti della salute. La Fondazione Toscana Gabriele Monasterio, nel 2022 ha lavorato per raggiungere l'accreditamento JCI (Joint Commission International) pianificando gli standard specifici per sicurezza e qualità delle cure. Il percorso intrapreso è stato complesso e articolato volto a garantire un ambiente sicuro per ridurre i rischi a carico di chi eroga e chi riceve assistenza sanitaria, a stimolare il miglioramento continuo, incrementando l'efficienza, migliorando gli esiti di salute e l'esperienza dei pazienti. Gli infermieri della terapia intensiva hanno monitorato nell'anno le proprie performance, revisionato procedure e istruzioni operative, standardizzato i comportamenti seguendo la metodologia tracer, hanno uniformato gli obiettivi e la formazione, per garantire qualità, umanizzazione e sicurezza delle cure.

Obiettivi

- Monitoraggio delle performance.
- Stoccaggio e somministrazione dei farmaci.
- Revisione delle competenze, job description e approccio alle emergenze.

Materiali e metodi

- Autovalutazione e monitoraggio esiti.
- Percorsi formativi multiprofessionali.
- On-site visit periodici con tracer, al fine di valutare la compliance agli standard e di fornire un supporto per la definizione delle priorità di intervento e miglioramento.

Risultati

Il monitoraggio dei dati estratti dalla cartella informatizzata ha riguardato:

- Handover (n. handover dalla terapia intensiva compilati/n. uscite dalla terapia intensiva e n. handover di turno compilati/n. passaggi di turno), con un obiettivo del 90%.
- Adesione ai bundle (bundle compilati/bundle da compilare per n. pazienti e giornate di degenza. Schede valutazioni CVC, CVP, CV, VAP, ferita chirurgica), con un obiettivo dell'85%.
- Valutazione multidimensionale (scale compilate/scale da compilare durante la degenza in terapia intensiva), con un obiettivo dell'85%.

Percorsi formativi multiprofessionali:

- Emergenze cardiologiche-cardiochirurgiche (certificazioni BLS-D-ACLS, gestione ECMO V-A, ecografia infermieristica, ventilazione invasiva, revisione del carrello emergenze mediche-chirurgiche e intubazione difficile).
- Piano di evacuazione emergenza e antincendio.

On-site visit periodici con tracer:

- Stoccaggio, prescrizione e somministrazione dei farmaci, in particolare di LASA, HRM e elettroliti ad alta concentrazione.
- Corretta identificazione del paziente e sicurezza nel processo trasfusionale.
- Infection prevention and control.
- Valutazione dei processi organizzativi e del comportamento del personale, attraverso la diffusione delle procedure e delle istruzioni operative revisionate e condivise.
- Coinvolgimento del paziente e della famiglia nel percorso di cura.

Conclusioni

L'esperienza dell'accreditamento JCI presso la nostra struttura ha visto un coinvolgimento attivo a tutti i livelli, migliorato la consapevolezza delle competenze e potenzialità del team, mettendo in luce e superando le criticità riscontrate. Nella logica del miglioramento continuo occorrerà ampliare il set di standard in uso, al fine di rafforzare gli interventi nelle aree già oggetto di osservazione oltre a individuare ulteriori standard per l'introduzione di nuove aree di rischio in Terapia Intensiva e in tutti i setting dell'azienda.

L'ASSISTENZA PEDIATRICA

16:20 - 16:35

4958

ESPERIENZA FORMATIVA IN TERAPIA SEMINTENSIVA PEDIATRICA DELL'IRCCS ISTITUTO GIANNINA GASLINI

Annarita Fiore, Monica Faggiolo, Nicoletta Dasso

Terapia Semintensiva IRCCS Istituto Giannina Gaslini, Genova. - annaritafiore1989@gmail.com**Introduzione**

La Terapia Semintensiva Pediatrica è nata come punto intermedio tra assistenza medio-bassa ed alta complessità, prendendo in carico pazienti con insufficienza multiorgano che necessitano di un'intensità di interventi assistenziali ad alta tecnologia, minori rispetto alla Terapia Intensiva, ma che non possono essere gestiti in reparti di degenza ordinaria per il livello di criticità. Il ricovero in terapia intensiva impatta negativamente sul decorso del bambino-famiglia, questo perché non sempre è possibile dare la possibilità ai genitori di restare al fianco del proprio bambino nell'arco delle 24 ore.

Il nuovo reparto di Terapia Semintensiva dell'IRCCS Istituto Giannina Gaslini si compone di 12 stanze singole, isolate e filtrate, fornite di collegamento centralizzato dei monitor multiparametrici. Questo permette di avere la presenza costante di uno dei genitori, per supportare e renderlo parte del processo di cura del proprio bambino. Per la creazione del reparto, è stato necessario creare un nuovo staff medico-infermieristico, seguendo un percorso ben definito, suddiviso in più fasi con formazione specifica.

Materiali e metodi

Lo staff scelto per la creazione di tale progetto è caratterizzato da 18 infermiere di giovane età ed esigua esperienza lavorativa. Sono state utilizzate due schede: una demografica per evidenziare i bisogni formativi specifici ed una scheda formativa cartacea per tener traccia di quale formazione avesse usufruito il personale durante il percorso in itinere. È stata utilizzata una griglia per valutazione delle competenze acquisite durante percorso di inserimento, creata appositamente a partire dalla Job Description aziendale per gli infermieri di area critica, e adattata al bacino di utenza a cui il nuovo reparto sarebbe stato rivolto. La scheda si componeva di 12 domini, per un totale di 63 items. Per ciascuno era necessario indicare se la competenza fosse stata raggiunta o meno oppure in parte. Inoltre, è stata richiesta un'autovalutazione, che è stata discussa e convalidata con il Coordinatore, identificato come tutor principale di riferimento. Il potenziamento professionale prevedeva fasi quali affiancamento con personale esperto, formazione teorica, formazione sul campo. Il personale esperto era formato da quattro infermiere di Pediatria d'Urgenza, che avevano dato la disponibilità ad affiancare il personale neoassunto sui turni nelle 24 ore, un'infermiera esperta in Pediatria d'Urgenza e la Coordinatrice del reparto (esperta in terapia intensiva), durante le mattinate. Tra gennaio e febbraio 2021 sono stati effettuati 28 incontri formativi della durata di circa un'ora e mezza su tematiche cliniche/organizzative. Come materiale didattico

sono state utilizzate procedure aziendali, schede tecniche di presidi e farmaci e linee guida specifiche.

Tutta la formazione è avvenuta in iso-risorse. La formazione sul campo è stata effettuata aumentando gradualmente e progressivamente i carichi di lavoro e la complessità assistenziale dei pazienti ricoverati.

Da dicembre 2020 a gennaio 2021 i posti letto occupabili sono stati solo 6, aumentati progressivamente fino ad arrivare a 12 da maggio 2021. Sono state effettuate simulazioni e training con turni di affiancamento in terapia intensiva e con gruppi di lavoro formati da specialisti in cateteri venosi centrali, stoma care e lesioni cutanee; il tutto per rendere autonome le colleghe neo inserite. La valutazione del personale infermieristico è stata in itinere, in maniera informale, durante l'attività quotidiana, a cura del Coordinatore Infermieristico.

Successivamente, è stata fatta una valutazione formale a 3 mesi, con l'utilizzo della griglia per la valutazione delle competenze.

Risultati

Il personale infermieristico scelto aveva un'età media di 28 anni (19-40 anni). La formazione di base del personale era rappresentata dal 95% di infermiere pediatriche e il 5% di infermiere. Il 16% di queste aveva una formazione post base (master di I livello, laurea magistrale). Il 10% della formazione base era avvenuta presso l'IRCCS Giannina Gaslini.

Dalla griglia di valutazione si è evidenziato che le competenze attese sono state raggiunte per la maggior parte dei campi di interesse relativi alla gestione del reparto di Terapia Semintensiva, come la gestione del paziente critico, la prevenzione delle infezioni, la preparazione e somministrazione della terapia farmacologica, la gestione dei dispositivi e procedure invasive, la gestione della documentazione e dei sistemi informatici aziendali. Alcune risposte agli items relativi alla gestione delle vie aeree, in particolare la ventilazione manuale in emergenza, hanno evidenziato lacune. Inoltre, sono stati organizzati briefing con il gruppo medico-infermieristico per la corretta gestione di tale reparto e per la valutazione degli outcomes.

Conclusioni

Tale esperienza ha aumentato la consapevolezza e l'importanza di avere un'unità di cura intermedia pediatrica designata ad accogliere i bambini con problemi complessi o a rischio, che richiedono monitoraggio intensivo e/o interventi terapeutici avanzati. La possibilità di avere stanze di degenza dedicate, che possono accogliere anche il genitore nelle 24 ore, permette di avere un outcome positivo su tutta la sfera psicofisica del bambino.

L'utilizzo di schede pre e post formative hanno aiutato a gestire in modo ottimale i bisogni del personale infermieristico in un continuum temporale.

L'utilizzo delle metodologie di formazione di tale progetto ha evidenziato quanto sia necessario per le Aziende puntare ed investire sulla formazione del personale, creare percorsi di inserimento specifici per il benessere e la sicurezza dello stesso e, soprattutto, per la corretta gestione del bambino e della famiglia, che richiedono un'assistenza specifica e dedicata.

Parole chiave

Training, pediatric care, semi intensive, pediatric nursing.

Bibliografia

Sfriso F, et al. of the Paediatric Intermediate Care Unit Working Group of the Medical and Nursing Academy of Paediatric Emergency and Intensive Care. Distribution and characteristics of Italian paediatric intermediate care units in Italy: A national survey. Acta paediatr. 2020 May, 109(5), 1062-63.

16:35 - 16:50

4923

SCelta DELLA CORRETTA MISURA DEL TUBO ENDOTRACHEALE NEL BAMBINO IN TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA: UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA TRA VECCHIE FORMULE E NUOVE PROSPETTIVE

Serena Copetti, Antonelli Romina.

Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli, Roma - serena.copetti@hotmail.it

Introduzione

La procedura dell'intubazione orotracheale all'interno delle terapie intensive pediatriche si configura come una procedura nota e consueta, ma non scevra di rischi e complicanze. Se sono perlopiù conosciuti i rischi relativi alla possibile insorgenza di infezioni polmonari, di VAP o relativi alla difficoltà di weaning, meno conosciute sono le complicanze che possono derivare dalla scelta errata del calibro del tubo endotracheale. Un tubo endotracheale molto piccolo può comportare una ventilazione inadeguata con associate perdite o un maggiore rischio di aspirazione del contenuto orogastrico; ugualmente un tubo endotracheale molto grande può comportare danni tissutali di varia entità alle vie aeree, presenza di croup all'estubazione e, nei casi più gravi, stenosi subglottica. Le peculiarità anatomofisiologiche del bambino, inoltre, predispongono questo ad incorrere in un rischio maggiore di collassabilità delle vie aeree e ad avere una minore riserva respiratoria rispetto all'adulto, ragion per cui l'intubazione deve esser eseguita in sequenza rapida e con il giusto equipaggiamento per ridurre il numero di tentativi. La scelta del calibro del tubo endotracheale, spesso eseguita empiricamente e sulla base esperienziale dell'equipe medica ed infermieristica, in letteratura appare come una eterogenea rassegna di metodiche, formule e convenzioni. In questo panorama variegato e caleidoscopico, l'obiettivo di tale ricerca è di analizzare limiti e vantaggi delle varie tecniche presenti in letteratura per l'adeguata scelta della misura del tubo endotracheale e di identificare possibilmente un gold standard per la popolazione pediatrica.

Materiali e metodi

È stata svolta una revisione della letteratura sulle principali banche dati quali PubMed, Cinahl e Medline. L'intervallo temporale di ricerca include articoli pubblicati negli ultimi 10 anni in lingua inglese. La revisione è stata eseguita secondo le linee guida del PRISMA 2020.

Risultati

Significativi gli studi riguardanti formula di Cole, formula di Motoyama, formula di Khine, metodo di Broselow e del pediatric emergency tape ed uso dell'ultrasonografia. La formula di Cole appare idonea per la scelta della misura dei tubi endotracheali non cuffiati, dove ID (diametro interno) in mm= (età in anni)/4+ 4; la formula Motoyama per i tubi endotracheali cuffiati nei bambini di età ≥ai 2 anni, dove ID in mm= (età in anni)/4 +3.5; la formula di Khine per i tubi endotracheali cuffiati nei bambini di età inferiore ai 2 anni, dove ID in mm= (età in anni)/4+ 3.

Il nastro di Broselow, che si basa su dati antropometrici, appare lo strumento più indicato in scenari di emergenza. L'ultrasonografia ha riportato risultati, a confronto con le formule, maggiormente incoraggianti; ha mostrato maggiore affidabilità e precisione nella scelta della misura del tubo endotracheale e la possibilità di determinarne anche la corretta posizione.

Discussione

Lo studio ha evidenziato come la nuova frontiera d'uso dell'ultrasonografia nell'ambito dell'intubazione restituisca risultati più affidabili rispetto alle convenzionali formule citate in letteratura ai fini della corretta determinazione della misura del tubo endotracheale, cuffiato o non, e come questa tecnica possa rivelarsi utile alla determinazione della giusta posizione dello stesso. Studi all'interno della terapia intensiva pediatrica potranno approfondirne l'applicazione e rappresentare un'opportunità di ampliamento delle competenze dell'infermiere di area critica sull'uso dell'ecografo in questo specifico ambito.

16:50 - 17:05

4915

PARTECIPAZIONE GENITORIALE ALLE CURE DURANTE L'ERA COVID-19

Davide Scarponcini Fornaro, Emanuele Buccione, Adelaide D'Errico.

Asl Pescara - davide.scarponcini@hotmail.com

Obiettivo

Il ricovero nell'unità di terapia intensiva neonatale (TIN) spesso causa una separazione tra genitori e neonato. Modelli come la Family Integrated Care cercano di limitare gli effetti negativi del ricovero in TIN promuovendo la partecipazione dei genitori alle cure, consentendo loro di diventare caregiver competenti ed autonomi. L'impatto negativo delle restrizioni all'accesso in TIN da parte dei genitori durante la pandemia da COVID-19, è stato descritto in diversi studi pubblicati, ma nessuno ha riportato quali caratteristiche individuali fossero correlate a una ridotta partecipazione alle cure durante questo periodo. Lo scopo dello studio è quello di descrivere le barriere alla genitorialità evidenziate durante la permanenza in TIN.

Materiali e metodi

È stato condotto uno studio osservazionale prospettico multicentrico, condotto in due TIN per un totale di 54 posti letto. I genitori erano autorizzati ad entrare nelle TIN due volte al giorno, per un totale massimo di due ore. Solo i genitori di gemelli erano autorizzati a entrare contemporaneamente. Sono stati raccolti i dati sociodemografici dei genitori, le caratteristiche del parto e dei neonati. Sono state effettuate due valutazioni per ciascun genitore: la prima è stata effettuata nei primi tre giorni, mentre la seconda è stata eseguita tra il settimo e il decimo giorno di ricovero. Lo strumento utilizzato è la versione italiana della Parental Participation in Care Scale: Neonatal Intensive Care Unit (PPCS:NICU).

Risultati

270 genitori hanno partecipato a questo studio ed il 50,4% erano donne. 152 neonati sono stati inclusi nello studio: l'11,2% erano gemelli ed il 37,1% erano pretermine. La partecipazione delle madri alle cure risulta essere significativamente maggiore rispetto ai padri, con un punteggio mediano rispettivamente di 42(8) contro 39(11) [p=0,017]. Questo risultato è confermato dalle seconde osservazioni, quando le madri hanno riportato un punteggio mediano di 46(6) contro 44(9) dei padri [p=0,003]. I genitori che hanno avuto un parto naturale hanno mostrato una maggiore partecipazione alle cure con un punteggio mediano di 43(8) rispetto ai genitori che hanno subito un taglio cesareo [p>0,001]. I genitori che hanno vissuto la nascita del loro primogenito hanno riportato un livello mediano migliore di partecipazione alle cure: 42(8) vs 38(12) [p=0,005]. Questa differenza è stata registrata anche nella seconda rilevazione con un punteggio più alto per i genitori di primogeniti 4 (6) contro 44(10) [p=0,015]. I genitori di neonati estremamente pretermine hanno riportato un'interazione significativamente inferiore con il loro bambino con un punteggio mediano di 31(9) [p>0,001]. I genitori di gemelli hanno mostrato una partecipazione significativamente più alta solo nella seconda valutazione con un valore mediano di 47(1) rispetto ai genitori di primogeniti 45(8) [p=0,048]. I padri dei gemelli hanno riportato un valore di partecipazione superiore.

Conclusioni

Lo studio ha confermato l'impatto negativo delle restrizioni delle visite che limitavano le opportunità dei genitori di prendersi cura del loro bambino.

Bibliografia

Chen, H.; Dong, L. The Effect of Family Integrated Care on the Prognosis of Premature Infants. BMC Pediatr 2022, 22, 668.

Darcy, Mahoney A., et al. Impact of Restrictions on Parental Presence in Neonatal Intensive Care Units Related to Coronavirus Disease 2019. J Perinatol 2020, 40, 36-46.

Kostenzer, J., et al. Neonatal Care during the COVID-19 Pandemic. A Global Survey of Parents' Experiences Regarding Infant and Family-Centred Developmental Care. EclinicalMedicine 2021, 39.

Muniraman, H., et al. Parental Perceptions of the Impact of Neonatal Unit Visitation Policies during COVID-19 Pandemic. Bmjpo 2020, 4.

Scarponcini Fornaro, D., Della Pelle, C., Buccione, E. Parental Participation in Care during Neonatal Intensive Care Unit Stay: A Validation Study. *Infermieristica journal*. 2022, 1, 81-88.

DEVICE & VENTILAZIONE IN ICU PEDIATRICA

17:20 - 17:35

4921

LA TEMPERATURA VESCICALE COME "CORE TEMPERATURE" NEI NEONATI SOTTOPOSTI ALLA TARGETED TEMPERATURE MANAGEMENT. UNO STUDIO OSSERVAZIONALE PROSPETTICO.

Emanuele Buccione, Davide Scarponcini Fornaro.

ASL Pescara - emanuele.bucc@live.it

Obiettivo

L'encefalopatia neonatale è una condizione clinica che causa un'alterazione della funzione neurologica nei primi giorni di vita. L'ipotermia terapeutica è un approccio validato atto a mitigare le sequele neurologiche. La letteratura attuale suggerisce di utilizzare i siti rettale o esofageo per valutare la temperatura durante l'ipotermia terapeutica, ma sono pochi gli studi che hanno valutato quale sia il sito migliore e meno invasivo per valutare la temperatura. Questo studio si pone l'obiettivo di descrivere le prestazioni del monitoraggio della temperatura vescicale rispetto alla temperatura rettale durante l'ipotermia terapeutica.

Materiali e metodi

Dal 06/01/2022 al 05/12/2022 abbiamo arruolato prospetticamente i neonati ammessi in Terapia Intensiva Neonatale con diagnosi di sofferenza perinatale e sottoposti ad ipotermia terapeutica. Le temperature sono state memorizzate automaticamente dall'elettromedicale deputato all'erogazione della terapia. Successivamente le temperature dei due diversi siti sono state confrontate utilizzando la Bland-Altman Analysis.

Risultati

Abbiamo arruolato un totale di 6 neonati e collezionato 25527 misurazioni delle temperature vescicale e rettale. La concordanza tra i due siti è statisticamente significativa con una differenza media di $0,118^{\circ}\text{C} \pm 0,175$; [IC 95%-0.226 -0.462] e $p=0.000$.

Conclusioni

La temperatura vescicale sembra avere una buona attendibilità, non inferiore agli altri siti di valutazione attualmente utilizzati. I benefici nell'utilizzo del catetere vescicale con sensore di temperatura potrebbero essere: riduzione del numero dei dispositivi; garanzia di una stabilizzazione più efficace; riduzione dei tempi di inattività del trattamento.

Bibliografia

Martinello K, Hart AR, Yap S, Mitra S, Robertson NJ. Management and investigation of neonatal encephalopathy: 2017 update. *Arch Dis Child Fetal Neonatal* Ed. 2017;102(4):F346-F358.

Azzopardi D, Strohm B, Marlow N, et al. Effects of Hypothermia for Perinatal Asphyxia on Childhood Outcomes. *N Engl J Med*. 2014;371(2):140-149.

Tolaymat Y, et al. Inhaled Gases for Neuroprotection of Neonates: A Review. *Front Pediatr*. 2020;7:558.

Chiang MC, Jong YJ, Lin CH. Therapeutic hypothermia for neonates with hypoxic ischemic encephalopathy. *Pediatr Neonatol* 2017;58(6):475-483.

17:35 - 17:50

4860

LA RIMOZIONE ACCIDENTALE DEI DEVICE IN TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA: UNO STUDIO RETROSPETTIVO

Jessica Pozzoli, Mario Madeo.

IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico di Milano - jessica.pozzoli@policlinico.mi.it

Background

Il fenomeno della rimozione accidentale dei device sta assumendo sempre più rilevanza in ambito critico, in quanto rappresenta un indice di qualità dell'assistenza infermieristica erogata e di sicurezza del paziente ricoverato in terapia intensiva pediatrica (TIP). La TIP si caratterizza per la criticità del paziente e per l'alta complessità delle cure assistenziali richieste. L'assistenza a questi pazienti richiede l'utilizzo di diversi device, la cui rimozione accidentale può causare diverse complicanze cliniche: il prolungamento del tempo di degenza e necessità di riposizionamento dei presidi con conseguente aumento dei livelli di stress sia del paziente che del personale.

Obiettivo

Valutare l'incidenza delle rimozioni accidentali dei device in TIP, individuare i fattori di rischio e le strategie preventive che vengono messe in atto.

Materiali e metodi

Sono stati analizzati retrospettivamente i dati raccolti negli anni 2017, 2018 e 2019 inerenti il posizionamento e lo spostamento dei device, in particolare tubo endotracheale, sondino nasogastrico, accessi vascolari, drenaggi e catetere vescicale, di tutti i pa-

zienti ricoverati nell'unità operativa di TIP De Marchi dell'ospedale Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano. Per l'analisi statistica dei dati sono stati recuperati i dati raccolti, nel triennio preso in esame, dagli operatori sanitari nella cartella clinica informatizzata in uso nell'unità operativa. È stato calcolato il tasso di incidenza in relazione ai giorni presidio ed è stato considerato il numero di rimozioni accidentali annui (n. casi), è stato diviso per il numero di giorni/presidio annui e successivamente è stato moltiplicato per 1000. Il numero di giorni presidio corrisponde al numero di pazienti con un determinato presidio moltiplicato per i giorni dell'anno considerato.

Risultati

Nel triennio considerato in TIP sono stati ricoverati un totale di 1114 pazienti; sono stati segnalati 73 casi di rimozioni accidentali di devices (6,6% dei pazienti ricoverati). I presidi più soggetti a rimozione accidentale sono il sondino nasogastrico (picco di incidenza di 28,4/1000), il tubo endotracheale (picco di incidenza del 16,4/1000) e il catetere venoso centrale (picco di incidenza di 8/1000.) I device che vengono riposizionati frequentemente risultano essere il catetere vescicale (riposizionato nel 100% dei casi) e il catetere venoso periferico (riposizionato nel 62,5% dei casi).

Conclusioni

La rimozione accidentale dei device e le complicanze correlate sono l'evento avverso più frequente in terapia intensiva. I valori di incidenza ottenuti si discostano da quelli riportati in letteratura, in particolare, le incidenze ottenute dal nostro studio riguardo al sondino naso gastrico e al tubo endotracheale risultano essere maggiori, mentre l'incidenza relativa al catetere venoso centrale risulta essere minore. I fattori di rischio sono il livello di sedazione inadeguato, la mancata applicazione di contenzioni, il delirium, la mobilitazione del paziente e il rapporto infermieri/pazienti. I risultati ottenuti dallo studio pongono le premesse per ulteriori prospettive di ricerca.

17:50 - 18:05

4931

LE ASINCRONIE NEONATO-VENTILATORE: LA COMPETENZA AVANZATA INFERMIERISTICA NEL RICONOSCERLE, SEGNALARLE E GESTIRLE

Giovanni Lorenzo Scotto

Ausl Bologna - giovannilorenzo.scotto@ausl.bologna.it

Background

L'argomento delle asincronie paziente-ventilatore è molto trattato nell'assistenza al paziente adulto e relativamente meno conosciuto in ambito neonatale. In letteratura scientifica tale fenomeno viene descritto come una condizione in cui c'è un disallineamento tra le richieste del paziente di flusso, pressione o volume in funzione del tempo e quello che il ventilatore effettivamente gli eroga. Le asincronie possono presentarsi sia durante la ventilazione non invasiva, sia nell'invasiva convenzionale. Può esserci una situazione in cui il paziente ha bisogno di una inspirazione ed il ventilatore non la offre, oppure l'opposto, in cui il ventilatore eroga un'inspirazione in una fase non desiderata dal paziente. Queste condizioni generano discomfort nel paziente e riduzione dell'efficacia della ventilazione, fino al suo fallimento.

Obiettivi

Approfondire e comprendere gli effetti di tali asincronie, riconoscerle tempestivamente attraverso il monitoraggio del monitor multiparametrico, tramite le informazioni trasmesse dal ventilatore e dall'osservazione del neonato.

Materiali e metodi

Si è condotta una revisione della letteratura da Gennaio a Maggio 2023, consultando principalmente la banca dati PubMed e Cinahl. Successivamente si è estesa la ricerca su più banche dati attraverso EBSCO. Vengono passati in rassegna studi e prove d'efficacia che descrivano i fenomeni fisiologici e indotti dalla ventilazione meccanica. Si è consultata la letteratura biomedica del settore, libri di nursing e fisiologia. Altra letteratura è stata consultata a ritroso perché citata nella letteratura pubblicata o citata nel corso in webinar.

Risultati

La letteratura scientifica riconosce il problema delle asincronie ormai da diversi anni; alcuni studi affermano che in determinate condizioni si possa arrivare ad avere asincronia fino al 70% degli atti erogati. Questo si trasforma in una condizione non solo di discomfort, ma letteralmente in una situazione di stress del neonato, con necessità di aumentare la sedazione o rischio di fallire con le metodologie non invasive.

Conclusioni

L'infermiere che opera in ambito neonatale è indubbiamente il professionista che passa maggior tempo a stretto contatto con il neonato, passa molte ore ad osservare ogni cambiamento clinico ed il mutare delle informazioni riportate dai dispositivi di monitoraggio e del ventilatore meccanico. Riconoscere le asincronie, osservare come le onde del ventilatore si modificano e come il neonato risponde all'assistenza ventilatoria, è una competenza avanzata che può decisamente migliorare la qualità dell'assistenza erogata e gli outcome finali sul neonato stesso.

Bibliografia

Georgopoulos D, Prinianakis G, Kondili E. Bedside waveforms interpretation as a tool to identify patient-ventilator asynchronies. *Intensive Care Med*. 2006 Jan;32(1):34-47.

Doerschug KC. Patient-Ventilator Synchrony. Clin Chest Med. 2022 Sep;43(3):511-518.
De Haro C, et al. Asynchronies in the Intensive Care Unit (ASYNICU) Group. Patient-ventilator asynchronies during mechanical ventilation: current knowledge and research priorities. Intensive Care Med Exp. 2019 Jul 25;7(Suppl 1):43.
Mireles-Cabodevila E, Siuba MT, Chatburn RL. A Taxonomy for Patient-Ventilator Interactions and a Method to Read Ventilator Waveforms. Respir Care. 2022 Jan;67(1):129-148.

MERCOLEDÌ, 22 NOVEMBRE 2023

Sala Auditorium ASSISTENZA E INFEZIONI

11:20 - 11:35
4840

UN NUOVO INDICE PER LA VALUTAZIONE DEGLI STATI DI SHOCK IN AREA CRITICA: UNO STUDIO QUANTITATIVO

Ludovica Siano.
Azienda Ospedaliera San Pietro Fatebenefratelli, Roma - ludovica.siano@gmail.com

Background

In area critica, specialmente nelle Terapie Intensive, è un approccio vincente il precoce riconoscimento dello shock e la possibilità di valutazione dell'andamento clinico del paziente, nonché il suo outcome. Fino ad ora sono stati utilizzati come strumenti di valutazione lo Shock Index (SI) e il Modified Shock Index (MSI); tuttavia, gli indici di ipoperfusione dei tessuti (BE e Lac) potrebbero essere ulteriori markers di tale condizione. L'obiettivo dello studio nasce dall'esigenza di voler valutare se l'utilizzo di un nuovo SI modificato, definito dal prodotto fra parametro di ipoperfusione, MSI e condizione clinica del paziente, consenta una maggiore precisione di prognosi per il paziente.

Materiali e metodi

Per raggiungere lo scopo, si è scelto di usare uno studio quantitativo descrittivo correlazionale retrospettivo. Lo studio è stato effettuato su un campione consecutivo, ovvero non probabilistico, che è stato identificato attraverso la metodica PICOM per rispondere al quesito del progetto e, affinché il campione in esame fosse rappresentativo della popolazione di pazienti in shock, si sono applicati dei criteri di inclusione ed esclusione. Definito il campione ed iniziando l'attività di raccolta ed analisi dei dati, si è deciso di utilizzare come strumento un foglio di calcolo Excel® e degli applicativi di calcoli statistici. Durante lo studio si è definito il possibile nuovo indice di shock sostituendo i pregressi criteri di valutazione e dando così origine alla formula finale: l'Haemodynamic Index (HI), definito come $[(Lac \times MSI) + \text{vasopressori}]$. L'HI è stato calcolato grazie ai dati della Rianimazione del Policlinico A. Gemelli, su una porzione della popolazione con diagnosi di ammissione di shock, per un campione pari a 60 pazienti ricoverati fra il 1° Gennaio 2018 e il 31 Agosto 2022.

Risultati

È stata effettuata un'analisi multivariata dell'HI, avendo prima valutato la performance dello HR/SAP (SI), HR/MAP (MSI), HR/DAP e dei lattati fra la popolazione dei sopravvissuti e dei deceduti. Inoltre, è stata analizzata l'area sotto la curva (AUC) del nuovo indice di instabilità emodinamica per comprendere quale potesse essere un cut-off valido.

Discussione

Dal nostro studio si è ottenuta conferma della predittività del MSI, definito come rapporto fra Frequenza Cardiaca e Pressione Arteriosa Media. Da ciò si è deciso di procedere con l'esecuzione di un'ulteriore modifica di tale formula, che includesse l'andamento generale del paziente come fattore prognostico, giungendo alla creazione dell'Haemodynamic Index. Per confermare l'utilità e la facile applicabilità del nuovo strumento, lo si è posto a confronto con il SAPS II (Simplified Acute Physiology Score). I limiti sono riconducibili alla monocentricità dello studio ed alla ridotta numerosità campionaria che potrebbe aver condotto a dei risultati non generalizzabili all'intera popolazione dei pazienti che necessitano di un'assistenza di area critica.

Conclusioni

L'HI potrebbe essere un utile metodo bedside per la valutazione dello stato precoce di shock del paziente e dell'outcome dello stesso. Inoltre, deve poter essere uno stimolo che permetta di intraprendere studi futuri che amplino le strategie di riconoscimento, trattamento e prognosi dei pazienti con diagnosi di shock, al fine di poter garantire una cura ancor più personalizzata e mirata.

Parole chiave

ICU, Modified Shock Index, Haemodynamic, Lac.

Bibliografia

Das, M., et al. (2020). Prognostic performance of peripheral perfusion index and shock index combined with ESI to predict hospital outcome. American Journal of Emergency Medicine, 2055-2059.
Pino, R., Singh, J. (2021, April). Appropriate clinical use of lactate measurements. The American Society of Anesthesiologists, p. 637-644.
Sahu, N., et al. (2020). Shock index as a marker for mortality rates in those admitted to the medical intensive care unit from the emergency department. Cureus 12(4).
Smischney, N., et al. (2018). Elevated Modified Shock Index Within 24 Hours of ICU Admission is an Early Indicator of Mortality in the

Critically Ill. Journal of Intensive Care Medicine, 582-588.

Waheed, S., Ali, N., Sattar, S., Siddiqui, E. (2020). Shock Index as a predictor of hyperlactatemia for early detection of severe sepsis in patients presenting to the emergency department of a low to middle income country. Journal of Ayub Medical College, 465-469.

11:35 - 11:50

4863

INFEZIONI DEL TORRENTE CIRCOLATORIO IN PAZIENTI AFFETTI DA COVID-19 E SOTTOPOSTI A VV-ECMO: STUDIO OSSERVAZIONALE RETROSPETTIVO

Francesco Andreotti, Giulio Thiruthanathil, Giulia De Filippis, Francesca Angelelli, Simone Carelli.
Fondazione Policlinico A. Gemelli, Roma - francesco.andreotti@policlinicogemelli.it

Introduzione

L'insufficienza respiratoria acuta e la sindrome da distress respiratorio acuto rappresentano due tra le più frequenti gravi complicanze nel contesto della malattia da Coronavirus-19. Nei casi più severi la ARDS da Sars-CoV2 può beneficiare, in modo analogo alle altre forme con differente eziologia, della terapia di ossigenazione extra-corporea a membrana (ECMO). L'impiego di questo trattamento non è però immune da complicanze e tra di esse vi sono le infezioni nosocomiali, ivi comprese le infezioni del torrente circolatorio (BSI). Tuttavia, allo stato attuale non sono presenti in letteratura sufficienti dati a riguardo. L'obiettivo principale dello studio è valutare se le BSI occorse durante il trattamento ECMO siano correlate ad un maggior rischio di mortalità in Terapia Intensiva. L'obiettivo secondario è stato determinare se tali infezioni siano associate ad altri peggiori outcomes clinici e se vi siano delle differenze cliniche, microbiologiche e prognostiche tra i pazienti affetti da BSI primarie e secondarie.

Materiali e metodi

È stata condotta un'analisi osservazionale e retrospettiva su dati raccolti prospettivamente in pazienti ricoverati presso il Centro di Rianimazione della Fond. Policlinico Gemelli con diagnosi di insufficienza respiratoria acuta in COVID-19 tra marzo 2020 e marzo 2022, sottoposti a trattamento ECMO. Sono stati raccolti dati demografici, clinici, laboratoristici, strumentali e di outcome attraverso il software Digistat ed il sistema informativo sanitario Trakcare. Sono state considerate le BSI ed ogni altro evento infettivo documentati de novo durante il trattamento ECMO ed entro 48 ore dalla decannulazione.

Risultati

Lo sviluppo di BSI durante ECMO non ha mostrato associazione con una maggiore mortalità. Nei pazienti del gruppo BSI sono stati documentati 35 eventi infettivi, che sono stati classificati in BSI primarie e secondarie. Cinque pazienti hanno avuto due eventi infettivi. La durata del supporto respiratorio pre-ECMO è stata maggiore nei pazienti affetti da BSI secondarie. I Gram positivi sono stati isolati più frequentemente nei pazienti Primary BSI. Al contrario i Gram negativi sono stati isolati più frequentemente nei pazienti Secondary BSI. Gram negativi MDR sono stati isolati più spesso nei casi di BSI secondarie.

Discussione

Non sono state osservate differenze di mortalità correlate alla presenza di infezioni del torrente circolatorio durante il trattamento ECMO. I pazienti affetti da BSI hanno necessitato di una più prolungata circolazione extracorporea ma ciò non ha determinato una maggiore durata della degenza. Confrontando pazienti con BSI primarie e secondarie, sono state documentate significative differenze microbiologiche con una maggiore prevalenza rispettivamente di patogeni Gram positivi nel primo gruppo e Gram negativi nel secondo; tuttavia, gli outcomes clinici dei due gruppi di pazienti sono risultati sovrapponibili. Nel campione studiato, a differenza degli studi precedenti, non si è osservata una differenza di mortalità legata alle BSI. La prognosi dei pazienti in studio potrebbe essere stata legata prevalentemente all'evoluzione del COVID-19.

Il disegno retrospettivo non ha reso possibile una raccolta dati finalizzata agli obiettivi di studio e, trattandosi di uno studio monocentrico e con una ridotta numerosità campionaria, la riproducibilità dei risultati è limitata.

Conclusione

Lo studio presenta degli elementi di novità riguardo uno specifico contesto di pazienti affetti da COVID-19 e trattati con vv-ECMO. Tuttavia, vi è la presenza di evidenti limiti che ne condizionano l'interpretazione. Si auspica in futuro, la possibilità di avvalersi di un campionamento microbiologico specifico al fine di soddisfare i requisiti necessari per un'attuazione terapeutica tempestiva, attraverso l'utilizzo di un protocollo di ricerca interno.

Parole chiave

ECMO, Bloodstream Infections, ARDS, Venous cannula, COVID-19.

Bibliografia

Biffi S, Di Bella S, Scaravilli V, et al. Infections during extracorporeal membrane oxygenation: epidemiology, risk factors, pathogenesis and prevention. Int J Antimicrob Agents 2017; 50:9-16.
Extracorporeal Life Support Organization (ELSO). Guidelines for Adult Respiratory Failure. Extracorporeal Life Support Organization, Vers. 1 2017; 1-32
Fan E, Gattinoni L, Combes A, et al. Venovenous extracorporeal membrane oxygenation for acute respiratory failure. Intensive care medicine 2016; 42(5):712-724.
Grasselli G, Scaravilli V, Di Bella S, et al. Nosocomial infections during extracorporeal membrane oxygenation: Incidence, etiology, and impact on patients' outcome. Crit Care Med 2017; 45:1726-1733.
Chaves R, Rabello R, Timenetsky K, et al. Extracorporeal membrane oxygenation: a literature review. RB de Terapia Intensiva 2019; 410-24.

11:50 - 12:05

4813

UTILIZZO DELL' ECOGUIDA PER L'ESECUZIONE DEL PRELIEVO DI SANGUE VENOSO PER ANALISI MICROBIOLOGICA NEL PAZIENTE CRITICO: UNO STUDIO PILOTA DI FATTIBILITÀ ECOVEN

Mariacarmen La Bella, Laura Lo Tito, Antonio Maria Dell'Anna.

IRCCS Fondazione Policlinico Universitario "A.Gemelli", Roma - mariacarmen.labella@yahoo.it

Background

L'emocultura è un'indagine microbiologica che ha lo scopo di diagnosticare eventuali infezioni del torrente circolatorio. Consiste nel prelievo di campioni di sangue, che, seminato su appositi terreni di coltura, permette una diagnosi tempestiva di setticemia¹. L'individuazione dell'agente eziologico consente l'ottimizzazione di una precoce ed efficace terapia antibiotica, migliorando l'outcome dei pazienti ricoverati per sepsi e shock settico in terapia intensiva^{2,3}. Lo studio "EcoVen" ha l'obiettivo di verificare la fattibilità e l'efficacia dell'esecuzione di prelievi venosi periferici per emocultura con tecnica ecoguidata e di confrontare i benefici o le possibili difficoltà di quest'ultima rispetto alla venipuntura con tecnica blind, nel paziente critico.

Materiali e metodi

Il presente lavoro è uno studio osservazionale, prospettico in cross-over, svolto presso l'unità di Rianimazione di un grande Policlinico Universitario romano. Sono stati inclusi nello studio tutti i pazienti adulti che presentavano segni di infezione (febbre, leucocitosi, incremento degli indici di flogosi e nuova insufficienza d'organo con esami strumentali compatibili)⁴. Sono stati esclusi pazienti con estese lesioni cutanee (ustioni o politrauma maggiore o gravi patologie dermatologiche) e infezioni che richiedessero isolamento con classe di rischio 3-4 5. I pazienti inclusi sono stati sottoposti al prelievo di 2 coppie di emocolture da vena periferica, una con tecnica tradizionale blind e una ecoguidata, più eventuali prelievi da cateteri venosi centrali o arteriosi impiantati da più di 24 ore in seguito a indicazione medica. Prima del prelievo i pazienti sono stati valutati secondo il EA-DiVA (Enhanced Adult-Difficult Venous Access) score. Sono stati raccolti dati relativi al tempo totale di prelievo, al numero di tentativi di venipuntura e ai germi isolati.

Risultati

Sono stati arruolati in totale 20 pazienti di cui 15 (75%) erano di sesso maschile con un'età mediana di 54 (39-62) anni, con un BMI mediano di 28 (23-29) kg/m². Il SAPS mediano è risultato di 32 (22-34) e la principale causa di ammissione per 9 pazienti (45%) è stata l'insufficienza respiratoria con una durata mediana di ricovero di 19 (10-29) giorni e con una mortalità del 30%. Le emocolture ecoguidate sono risultate fattibili nel 95% dei casi; al contrario, il prelievo con tecnica blind è stato possibile in un numero significativamente minore (11[55%]), p=0,008. La venipuntura ecoguidata ha richiesto un numero significativamente minore di tentativi rispetto a quella tradizionale (1[1-2]vs 2,5[1-3], p=0,012) e un tempo di prelievo inferiore, anche se non statisticamente significativo (3,5[1-10]vs 5,5[3-10], p=ns).

Conclusioni

Lo studio ha dimostrato che eseguire le emocolture con tecnica ecoguidata in ambito intensivo, è sicuro, fattibile e richiede un minor numero di tentativi di venipuntura. Ulteriori studi sono necessari per verificare se le emocolture ecoguidate possano efficacemente migliorare la resa diagnostica del prelievo.

Parole chiave

Emocolture, infezioni, paziente DiVA, rianimazione, venipuntura ecoguidata, fattibilità, sepsi, batteriemia.

Referenze

1. Timsit JF, Ruppé E, Barbier F, et al (2020) Bloodstream infections in critically ill patients: an expert statement. Intensive Care Medicine 46:266–284.
2. Evans L, Rhodes A, Alhazzani W, et al (2021) Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. Intensive Care Medicine 47:1181–1247.
3. Kumar A, Roberts D, Wood KE, et al (2006) Duration of hypotension before initiation of effective antimicrobial therapy is the critical determinant of survival in human septic shock. Critical Care Medicine 34:1589–1596.
4. Singer M, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016 Feb 23;315(8):801-10.
5. Kojima K, Booth CM, Summermatter K, et al. Risk-based reboot for global lab biosafety. Science. 2018 Apr 20;360(6386):260-262.

12:05 - 12:20

4843

CANNULA PERIFERICA CORTA NEL PAZIENTE CON DIAGNOSI DI STROKE: UNO STUDIO PROSPETTICO OSSERVAZIONALE A COORTE SINGOLA

Giorgio Parravicini, Michela Rossini, Annamaria Mazzone, Marianna Sanfilippo, Daniele Privitera.

ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano - gio.parra28@alice.it

Background

Lo stroke è la seconda causa di morte nell'adulto ed il maggiore motivo di disabilità¹. In Europa l'ictus colpisce 1,1 milioni di abitanti all'anno con circa 440.000 decessi². Il Pronto Soccorso (PS) è il punto di accesso per le vittime di ictus le quali richiedono il posizionamento di un accesso venoso, sia per indagini diagnostiche che per terapia endovenosa^{3,4}. Da molti anni l'opinione di esperti, per questo tipo di popolazione, consiglia il posizionamento di una cannula periferica corta (short peripheral intravenous catheter-sPIVC) nell'arto senza deficit motorio: questo perché l'arto con deficit ha un'alterata circolazione sanguigna e una modificata

sensibilità al dolore⁵. Una recente metanalisi ha evidenziato l'insorgenza nel 36% dei casi di flebiti e nel 24% dei casi il riscontro di infiltrazioni, meno comuni le occlusioni e dislocazioni⁶. Ad oggi non sono disponibili studi che descrivano la frequenza e le reali complicanze nei pazienti affetti da stroke. Obiettivo di questo studio è quello di descrivere il tasso e la natura delle complicanze correlate alla presenza di un sPIVC in pazienti con ictus ischemico o emorragico.

Materiali e metodi

È stato condotto uno studio osservazionale prospettico, a coorte singola, monocentrico. Il setting di identificazione dei pazienti era il PS dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda. I criteri di inclusione erano: età maggiore di 18 anni, necessità di un sPI-VC e nuova diagnosi di stroke ischemico o emorragico. L'arruolamento (t0) è stato eseguito in PS raccogliendo dati comprendenti: codice identificativo, sesso, data di nascita, codice di triage, tipologia di stroke, tipo di deficit (visivo, verbale, motorio), Enhanced Adult DiVA score (EA-DiVA), data e ora impianto dell'sPIVC, sede del vaso incannulato, numero di tentativi di venipuntura, calibro dell'sPIVC, Numerical Rating Scale (NRS), tipologia di utilizzo dell'sPIVC e reparto di ricovero. Successivamente è stato eseguito un follow-up ogni 24 ore con procedura standardizzata fino alla dimissione dal reparto o eventuale posizionamento di un catetere venoso centrale. Al follow up è stata indagata la presenza di flebite mediante la Phlebitis Scale, la presenza di ritorno ematico dal catetere, il posizionamento di nuovi sPIVC, la tipologia della terapia farmacologica somministrata per via endovenosa, l'ora e la causa della rimozione del sPIVC. Tutti i dati sono stati raccolti tramite il programma REDCap (Research Electronic Data Capture; Vanderbilt University, TN).

Risultati

Sono stati arruolati 280 soggetti di cui 157 (56%) maschi; l'età media del campione è di 74 anni (SD 12.17), con un range tra 42 e 102 anni. Nell'86% (n=241) la diagnosi è stata di stroke ischemico. Il deficit motorio si è presentato nell'81% (n=228), seguito da quello di linguaggio con il 55% (n=154) e deficit visivo 11% (n=30). In particolare, 110 pazienti (39%) hanno sviluppato solo un deficit motorio, 41 (15%) solo un deficit del linguaggio e 10 (3%) solo quello visivo. Il disturbo motorio si è presentato con quello di linguaggio in 99 (35%) pazienti e con quello visivo in 6 (2%) persone. In 13 (5%) persone assistite si sono rilevati deficit nei tre ambiti. Il reparto di ricovero nel 74% dei casi (n=206) è la Stroke Unit.

Un totale di 831 cannule periferiche sono state osservate, con una media di 2 [IQR 1-4] per soggetto, con range da 1 a 10 sPIVC. Il tempo medio di permanenza del catetere è di 68 ore (mediana di 60 ore). Il 27% (n=77) dei pazienti ha necessitato di un solo accesso vascolare periferico, il 29% (n=81) di due, mentre il rimanente 43% (n=122) di tre o più. Il tempo totale di osservazione delle cannule periferiche corte è stato di 2366 giorni.

L'incidenza delle infiltrazioni è stata di 68.05 per 1000 cateteri/die. La dislocazione, causa principale di rimozione del sPIVC, è stata rilevata 249 volte (30%; 105.24 per 1000 cateteri/die). L'infiltrazione è stata la seconda causa principale di rimozione di sPIVC (19%), seguita da occlusione e flebite, che hanno rappresentato rispettivamente il 6% e il 5%.

In generale, 491 sPIVC (59% and 207.52 per 1000 catetere/die) sono stati rimossi a causa di eventi avversi. È stata verificata la correlazione tra l'insorgenza di infiltrazione, la dislocazione o almeno una complicanza come causa di rimozione anticipata del catetere, con il calibro degli sPIVC, con il posizionamento nell'arto dominante e la mobilità dell'arto incannulato. Da quest'ultimi dati si evince in maniera statisticamente significativa che l'utilizzo di un sPIVC di 22G è correlato ad un maggior rischio di dislocazioni (IRR 2.04) e alla comparsa di almeno un evento avverso (IRR 1.74).

Discussione

Questo studio ha avuto come obiettivo quello di indagare il numero e le tipologie di complicanze sPIVC correlate nei pazienti colpiti da stroke ischemico ed emorragico. Il principale deficit dei pazienti è stato quello motorio seguito da quello della parola e visivo. La dislocazione è stata la causa primaria di rimozione del sPIVC (30%), con valori significativamente superiori a quelli descritti in letteratura (10% e il 2,4%)^{7,8,9,10}. Una possibile spiegazione di questo evento può essere la presenza, con gravità variabile, di un deficit motorio e sensitivo da correlarsi anche ad un deficit cognitivo. La riabilitazione precoce potrebbe aumentare il tasso di dislocamento dei sPIVC¹¹. Sarebbero necessari nuovi studi per confermare questi dati ed indagare le differenze tra presidi differenti o nuove strategie di fissaggio delle cannule periferiche in questa popolazione¹². L'infiltrazione (19%) si presenta con valori simili a quelli presenti in letteratura (range tra 10 e 24%)^{6,13}. In studi precedenti condotti su una popolazione generale, le complicanze più comuni sono le flebiti e le infiltrazioni, seguite da dislocazioni e occlusioni. Nel nostro studio, le complicanze meno comuni sono l'occlusione e la flebite (6% e 5%, rispettivamente). Ciò potrebbe essere spiegato dal fatto che in oltre il 95% dei casi il catetere vascolare è utilizzato per somministrare farmaci non flebitogeni, quindi compatibile con la linea periferica. La novità di questo studio è stata anche quella di indagare differenze tra il posizionamento del sPIVC nel braccio con deficit (ipostenia o plegia) rispetto al braccio indenne. Nonostante non siano state osservate differenze statisticamente significative, infiltrazioni e dislocazioni sono leggermente inferiori nel braccio plegico rispetto al braccio ipostenico o con mobilità conservata. Questo dato si pone in contrasto con le attuali evidenze che consigliano di non posizionare il sPIVC nel braccio con deficit^{5,13}.

Si sono prevalentemente utilizzati sPIVC con calibro 18G, seguiti da 20G e 22G. La causa primaria del posizionamento di sPIVC con calibro maggiore in PS è stata quella di permettere una migliore esecuzione della Tomografia Computerizzata con mezzo di contrasto. Nei reparti di degenza, l'indicazione terapeutica ha consentito l'inserzione di sPIVC con calibro minore. Inoltre, all'utilizzo di cannule da 22G è associato un aumento delle dislocazioni; ciò potrebbe essere giustificabile dalla differente lunghezza dei sPIVC; 2,2 cm nei 22G comparata ai 3,3 cm del 20G o ai 4,5 cm del 18G¹⁴.

Simili sono state le complicanze per il catetere posizionato nell'arto dominante o non, dato in contrasto con altri studi che consigliano il posizionamento dei sPIVC nel braccio non dominante per una maggiore durata in sede del presidio¹⁵.

Conclusioni

Lo studio descrive per la prima volta il tasso e la natura delle complicanze legate alla sPIVC in pazienti con ictus ischemico o emorragico. Rispetto agli studi precedenti, la causa principale di rimozione della sPIVC è stata la dislocazione, con valori nettamente su-

periori rispetto a quelli già descritti per la popolazione generale. Infiltrazioni, occlusioni e flebiti si sono verificate con una frequenza paragonabile o inferiore ai dati già presenti in letteratura. Non sono state riscontrate differenze nel posizionamento della cannula periferica corta nell'arto con mobilità conservata o alterata, nell'arto dominante o non dominante.

Bibliografia

1. European Cardiovascular Disease Statistics 2017 edition. 2017.
2. Wafa HA, Wolfe CDA, Emmett E, Roth GA, Johnson CO, Wang Y. Burden of Stroke in Europe: Thirty-Year Projections of Incidence, Prevalence, Deaths, and Disability-Adjusted Life Years. *Stroke*. 2020;51:2418–2427.
3. Jauch EC, Saver JL, Adams HP, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2013;44:870–947.
4. Ashkenazi L, Toledano R, Novack V, et al. Emergency department companions of stroke patients. *Medicine (United States)*. 2015;94:e520.
5. Moureau N. The Right Approach for Vascular Access. ed. Vessel Health and Preservation: 2019.
6. Webster J, Osborne S, Rickard CM, Marsh N. Clinically-indicated replacement versus routine replacement of peripheral venous catheters. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;1(1):CD007798. Published 2019 Jan 23.
7. Rickard CM, Marsh N, Webster J, et al. Dressings and securements for the prevention of peripheral intravenous catheter failure in adults (SAVE): a pragmatic, randomised controlled, superiority trial. *The Lancet [Internet]*. 2018;392:419–430.
8. Hopkinson SG, Green AK, Hewitt BE, Grace SA. Short Peripheral Catheter Dwell Time and Associated Complications: A Systematic Review. *Journal of Infusion Nursing*. 2020;43:200–207.
9. Simin D, Milutinović D, Turkulov V, Brkić S. Incidence, severity and risk factors of peripheral intravenous cannula-induced complications: An observational prospective study. *Journal of Clinical Nursing*. 2019;28:1585–1599.
10. Keogh S, Shelverton C, Flynn J, et al. Implementation and evaluation of short peripheral intravenous catheter flushing guidelines: a stepped wedge cluster randomised trial. *BMC Medicine [Internet]*. 2020;18:252.
11. Winstein CJ, Stein J, Arena R, et al. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery. *Stroke [Internet]*. 2016;47:e98–e169.
12. Bahl A, Gibson SM, Jankowski D, Chen N-W. Short peripheral intravenous catheter securement with cyanoacrylate glue compared to conventional dressing: A randomized controlled trial. *The Journal of Vascular Access [Internet]*. 2023;24:52–63.
13. Keogh S, Shelverton C, Flynn J, et al. Implementation and evaluation of short peripheral intravenous catheter flushing guidelines: A stepped wedge cluster randomised trial. *BMC Medicine*. 2020;18:1–11.
14. Gorski LA, Hadaway L, Hagle ME, et al. Infusion Therapy Standards of Practice, 8th Edition. *Journal of Infusion Nursing [Internet]*. 2021;44.
15. Marsh N, Webster J, Larsen E, Cooke M, Mihala G, Rickard CM. Observational study of peripheral intravenous catheter outcomes in adult hospitalized patients: A multivariable analysis of peripheral intravenous catheter failure. *Journal of Hospital Medicine*. 2018;13:83–89.

COME MIGLIORARE LA VENTILAZIONE MECCANICA

14:30 - 14:45

4857

GESTIONE DEL LIVELLO DI SEDAZIONE DURANTE VENTILAZIONE MECCANICA IN UNA TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE

Valentina Roberti, Giulia Pasquale, Francesca Schenetti, Valeria Silvagni, Alberto Lucchini.

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori, Monza - valentina.roberti@alice.it

L'obiettivo primario di questo studio è stato indagare il livello di sedazione negli assistiti sottoposti a ventilazione meccanica controllata, in termini di dosaggio e quantità di farmaci somministrati, verificando l'attendibilità di strumenti quali Bispectral Index (BIS) e scala di valutazione RASS. L'obiettivo secondario è stato individuare eventuali differenze di gestione della sedazione per gli assistiti con insufficienza respiratoria associata a COVID-19.

Materiali e metodi

È stato condotto uno studio osservazionale retrospettivo presso una terapia intensiva (TI) polivalente. Il campione di pazienti è stato raccolto in un periodo compreso tra il 7 gennaio 2020 ed il 13 ottobre 2022.

Risultati

Sono stati arruolati 111 pazienti, di questi 35 pazienti erano donne (32%) con età mediana di 64 (IQR : 54-70) anni e con degenza media di 13 (10-18) giorni, un'altezza media di 1,70 m (1,65-1,75), un peso mediano di 75 kg (70-93,5), un BMI pari a 26,23 (24,22-30,30). Il SAPS2 score mediano era pari a 33 (29-42) e il SOFA score 6,5 (5-8).

Nella popolazione globale il 63% dei pazienti accedeva in TI per positività al virus Covid-19. Analizzando le diagnosi di ingresso dell'intero campione si ottiene la seguente distribuzione: il 78% dei pazienti è in TI per diagnosi di ARDS, il 6% per Trauma, il 7% per Shock Settico e il 9% per altro.

La mediana dei giorni di ventilazione controllata è stata di 5 (3-9) giorni per il totale del campione; di questi, per 4 (3-8) giorni i pazienti sono stati sottoposti a somministrazione di curaro. Nel campione globale la mediana della Frequenza Cardiaca è stata di 85 (71-100) bpm, della Pressione Arteriosa Sistolica 116 (110-124) mmHg, della Pressione Arteriosa Diastolica di 56 (52-61) mmHg, della Pressione Arteriosa Media di 76 (72-81) mmHg e della SpO2 di 97 (96-98) %. Il valore di BIS mediano per la popolazione globale è stato di 45 (40-50) con un SQI di 93 (89-95), un EMG di 28 (27-29), un BSR di 2 (0-4) e una RASS -5 (-5/-4).

Il livello di sedazione è stato ottenuto tramite la somministrazione di farmaci sedativi quali: Propofol (96%), Midazolam (50%), Fentanyl (97%), Remifentanyl (7%), Dexmedetomidina (5%), integrazione per SNG (30%) e coadiuvati nella maggior parte dei casi con farmaci quali Rocuronio (90%) e Cisatracurio (7%). In particolare nella popolazione Covid-19 positiva, il Rocuronio è stato somministrato nel 94% dei casi e il Cisatracurio nel 10% mentre nella popolazione Covid-19 il Rocuronio è stato somministrato nell'83% dei casi e il Cisatracurio nel 2%.

Conclusioni

Questo studio conferma che non esiste un livello di sedazione standard che sia ottimale per tutti i pazienti, ma si concorda nel sostenere che sia necessario stabilire quotidianamente il livello di sedazione adeguato, andando a titolare il dosaggio dei farmaci sedativi in base alle esigenze del singolo assistito e delle sue condizioni cliniche. Il monitoraggio dell'attività cerebrale con BIS è risultato essere uno strumento valido che, in maniera non invasiva, è in grado di effettuare delle misurazioni oggettive, attendibili, affidabili, e consente una più accurata titolazione della sedazione soprattutto nei pazienti sottoposti a farmaci bloccanti neuromuscolari.

14:45.- 15:00

4820

TEMPERATURA MIGLIORE PER INIZIARE L'OSSIGENOTERAPIA CON LE CANNULE NASALI AD ALTO FLUSSO: UNO STUDIO CONTROLLATO RANDOMIZZATO PRAGMATICO

Alessandro Galazzi, Francesco Binda, S. Gambazza, C. Dossena, A. Cislighi, P. Roselli, I. Adamini, G. Grasselli, D. Laquintana.

Fondazione IRCCS Ca' Granda Policlinico, Milano - alessandro.galazzi@gmail.com

Introduzione

L'ossigenoterapia con le cannule nasali ad alto flusso (HFNC) è un trattamento sempre più utilizzato. Un aspetto importante dell'HFNC è il comfort del paziente, che dipende principalmente dalla temperatura e dal flusso impostati^{2,3}. L'impostazione ottimale della temperatura iniziale di umidificazione non è stata ancora definita.

Obiettivo

L'obiettivo primario è capire se c'è una differenza di comfort tra tre approcci per raggiungere la temperatura di umidificazione di 37°C con HFNC nei pazienti ricoverati in terapia intensiva. L'obiettivo secondario è valutare il grado di secchezza e di umidità del naso percepita dal paziente.

Materiali e metodi

Studio randomizzato pragmatico monocentrico (ClinicalTrials.gov: NCT05688189). I pazienti adulti, che necessitavano di HFNC e in grado di esprimere il proprio consenso, sono stati arruolati e assegnati in modo casuale ad uno dei seguenti approcci: il braccio 37°C (A), in cui i pazienti hanno iniziato l'HFNC immediatamente a 37°C; il braccio 34-37°C (B) con temperatura iniziale a 34°C aumentata dopo 15 minuti a 37°C; e il braccio 31-34-37°C (C) con temperatura inizialmente fissata a 31°C e poi aumentata a 34°C e 37°C ogni 15 minuti. Il trattamento con HFNC è stato fornito da AIRVO 2 (Fisher&Paykel Healthcare®). Dopo 30 minuti a 37°C, ai pazienti è stato chiesto di indicare il livello di comfort, secchezza e umidità nasale utilizzando una scala numerica visiva da 1 a 5. I dati sono presentati come mediana (I-III quartile).

Risultati

Abbiamo arruolato 21 pazienti (15 maschi, 71.4%), di 62.1 (53.4-76.5) anni. Il BMI era 25.7 (22.2-30.7), 19 (90.5%) presentavano insufficienza respiratoria extrapolmonare dopo un intervento chirurgico, il punteggio SOFA era 2 (2-3). La concentrazione di ossigeno inspiratoria variava dal 30 al 65% e il flusso da 35 a 60 l/min. Il livello di comfort era 3 (2-5), 4 (2-4) e 2 (1-5) rispettivamente nei bracci A, B e C (P=0.6925). Anche la secchezza nasale (P=0.0587) e l'umidità (P=0.5878) non hanno mostrato evidenza di differenze statistiche tra i bracci.

Conclusione

Dopo 30 minuti di trattamento con HFNC alla temperatura target di 37°C, il comfort era simile tra i bracci dello studio, indipendentemente dall'impostazione iniziale della temperatura.

Bibliografia

1. Ischaki E, Pantazopoulos I, Zakyntinos S. Nasal high flow therapy: a novel treatment rather than a more expensive oxygen device. *Eur Respir Rev*. 2017 Aug 9;26(145):170028.
2. Mauri T, Galazzi A, Binda F, et al. Impact of flow and temperature on patient comfort during respiratory support by high-flow nasal cannula. *Crit Care*. 2018 May 9;22(1):120.
3. Rittayamai N, Grieco DL, Brochard L. Noninvasive respiratory support in intensive care medicine. *Intensive Care Med*. 2022 Sep;48(9):1211-1214. Erratum in: *Intensive Care Med*. 2022 Aug 2.

COMUNICARE IN ICU

15:30 - 15:45

4720

THE ROLE OF INTENSIVE CARE UNIT DIARIES IN THE GRIEVING PROCESS: A MONOCENTRIC QUALITATIVE STUDY

Giacomo Bazzano, Giacomo Bazzano, Francesco Buccoliero, Marta Villa, Luigi Iannuzzi, Alberto Lucchini.

ASST Valtellina e Alto Lario - giacomo.bazzano96@gmail.com

Background

In latest years the attention to mental wellness of both patient and families in the intensive care units (ICU) is becoming increasingly important. The intensive care unit diary is proven to be a useful tool to reduce post-traumatic stress disease, anxiety and depression.

Aim

To investigate the role of ICU diaries in the grief process experienced by family members of a person died in the intensive care unit.

Methods

An interview by phone call was performed to relatives of patients died in the ICU of San Gerardo Hospital, Monza, Italy. We investigated the perception and use of the ICU diary with a twenty questions form built using the bipolar Likert Scale question type.

Results

Nine relatives were interviewed. Eight out of nine (88,9%) family members felt the diary helped them in the grieving process, in addition they said it helped them to process their loss in different ways. The diary was seen by the bereaved as a vector to recover from a period of suffering.

Conclusions

The overall perception of the ICU diary is confirmed to be positive. The diary mostly helped relatives to “give back something of what we lost”. This study adirms the overall positive link between ICU diary and bereavement in our context, however further studies are needed to confirm the usefulness of this tool in this peculiar meaning.

Keywords

ICU diary, family, grief, bereavement, mourning, PICS.

15:45 - 16:00

4850

QUAL È L'ESPERIENZA DEL FAMILIARE CHE SI PRENDE CURA DEL PROPRIO CARO DIMESSO DALLA TERAPIA INTENSIVA? ANALISI QUALITATIVA A TRE MESI DALLA DIMISSIONE

Matteo Danielis¹, Marika Rosset², Serena Giorgino², Sara Gentilini², Dina Molaro², Anna Qualizza², Chiara Costantini², Giorgia Bozzi², Alessandro Garau².

¹ Università degli Studi di Padova, Laboratory of Studies and Evidence Based Nursing- matteo.danielis@unipd.it

² Dipartimento di Anestesia e Rianimazione, Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale, Udine

Introduzione

La letteratura riporta come sia crescente l'attenzione per la qualità di vita dei pazienti e dei loro caregiver dopo la malattia critica e la degenza in una Terapia Intensiva (TI). A conclusione della fase acuta infatti, il familiare si trova di fronte ad una realtà che ha ricadute, anche rilevanti, sulla propria vita.

Obiettivo

Esplorare il vissuto dei caregiver a distanza di tre mesi dalla dimissione dalla TI.

Materiali e metodi

È stato condotto uno studio qualitativo descrittivo. Sono stati arruolati i caregiver dei pazienti con una degenza superiore alle 72 ore in TI nel periodo tra dicembre 2022 e febbraio 2023. La raccolta dati è avvenuta attraverso interviste telefoniche non strutturate ed audio registrate. Le interviste sono state trascritte verbatim e analizzate con analisi tematica e metodo induttivo.

Risultati

Sono state condotte 15 interviste, da cui sono emersi 3 temi e 13 categorie. I caregiver hanno riportato le sensazioni predominanti, ovvero fiducia e speranza inizialmente, frustrazione e solitudine successivamente alla dimissione dalla TI, stanchezza psico-fisica che si intensifica con lo spostamento della convalescenza al domicilio, inadeguatezza rispetto alle esigenze del proprio caro, rimorso e dispiacere per le rinunce che la nuova vita comporta. Il secondo tema abbraccia la percezione e l'esperienza del tempo, da un lato ridotto in termini di tempo-lavoro, tempo dedicato alla famiglia ed alle relazioni personali, tempo dedicato alle visite al proprio caro, da un altro aumentato per i continui spostamenti finalizzati alle attività riabilitative a lungo termine. La terza dimensione racchiude le richieste implicite formulate dai caregiver, espresse attraverso il bisogno di condivisione e comunicazione della propria (nuova) realtà, la necessità di una rete di servizi territoriali valida e facilmente raggiungibile, il desiderio di essere addestrati durante il ricovero ed infine il supporto economico necessario per far fronte alle necessità del momento.

Conclusioni

Dallo studio emerge come l'esperienza del caregiver sia molto intensa, di come interessi le diverse dimensioni della persona e di come le ricadute derivanti dall'impegno richiesto dalla nuova condizione impattino sulla qualità di vita di tutto il nucleo familiare. La situazione di criticità vitale non prevedere un passaggio graduale verso la condizione di malattia e spesso l'impatto per la famiglia ne risulta destabilizzante. Da qui la necessità di perseguire il coinvolgimento dei familiari sin dalle prime fasi del ricovero in TI, mettendo in atto strategie comunicative, relazionali ed educative di supporto, seguendo la diade paziente-caregiver nel tempo, promuovendo il valore del servizio di follow-up ambulatoriale dopo la degenza in TI.

Bibliografia

1. Alfheim, H. B., Småstuen, M. C., Hofsv, K., Tøien, K., Rosseland, L. A., Rustøen, T. (2019). Quality of life in family caregivers of patients in the intensive care unit: A longitudinal study. Australian Critical Care, 32(6), 479–485.
2. Haines, K. J., Leggett, N., Hibbert, E., et al. Society of Critical Care Medicine's Thrive Initiative (2022). Patient and Caregiver-Derived Health Service Improvements for Better Critical Care Recovery. Critical Care Medicine, 50(12), 1778–1787.

16:00 - 16:15

4906

“COMUNIBUNDLE”: PROPOSTA DI UN BUNDLE APPLICATIVO PER LA COMUNICAZIONE NELLA GESTIONE DEL PAZIENTE CRITICO IN TERAPIA INTENSIVA

Marcella Bonelli, Michele Stellabotte, Chiara Parolin, Floriana Pinto.

ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano - bonellimarcella1@gmail.com

Introduzione

Comunicare è una parola derivante dalla lingua latina e significa letteralmente mettere in comune con qualcun altro. Comunicare nei contesti sanitari, specie in quelli dove sono presenti malati critici, è una delle sfide più grandi della medicina moderna ed è fondamentale per garantire sicurezza delle cure e buoni outcomes per pazienti e familiari. In letteratura è ormai ampiamente documentata la “Post-Intensive Care Syndrome Family” che mostra come il ricovero in terapia intensiva (TI) può portare a conseguenze significative per i familiari dei parenti ricoverati. Un approccio comunicativo basato sulla teoria della “Family Centered Care” è tra i più raccomandati nelle linee guida per migliorare outcomes di familiari e pazienti.

Nel corso di una degenza ospedaliera di 4 giorni, si stima che un paziente può interagire con 50 diversi operatori e che se le informazioni critiche tra operatori non vengono comunicate con precisione, la sicurezza del paziente è a rischio. Per quanto riguarda tutto il processo comunicativo, il contesto della TI è molto complesso per via di barriere obbligate dalla condizione clinica del paziente, dalla presenza di variabili dipendenti dal professionista oltre che dal setting.

Un bundle è un insieme di interventi, comportamenti e/o pratiche evidence-based, rivolti a una specifica tipologia di paziente o setting di cura che, applicati congiuntamente, migliorano la qualità e l'esito dei processi con un effetto maggiore che gli stessi determinerebbero se fossero applicati singolarmente. Negli ultimi anni, la ricerca ha posto molta attenzione alla comunicazione nei contesti critici, focalizzandosi specialmente sul suo impatto. Proprio per questo motivo, la proposta di un bundle incentrato sulla comunicazione nella gestione del paziente critico in TI può rappresentare un ulteriore input per valutare l'effetto sinergico di azioni raccomandate sugli esiti di cura.

Obiettivo

Il seguente lavoro ha lo scopo di proporre un bundle che guidi i professionisti nel processo di comunicazione nei contesti di TI.

Materiale e metodi

Sono state individuate tre macro categorie all'interno del processo di comunicazione in TI che si differenziano rispetto al tipo di interlocutore tra cui avviene il processo di comunicazione, ovvero: comunicazione tra operatori, tra operatori e paziente e tra operatori e famiglia.

E' stata effettuata una ricerca sulle principali banche dati (PubMed, Cochrane Library, Trip Database). Sono stati utilizzati i seguenti criteri di inclusione: lingua inglese o italiana, pubblicazione negli ultimi 10 anni. Sono stati selezionati 23 studi ritenuti pertinenti all'argomento e allo scopo del lavoro. Al termine della selezione, gli stessi articoli sono stati riassunti ed organizzati in una tabella, raggruppati in base ai risultati, e tramutati successivamente in azioni guida per la proposta di bundle.

Risultati

E' stato individuato un totale di 10 interventi suddivisi per le tre macroaree (tre interventi per la comunicazione tra operatori, tre interventi per la comunicazione con i pazienti, quattro interventi per la comunicazione con la famiglia). La letteratura mostra come attuare strategie per migliorare la comunicazione tra gli operatori diminuisca eventi avversi e migliori l'outcome dei pazienti e familiari in TI. Gli interventi invece riferiti alla comunicazione col paziente non hanno un forte impatto sulla durata del ricovero in TI, ma possono essere utili per migliorarne il benessere psicologico o per una più veloce ripresa della fonazione al momento della rimozione di tubo endotracheale o tracheostomia. Interventi e approcci comunicativi strutturati per supportare i familiari di pazienti critici sono invece necessari sia per mitigare l'impatto della crisi che scaturisce della malattia critica sia per preparare i familiari alle richieste decisionali e assistenziali dei propri cari.

Conclusioni

Sono state identificate ed evidenziate le principali strategie che possano migliorare la comunicazione nella gestione del paziente critico e portare ad outcomes positivi durante e dopo il ricovero. Il supporto infermieristico è risultato essere fondamentale in ogni

macroarea. Tuttavia, la crescente attenzione all'interazione comunicativa sottolinea l'importanza nell'iniziare ad avere evidenze sull'impatto di azioni guida standardizzate che aiutano gli operatori nella comunicazione. Questo bundle si basa infatti su raccomandazioni con un grado moderato di evidenza poiché sono pochi gli studi che hanno indagato gli effetti di questi interventi nella pratica clinica. Per tale motivo il bundle può essere sicuramente uno strumento utile per guidare i professionisti nella comunicazione durante la gestione del paziente critico in TI; allo stesso modo può essere uno spunto per nuovi studi su questo argomento.

Sala Regency 2 APPROFONDIMENTO DI RICERCA

11:00 - 11:15

4805

UTILIZZO DELLA REALTÀ VIRTUALE NELL'APPRENDIMENTO: STUDIO PILOTA NELL'AMBITO DEL MASTER IN ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN AREA CRITICA DI BOLOGNA DURANTE LA PANDEMIA DA COVID-19

Francesca Zitiello, Nicoletta Molino, Giovanni Battista Polo, Monesi Alessandro, Luca Astolfi, Saverio Farsoni.

ASL Frosinone - francyzitiello@gmail.com

Introduzione

La pandemia da Covid-19 ha influito su molteplici aspetti della vita quotidiana toccando anche la scienza infermieristica per quanto riguarda la didattica e la formazione continua. L'uso della tecnologia si è esteso rapidamente includendo anche la simulazione virtuale che già cominciava ad emergere. Questo progetto mira a valutare la qualità formativa ed educativa che le simulazioni virtuali possono dare agli infermieri, per poter comprendere se esse costituiscono un valido metodo di apprendimento alternativo alla simulazione reale in presenza.

Materiale e metodi

Si sono organizzati, mediante il software ViMESiC (Virtual Medical Simulator Center), quattro eventi di simulazione on-line in cui venivano proposti tre casi clinici coinvolgendo complessivamente 24 studenti del Master in Assistenza Infermieristica in Area critica e dell'Emergenza dell'Università degli Studi di Bologna. Gli eventi sono stati strutturati nello stesso modo di un evento formativo reale con metodologia ad alta fedeltà.

Risultati

Al termine di ogni incontro è stato inviato per mail il questionario di valutazione online, a cui ha risposto l'83% dei partecipanti. Le risposte prevedevano una scala valutativa Linkert su vari aspetti legati all'esperienza di simulazione a distanza.

Discussione

È emersa l'utilità di questo tipo di formazione, fruibile in qualsiasi momento da parte del singolo studente in autonomia, ma anche a gruppi con una regia dedicata.

Conclusioni

L'esperienza realizzata è stata riconosciuta molto utile in termini di apprendimento; il software riproduce fedelmente una simulazione reale, mostrando le potenzialità di nuove tecnologie di simulazione, come ViMESiC, nel supportare la formazione del personale sanitario. Necessario uno studio più ampio per confermare l'esperienza.

Parole chiave

Simulazione virtuale; formazione infermieristica; Covid-19; CRM.

11:15 - 11:30

4848

SVILUPPO DI UN SISTEMA PER L'IDENTIFICAZIONE DI CONDIZIONI EMOTIVAMENTE IMPATTANTI NELL'AGENZIA REGIONALE DI EMERGENZA URGENZA (AREU)

Marco Ghidini, Michele Pirovano, Sara Baraldi, Roseline Imormeno, Rita Erica Fioravanzo.

AREU - m.ghidini@areu.lombardia.it

Introduzione

Il personale sanitario è costantemente esposto a eventi critici che possono ledere l'equilibrio psico-fisico dei singoli operatori e/o dell'intera équipe. Nei contesti di area critica, gli eventi sopracitati possono essere quotidiani e particolarmente complessi. Ogni operatore sanitario ha delle risorse individuali che, però, potrebbero diminuire con conseguente riduzione della performance professionale, aumento dei rischi di errore e compromissioni personali quali burnout o diminuzione della motivazione con conseguente impatto sul professionista e sull'organizzazione.

L'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU), in collaborazione con l'Istituto Europeo di Psicotraumatologia e Stress Management (IEP), ha sviluppato un servizio con un programma di supporto psicologico per sanitari regionale, tra cui un servizio di supporto tra pari (peer to peer) al fine di fornire un supporto emotivo immediato e allo stesso tempo creare un anello di congiunzione tra gli operatori e il servizio di psicologia.

Obiettivi

Il progetto Peer to Peer (P2P) è un servizio che implementa delle azioni di prima linea a sostegno della risposta psicologica nell'ambito dell'emergenza, con finalità di "sostenere l'agire, normalizzano e senza forzare" il personale dell'emergenza urgenza. Il progetto P2P è multidisciplinare ed è composto da n. 59 peer support (personale sanitario e tecnico) e da 11 psicologi dello IEP. Nell'ottica di mantenere un approccio proattivo al tema del benessere dell'emergenza nell'anno 2022 l'AREU ha implementato e inserito in una specifica istruzione operativa un sistema di intercettazione e segnalazione degli eventi potenzialmente emotivamente impattanti. Nello specifico l'obiettivo era quello di intercettare gli eventi potenzialmente emotivamente impattanti durante tutte le fasi del soccorso qualora il personale delle Sale Operative identifichi alcuni criteri generali o specifici. Inoltre, a fronte di una situazione con caratteristiche di "evento emotivamente impattante" la sala operativa dell'emergenza invia in maniera automatica un sms al personale AREU intervenuto al fine di facilitare l'opportunità di confronto tra il personale dell'équipe AREU intervenuta sul luogo dell'evento e il peer support.

Risultati

In data 01/10/2022 è stata introdotta nuova istruzione operativa all'interno di AREU. Il periodo di osservazione è stato dal 01/10/2022 al 01/05/2023. Sono stati identificati numerosi interventi includibili nei criteri di eventi potenzialmente emotivamente impattanti a cui successivamente sono susseguiti incontri dei peer e con gli psicologi dello IEP. Tale sperimentazione ha confermato la necessità di affiancare in maniera continuativa un servizio di supporto tra pari (peer to peer) governato e promosso da professionisti.

Conclusioni

L'ascolto e la condivisione emotiva fra pari sono alla base del benessere lavorativo, della sostenibilità professionale e della costruzione di resilienza individuale e di squadra. L'obiettivo è creare uno spazio condiviso di espressione delle emozioni personali per facilitare la decompressione emotiva, l'individuazione di reti di supporto sociale, la riduzione del senso di isolamento, la condivisione di informazioni utili a fronteggiare lo stress.

L'approccio dell'AREU è la costante ricerca e miglioramento della conoscenza sul tema del benessere in emergenza attraverso percorsi multidisciplinari proattivi di supporto e di sensibilizzazione. L'identificazione situazioni o condizioni potenzialmente impattanti attraverso una modalità di riconoscimento precoce e notifica è una strategia potenzialmente positiva da inserire nel contesto di emergenza/urgenza.

11:30 - 11:45

4855

GLI INCARICHI DI FUNZIONE PROFESSIONALI: L'INFERMIERE SPECIALISTA IN RICERCA E BUONE PRATICHE

Lorenzo Righi.

USL Toscana Sud Est - lorenzo.righi@unisi.it

Introduzione

Il contratto collettivo nazionale del lavoro (CCNL) del personale del comparto prevede nella nuova normativa contrattuale una distinzione tra gli incarichi di funzione di organizzazione e professionali. Questi ultimi sono stati implementati all'interno della Usl Toscana Sud Est con la Delibera n.1572 del 12/12/2022 e prevedono l'attribuzione della funzione di professionista esperto al personale del comparto appartenente al ruolo sanitario che ha acquisito competenze avanzate, tramite percorsi formativi complementari regionali ed attraverso l'esercizio di attività professionali riconosciute a livello regionale. Il requisito per il conferimento dell'attribuzione dell'incarico di professionista specialista è stato invece il possesso del master specialistico di primo livello come sancito dall'art. 6 della Legge n. 43/06.

Obiettivo

La seguente relazione ha lo scopo di tracciare il percorso che ha portato all'attribuzione dei primi incarichi professionali all'interno della Usl Toscana Sud Est andando nel dettaglio ad analizzare la figura dell'infermiere specialista in ricerca e buone pratiche clinico-assistenziali.

Materiali e metodi

Tramite un rapid evidence assessment di letteratura sono stati interrogati i database MedLine interfaccia PubMed, Scopus e Cinahl per tracciare il profilo di posto dell'infermiere specialista in ricerca. Le risorse reperite sono state sottoposte a screening attraverso l'adesione alla metodologia PRISMA.

Risultati e discussione

Sono stati attribuiti all'interno del Dipartimento Infermieristico-Ostetrico cinquantanove incarichi di funzione professionali. Tra le posizioni assegnate troviamo: l'infermiere esperto in triage/see and treat e processi integrazione; lo specialista in area critica, in maxiemergenze; lo specialista in ricerca e buone pratiche clinico-assistenziali. Quest'ultima figura è stata analizzata tracciando le sue "core competence" seguendo le evidenze presenti in letteratura. Emerge come il suo ruolo sia fondamentale al fine di ridurre la distanza tra teoria e pratica, nella progettazione, nella gestione clinica, organizzativa e nella formazione, per verificare e migliorare in maniera continua i risultati e misurare gli esiti assistenziali. Nella relazione verranno quindi tracciati i risultati di alcuni esiti clinici assistenziali documentati, andando infine a proporre la necessità di misurare così come ci suggerisce la letteratura gli esiti "positivi". Occorre pertanto ripartire dalle basi dell'assistenza per valorizzare aspetti troppo spesso scontati e a volte non erogati o mal erogati, perché il prendersi cura riacquisti la sua completa accezione di esito positivo (Nurse Sensitive Outcome).

Bibliografia

Righi L, Bonechi M, Marini F. (2018). "Back to basic quale strategia per misurare gli esiti positivi infermieristici". L'infermiere, vol.62, num.3: p.19-23.

11:45 - 12:00

4925

LA QUALITÀ DEL SONNO DEGLI OPERATORI SANITARI E LA SUA RELAZIONE CON L'ANSIA E GLI ANTECEDENTI DELLA RESILIENZA: RISULTATI DALLA SURVEY ANIARTI A.I.R. IN SARS COV-2

Samuele Baldassini Rodriguez, Yari Bardacci, Khadija El Aoufy, Marco Bazzini, Yari Longobucco, Christian Caruso, Gian Domenico Giusti, Andrea Mezzetti, Stefano Bambi, Andrea Guazzini, Laura Rasero.
AOUCareggi, Firenze - samuelebr@hotmail.com

Introduzione

La pandemia COVID-19 ha avuto un impatto considerevole sullo stato psicologico e psicopatologico della popolazione e degli operatori sanitari in termini di insonnia, ansia, depressione e disturbo da stress post-traumatico.

Gli operatori sanitari, a causa del frequente contatto con pazienti COVID-19, hanno affrontato carichi di lavoro più elevati, frustrazione, isolamento dalle loro famiglie e, durante la prima ondata, anche la mancanza di dispositivi di protezione individuale (DPI) in alcuni setting lavorativi, generando elevati livelli di stress. L'aumento dei livelli di stress è uno dei principali fattori che contribuisce ad un aumento dell'insonnia nel personale sanitario. Il cambiamento nella normale routine quotidiana e l'incertezza sanitaria ed economica hanno contribuito ad aumentare l'insonnia del personale sanitario. Secondo alcuni studi, durante la pandemia da COVID-19 gli operatori sanitari che hanno prestato servizio in prima linea hanno sperimentano disturbi del sonno maggiori rispetto alla popolazione e agli operatori che non hanno preso in carico direttamente pazienti COVID-19. I risultati qui presentati, derivano dalla Survey Aniarti A.I.R. SARS-CoV2 con l'obiettivo di descrivere e valutare l'impatto della pandemia sui livelli di insonnia di una coorte di infermieri italiani, in particolare quelli coinvolti nella cura dei pazienti affetti da COVID-19. L'analisi dei dati effettuata ha lo scopo di identificare l'interazione tra i livelli di hardiness (antecedente della resilienza), ansia e disturbi del sonno, e sui relativi fattori di rischio e di promozione.

Materiali e metodi

È stato condotto uno studio descrittivo-esplorativo attraverso un'indagine online durante la prima ondata di pandemia da COVID-19 (da marzo a luglio 2020). Il questionario era composto da domande a risposta multipla, domande aperte, chiuse e semi-chiuse. La prima sezione del questionario raccoglieva dati demografici. La seconda sezione del questionario era composta dalle versioni italiane di tre strumenti psicometrici: la Dispositional Resilience Scale (DRS-15), lo State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y) e l'Insomnia Severity Index (ISI) per la valutazione rispettivamente di hardiness, ansia e insonnia. Il campione originale dello studio prevedeva l'inclusione di tutti gli operatori sanitari direttamente coinvolti o meno nella cura dei pazienti COVID-19, anche se i rispondenti analizzati sono stati soltanto gli infermieri.

Risultati

1167 infermieri hanno compilato interamente il questionario (86.2% degli intervistati), di cui 81.2% donne, con età un media di 42.4±10.7 anni e un'anzianità media di servizio di 17.9±11.6 anni. 383 infermieri su 1167 (32.8%) hanno riferito di aver assistito in prima persona pazienti COVID-19.

La rilevazione della scala ISI ha mostrato un aumento del punteggio post pandemia rispetto a quelli riscontrati prima della pandemia, il che significa che i livelli di insonnia sono aumentati dopo la prima ondata pandemica. In particolare, la differenza tra i punteggi dopo e prima della pandemia (delta) mostrano un aumento statisticamente significativo negli infermieri che hanno assistito pazienti affetti da COVID-19 rispetto al resto degli operatori sanitari (5.4±5.8 vs 4.1±4.8, p. 8). Nel nostro studio i partecipanti con un punteggio >= ad 8 sono il 70,8% degli infermieri che non hanno assistito in prima persona pazienti COVID-19, e il 77,8% degli operatori a contatto con pazienti COVID-19. Nella meta analisi di Batra K. et al. del 2020 sono stati inclusi 3 studi che parlavano di professioni sanitarie e quella infermieristica è risultata avere livelli di insonnia maggiori delle altre.

I risultati del nostro studio riportano, inoltre, che gli infermieri che hanno assistito pazienti COVID-19 hanno riportato un aumento dei livelli di insonnia, rispetto a chi non ha prestato assistenza a questi pazienti, in accordo con la revisione di Sahebi A. et al. del 2021. L'ansia riveste un importante ruolo sui sintomi di insonnia, avendo una correlazione direttamente proporzionale con l'insonnia e diventando il principale fattore di rischio nel nostro studio, stessa correlazione riportata dalla survey di Lee J. et al. nel 2021.

Al contrario, l'hardiness (antecedente della resilienza) risulta essere inversamente proporzionale ai livelli di insonnia ($r=-0.324$, $p.>0.001$) e in particolare nella sottodimensione del "commitment", diventa un fattore di protezione. Infatti Pappa et al. nel loro studio del 2020 pongono l'attenzione sull'incremento di interventi che migliorano la resilienza per proteggere gli operatori sanitari da disturbi psicologici durante una pandemia, tra i quali anche l'insonnia.

Conclusione

La correlazione tra l'ansia e i livelli di insonnia sembra essere fondamentale. Le ricerche future si dovrebbero concentrare su indagare le metodiche di gestione dell'ansia negli operatori sanitari e rafforzare l'hardiness come fattore protettivo per i disturbi del sonno.

Bibliografia

Batra K, Singh TP, Sharma M, Batra R, Schvaneveldt N. Investigating the Psychological Impact of COVID-19 among Healthcare Workers: A Meta-Analysis. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(23):9096. Published 2020 Dec 5.

Zhang C, Yang L, Liu S, et al. Survey of Insomnia and Related Social Psychological Factors Among Medical Staff Involved in the 2019 Novel Coronavirus Disease Outbreak. Front Psychiatry. 2020;11:306. Published 2020 Apr 14.

Sahebi A, Abdi K, Moayed S, Torres M, Golitaleb M. The prevalence of insomnia among health care workers amid the COVID-19 pandemic: An umbrella review of meta-analyses. J Psychosom Res. 2021;149:110597.

Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. Brain Behav Immun. 2020 Aug;88:901-907. Epub 2020 May 8. Erratum in: Brain Behav Immun. 2021 Feb;92:247.

Lee J, Lee HJ, Hong Y, Shin YW, Chung S, Park J. Risk Perception, Unhealthy Behavior, and Anxiety Due to Viral Epidemic Among Healthcare Workers: The Relationships With Depressive and Insomnia Symptoms During COVID-19. Front Psychiatry. 2021;12:615387. Published 2021 Mar 19.

12:00 - 12:15

4948

I REQUISITI DELL'INFERMIERE TRIAGISTA NEL PANORAMA INTERNAZIONALE. DATI PRELIMINARI DI UNA SCOPING REVIEW

Valeria Di Nardo, Romina Mannia, Leonardo Di Nardo.

Azienda Ospedaliera S. Maria, Terni - valeriodinardo1987@gmail.com

Introduzione

Il Triage è una funzione infermieristica volta alla identificazione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione della condizione clinica dei pazienti e del loro rischio evolutivo, in grado di garantire la presa in carico degli utenti e definire l'ordine d'accesso al trattamento (Ministero della Salute, 2019).

Sebbene diversi autori riportino quali requisiti per l'infermiere triagista una formazione specifica per il triage e il superamento di un esame (Soleet al., 2007; Guo et al., 2011; Zhao et al., 2011), esiste un importante dibattito in letteratura su quali qualifiche, esperienza o formazione dovrebbe possedere l'infermiere triagista (Peng L et al. 2015).

In Italia, per svolgere la funzione di Triage infermieristico in Pronto Soccorso è richiesta una Formazione di accesso ed una Formazione permanente. Scopo della ricerca è di confrontare la formazione di accesso alla funzione di infermiere triagista italiana a quella di altre realtà internazionali.

Materiali e metodi

Sono state interrogate le banche dati di PubMed, Cinahl, Google scholar, nonché effettuata una ricerca libera sul motore di ricerca Google, utilizzando le seguenti parole chiave con i rispettivi sinonimi: nurse, triage, emergency room, qualification.

Risultati

Sono stati individuati i documenti contenenti i requisiti per l'infermiere triagista dei seguenti paesi: Italia, Canada, USA, Australia e Cina. I documenti inclusi sono rappresentati da articoli di ricerca, regolamenti governativi, programmi formativi e position statement di associazioni professionali. Di seguito riportati i requisiti per ogni nazione.

Italia:

1. Titolo di studio e abilitazione professionale.
2. Esperienza lavorativa in Pronto Soccorso (una volta assolto il periodo di prova) di almeno sei mesi.
3. Certificato di esecutore delle manovre di Supporto Vitale di Base nell'adulto e nel bambino.
4. Specifico corso teorico di preparazione al Triage.Periodo di affiancamento a tutor esperto (Ministero della Salute, 2019).

Canada:

1. Requisiti previsti per l'infermiere di area critica: preferibile almeno 2 anni di esperienza in area critica, o in un setting di trattamento attivo di medicina/chirurgia; Basic Cardiac Life Support (BCLS); Advanced Cardiac Life Support (ACLS); Pediatric Advanced Life Support (PALS). Corsi aggiuntivi riconosciuti da NENA: Emergency Practice, Interventions and Care-Canada (EPICC); Trauma Nursing Core Course (TNCC); Emergency Nursing Pediatric Course (ENPC); Course on Advanced Trauma Nursing (CATN II); Emergency Nurse Certification Canada (ENC). Registrazione (RN) presso l'Albo Territoriale. Certificazione di un programma di orientamento completo per garantire competenza nella cura del paziente.
2. Minimo due anni di pratica infermieristica in emergenza.
3. Competenza dimostrata nella pratica infermieristica di emergenza.
4. Acquisizione dimostrata di abilità avanzate di valutazione, colloqui e relazioni interpersonali.
5. Formazione nell'attuale CTAS (Canadian Triage and Acuity Scale) (NENA, 2018).

USA:

1. Essere infermiere (RN o NP) con un minimo di un anno di esperienza infermieristica nell'area dell'emergenza.
2. Qualifiche aggiuntive che possono includere certificazione in infermieristica d'urgenza e formazione continua in traumatologia, pediatria e cardiologia.
3. Corso di formazione al triage completo.
4. Affiancamento clinico con un tutor esperto per migliorare le conoscenze e le abilità di triage, con valutazione delle competenze da parte della struttura (ENA, 2017).

Cina:

1. Cinque anni di esperienza (Ministero della Salute della Repubblica Popolare Cinese, 2012).

Australia:

L'Australia, dispone di sistemi di formazione completi sul triage che includono manuali e corsi sul triage (Australian Government Department of Health and Ageing, 2013). Un esempio è rappresentato dall'Emergency Triage Education Kit che prevede un dettaglio

to programma composto da 12 moduli volto a fornire un approccio omogeneo a livello nazionale alla preparazione degli infermieri triagisti. Il programma a infermieri di area critica già adeguatamente qualificati ed esperti (Australian Government Department of Health and Ageing, 2013).

Conclusioni

I documenti inclusi offrono una panoramica su quelli che sono gli standard previsti per svolgere la funzione di infermiere triagista in diversi continenti. Le divergenze tra i vari paesi sono notevoli. In Cina si punta esclusivamente sull'esperienza professionale, pari a 5 anni, superiore a quella prevista negli altri paesi, ma non è chiaro se questa esperienza debba essere svolta in area critica o meno (Peng L et al. 2015). Negli USA l'esperienza deve essere di almeno un anno, seguita da percorsi formativi specifici nonché da un periodo di affiancamento con verifica dell'apprendimento da parte della struttura. Molto dettagliato il documento canadese, che prevede che il triagista sia prima un infermiere di area critica, in possesso di numerosi corsi specifici, e che ottenga poi delle certificazioni relative al triage. Altrettanto ricca la formazione prevista per l'infermiere triagista in Australia, per il quale è stato elaborato un manuale di formazione dedicato. In Italia l'esperienza minima prevista in Pronto Soccorso è di soli 6 mesi. Seppur in linea con i paesi nord americani e con l'Australia per quanto concerne l'esecuzione di un corso specifico da triagista e un periodo di affiancamento, la formazione italiana lascia a desiderare per quanto concerne tutti i corsi relativi all'area dell'emergenza/urgenza, ritenendo obbligatori i soli corsi di BLSD e PBLSD. Inoltre, sulla base delle normative locali, sul territorio italiano possono esservi divergenze tra le varie regioni e/o tra le diverse aziende sanitarie.

Ulteriori approfondimenti sarebbero necessari per comprendere la durata e i contenuti dei corsi da triagista, nonché sull'eventuale presenza di un percorso di formazione continua.

La scoping review è una tipologia di ricerca che ben si adatta a quesiti come quello affrontato dalla seguente indagine proprio per la natura dei dati da raccogliere, presenti in parte negli articoli di ricerca e in parte nella letteratura grigia rappresentata da leggi, regolamenti, programmi formativi o position statement di associazioni e/o società scientifiche. La differenza della natura dei documenti reperiti potrebbe rappresentare un limite in termini di completezza dei dati per un'analisi comparata. È inoltre da specificare che le differenze esistenti tra i vari sistemi sanitari possono prevedere, in considerazione dell'autonomia delle regioni e/o delle strutture sanitarie, ulteriori requisiti previsti per l'infermiere di Triage non considerati nello studio. L'identificazione di un modello unico, condiviso a livello nazionale, potrebbe rappresentare la soluzione alle divergenze in tema di formazione che riguardano l'accesso oggi presenti sul territorio italiano.

12:15 - 12:30

4973

RIFFLESSIONI E NUOVE PROSPETTIVE CLINICO-ASSISTENZIALI CON L'INTRODUZIONE DELL'INFERMIERE SPECIALISTA DI AREA CRITICA E ALLE COMPETENZE AVANZATE

Nicola Ramacciati - nicola.ramacciati@unical.it

Con l'introduzione dell'infermiere specialista di area critica, la clinica subirà diversi cambiamenti positivi. L'infermiere specialista di area critica è un professionista altamente addestrato e specializzato nella gestione dei pazienti critici, che richiedono cure intensive e monitoraggio costante. Secondo il modello di Hamric sulle competenze avanzate degli infermieri, ci sono diverse competenze chiave che l'infermiere specialista di area critica può apportare:

1. Competenza clinica avanzata: L'infermiere specialista di area critica è portatore di competenze avanzate nella gestione dei pazienti critici. Grazie alle competenze avanzate potrà garantire un un livello più elevato di assistenza e monitoraggio, migliorando la qualità delle cure.

2. Competenza nella gestione di sistemi complessi: Gli infermieri specializzati in area critica sono addestrati per gestire sistemi complessi di cura, come unità di terapia intensiva o setting critici. Questa competenza contribuirà a una migliore gestione dei pazienti critici e alla collaborazione efficace con altri membri del team sanitario.

3. Competenza nella pratica basata sulle evidenze: L'infermiere specialista di area critica è in grado di utilizzare al meglio le migliori prove di efficacia disponibili, insieme all'esperienza clinica, per prendere decisioni informate nella pratica infermieristica. Ciò può garantire che le cure fornite siano basate sulle migliori evidenze scientifiche disponibili.

4. Competenza nell'educazione e nell'addestramento: Gli infermieri specializzati in area critica potranno svolgere un ruolo attivo nell'educazione e nella formazione di studenti infermieri, personale sanitario e pazienti stessi. Saranno in grado di fornire istruzioni, consulenza e supporto educativo a diverse persone coinvolte nel processo di cura.

5. Competenza nella leadership e nella collaborazione: L'infermiere specialista di area critica è formato e preparato nella leadership e collaborazione, potendo assumere ruoli guida e lavorare in modo collaborativo con altri membri del team sanitario. Questa competenza può assicurare e favorire un ambiente di lavoro efficace e una cura di qualità per i pazienti critici.

In sintesi, l'infermiere specialista di area critica porterà un miglioramento significativo nella gestione dei pazienti critici, apportando competenze avanzate come la competenza clinica, la gestione di sistemi complessi, la pratica basata sulle evidenze, l'educazione e l'addestramento, nonché la leadership e la collaborazione. Questo contribuirà a una migliore qualità delle cure, a una maggiore sicurezza dei pazienti e a una collaborazione più efficace tra i professionisti sanitari.

INFERMIERE & TRIAGE

14:30 - 14:45

4896

LA CARRIERA CLINICA DELL'INFERMIERE IN UNA CENTRALE OPERATIVA DI SOCCORSO SANITARIO: STATO DELL'ARTE E PROSPETTIVE FUTURE

Guglielmo Imbriaco, Juliette Masina, Giorgia Ghedini, Elisa Nava, Diana Demaria, Jihan Kaya.

AUSL di Bologna - guglielmo.imbriaco.work@gmail.com

Introduzione

Il ruolo dell'infermiere come responsabile organizzativo all'interno delle centrali operative di soccorso sanitario è stabilita dal Decreto del Presidente della Repubblica del 27 marzo 1992, istitutivo del servizio 118 in Italia. A distanza di oltre 30 anni, pur considerando i cambiamenti nei bisogni di salute dei cittadini e lo sviluppo delle tecnologie, la centralità della figura dell'infermiere rimane insostituibile per garantire la presa in carico della persona da parte dei servizi di emergenza preospedaliera.

Obiettivo

L'obiettivo di questa relazione è descrivere lo stato dell'arte e i possibili futuri sviluppi dell'attività dell'infermiere all'interno di una centrale operativa di soccorso sanitario. Le peculiari conoscenze e competenze necessarie identificano un ambito clinico di carriera altamente specifico e specialistico.

Materiali e metodi

Revisione critica della letteratura internazionale e confronto con la realtà evoluta di una centrale operativa 118 italiana.

Risultati

Le esperienze nazionali e internazionali delle centrali operative di soccorso sanitario identificano una serie di attività peculiari e fondamentali in grado di ridurre la mortalità e attuabili fin dal primo contatto telefonico con i servizi di emergenza. In caso di arresto cardiaco, numerosi studi riportano come la precoce identificazione delle condizioni cliniche e la somministrazione di istruzioni pre-arrivo (dispatcher-assisted cardiopulmonary resuscitation -DA-CPR) consentano di migliorare la sopravvivenza con esiti neurologici favorevoli. L'efficace interazione e la collaborazione con il chiamante si basano su una serie di elementi (aspetti comunicativi, barriere linguistiche, pazienti anziani e altro) che richiedono specifiche competenze all'infermiere di centrale operativa. Inoltre, il continuo sviluppo tecnologico consente di interagire con i cittadini con modalità sempre più efficaci, come la localizzazione del chiamante, l'attivazione di first responder e la localizzazione dei defibrillatori presenti sul territorio e il supporto a manovre di soccorso con interazione tramite videochiamata e feedback in tempo reale. Ulteriori potenziali sviluppi futuri sono connessi all'identificazione di quadri clinici complessi attraverso sistemi di intelligenza artificiale, in particolare per il riconoscimento di gasping o altri pattern respiratori patologici.

Conclusione

La letteratura internazionale riconosce un ruolo sempre maggiore al primo anello della catena della sopravvivenza, in cui una efficace interazione collaborativa tra cittadino e operatore della centrale 118 consentono di ridurre l'intervallo libero da trattamento e migliorare gli outcome. Questo concetto, tradizionalmente applicato solamente ai pazienti in arresto cardiaco, può essere esteso a una serie di altre situazioni cliniche che richiedono il supporto di un infermiere specialista esperto. Gli sviluppi futuri del ruolo dell'infermiere all'interno delle centrali 118 richiedono conoscenze e competenze sia di tipo clinico che di tipo organizzativo, al fine di gestire in maniera efficace gli strumenti tecnologici che consentono di interagire con i cittadini.

14:45 - 15:00

4970

IMPLEMENTAZIONE DEL NUOVO MODELLO DI TRIAGE DI REGIONE LOMBARDIA: STRATIFICAZIONE DEGLI ACCESSI E ANALISI DEI FLUSSI

Chiara Marta, P. Bosco, G. Costantino.

Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico Milano - chiara.marta@policlinico.mi.it

Introduzione

Il triage è un processo, il cui fine è identificare le priorità assistenziali degli utenti, attraverso l'attribuzione di un codice che definisce l'ordine di accesso ai trattamenti e l'avvio ai percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali. Nel 2022 Regione Lombardia ha implementato un nuovo modello di triage a cinque codici. L'obiettivo di questo studio è stato quello di valutare se l'introduzione del triage a cinque codici abbia ottimizzato il flusso dei pazienti in pronto soccorso (PS) a favore di una maggiore appropriatezza.

Materiali e metodi

È stato condotto uno studio osservazionale prospettico con raccolta dati retrospettiva sui dati relativi agli accessi di PS della Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano. L'arruolamento dei pazienti è stato suddiviso in tre periodi, un primo in cui era in uso il triage a quattro codici, un secondo in cui era in uso un ambiente prova che utilizzava una stratificazione degli accessi con il sistema di triage a cinque codici ma la codifica finale avveniva con il sistema di triage a quattro codici e un terzo periodo in cui era in uso il sistema di triage a cinque codici. È stato valutato il tempo di attesa alla visita medica, il numero di abbandoni, il tasso di ricoveri, a seconda dei vari codici assegnati al triage nei vari periodi.

Risultati

Il numero di pazienti arruolati nei tre periodi è stato simile (4133; 4435; 4456). Non vi sono state differenze significative per sesso, età o percentuale di attribuzione dei codici colori nei tre periodi, nella percentuale di abbandoni, di ricoveri e nel tempo di attesa. Il tempo mediano di attesa dei codici azzurri è stato di 143min nel secondo periodo, simile a quello dei codici verdi dello stesso periodo, nel terzo periodo il tempo mediano di attesa degli azzurri è risultato 122.6 min, significativamente diverso da quello dei codici verdi dello stesso periodo (200 min). La percentuale di abbandoni è stata simile tra i codici azzurri e verdi nel secondo periodo (10.9% vs 13.2%), si è differenziata nel terzo (3.7% vs 25.2%). La percentuale di ricovero dei pazienti con codice azzurro è stata maggiore rispetto a quella con codice verde.

Discussione

Obiettivo del triage è garantire la corretta stratificazione degli accessi. L'implementazione del quinto codice ha permesso di ridurre i tempi di attesa alla visita dei pazienti identificati con codice azzurro rispetto a quelli con codice verde favorendo una riduzione delle percentuali di abbandono e la corretta identificazione dei pazienti da ricoverare. Il modello ha permesso di migliorare la stratificazione degli accessi in PS, ma non di ridurre i tempi di attesa globali.

Parole chiave

Triage, Pronto Soccorso, Appropriatezza, Flussi.

15:00 - 15:15

4972

CRITERI SITUAZIONALI E DINAMICA EVENTO: STUDIO RETROSPETTIVO SULLA LORO CAPACITÀ PREDITTIVA

Marco Laratta, Nicola Ramacciati, Eva De Rose, Tiziana De Pascale, Giuseppe Dodaro, Domenico Cardamone.

ASP Cosenza - marco.laratta@live.it

Introduzione

Nell'attività di dispatch telefonico, così come nel triage globale, la valutazione del paziente si basa oltre ai dati clinici anche sull'utilizzo di criteri situazionali o sulla dinamica dell'evento. L'insieme di queste informazioni forniscono all'infermiere impegnato in questa attività decisionale di stabilire per esempio il codice di priorità per l'invio del mezzo più idoneo oppure l'attivazione dell'elisoccorso, la scelta del codice di triage. I criteri situazionali sono infine utilizzati per talune situazioni operative per stabilire o meno la necessità di centralizzare il paziente in una struttura di II livello o Hub.

Obiettivo

Scopo del presente studio retrospettivo è quello di verificare il grado di predittività dei criteri situazionali rispetto al codice di gravità di uscita/ esito del Pronto Soccorso (PS).

Materiali e metodi

Attraverso il confronto delle schede di dispatch di centrale e dei mezzi di soccorso e i referti di PS verrà analizzata la correlazione tra criteri situazionali e esito finale del PS. I dati saranno raccolti nella Centrale Operativa 118 di Cosenza che si avvale di 1 postazione di Elisoccorso, 18 postazioni con Mezzi di Soccorso Avanzato (MSA) e 10 postazioni con Mezzi di Soccorso Base (MSB) e nel Dipartimento di Emergenza di II livello dell'Ospedale "Annunziata" di Cosenza e che garantiscono le cure di emergenza/urgenza a 705.000 abitanti di 151 comuni e distribuiti su tutto il territorio del cosentino che con la sua estensione di 6.709 Km² è ad oggi la più grande provincia per dimensioni d'Italia.

Analisi

I dati di confronto tra le schede del 118 e quelle del PS negli ultimi due anni, verranno utilizzati per verificare il grado predittivo dei seguenti criteri situazionali: incastrato nel mezzo, proiettato/eiettato, incidente bici, moto, auto-mezzo pesante, investimento pedone, precipitato.

Discussione e Conclusioni

Pur con i limiti di uno studio monocentrico, alla luce degli esiti finali di ciascun caso analizzato, viene discusso l'uso dei criteri dinamici ed il grado predittivo di questi.

DONAZIONE D'ORGANO

15:30 - 15:45

4741

IL PROCUREMENT DA NON HEART BEATING DONOR, UN PERCORSO IN COSTRUZIONE: STUDIO OSSERVAZIONALE DESCRITTIVO SULLE CONSCENZE DEGLI INFERMIERI ITALIANI

Camilla Bartalini Bigi, Alessio Caratelli, Giulia Delle Donne, Francesco Diodato, Noemi Dragoni, Moris Rosati, Francesco D'Ambrosio, Lorenzo Righi.

Azienda Ospedaliera Universitaria Senese - bartalinibigi@student.unisi.it

Introduzione

L'obiettivo di questo lavoro è quello di analizzare le conoscenze degli infermieri italiani in merito alla donazione da donatore DCD

(Donor after Cardiac Death), cercando di capire il livello di preparazione e in quale parte questo dipenda dalla formazione base e/o post base o in base ad alcuni aspetti personali.

Materiali e metodi

È stata eseguita una breve revisione narrativa della letteratura attraverso la consultazione della banca dati Medline con interfaccia PubMed e, successivamente, tramite l'impostazione di uno studio osservazionale descrittivo attraverso la somministrazione di un questionario composto da 19 item a risposta multipla.

Risultati

L'analisi degli articoli ricavati ha evidenziato che l'esperienza e la formazione specifica garantiscono che il delicato percorso donativo non subisca fasi d'arresto e vada a buon fine. I risultati dello studio sono stati elaborati in base all'età, la formazione base e post base e la diversità del setting lavorativo.

Discussione

I risultati scaturiti dal questionario sembrano confermare quanto emerso dalla revisione narrativa, ovvero la necessità di formazione del personale ai fini della corretta conduzione del processo donazione/trapianto da donatore NHBD (Non Heart Beating Donor).

Conclusioni

Al fine di aumentare il procurement dal donatore NHBD e far sì che il processo subisca quante meno interruzioni possibile è importante eseguire corsi di formazione continua al personale coinvolto.

Parole chiave

Tissue and organ procurement, transplant organ, extracorporeal membrane oxygenation.

15:45 - 16:00

4856

PERCORSO ACR: CUORE FERMO ... SI PUO'... FARE DI PIU'

Silvia Cini

Azienda Usl Toscana Sud Est - silvia.cini@uslsudest.toscana.it

Introduzione

Con la DGR n. 489/2018, la Regione Toscana ha recepito i documenti della Conferenza permanente Stato-Regioni, la cui applicazione è un importante mezzo per l'implementazione di tutto il processo di procurement di organi. La DGR n. 1450/2018, attraverso l'istituzione dei programmi di trapianto regionali, ha definitivamente riconosciuto la validità della donazione di organi da donatore a cuore fermo.

Il percorso Best Perfusion è un protocollo diagnostico terapeutico e assistenziale applicato nelle strutture dell'ASL Toscana Sud Est che gestisce quei soggetti colpiti da arresto cardiocircolatorio (ACR) a livello extraospedaliero e prevede un trattamento della patologia cardiovascolare ben strutturato che garantisce, dalla presa in carico del paziente fino alla centralizzazione nel presidio ospedaliero, una perfusione degli organi continua senza conseguenze che potrebbero influenzare un eventuale trattamento e in seguito la ripresa del paziente. La particolarità di questo protocollo è quella di trasportare il soggetto anche senza la ripresa del circolo spontaneo (ROSC) in ospedale, utilizzando durante tutte le procedure e il trasporto, un massaggiatore meccanico che deve necessariamente essere presente in uno dei mezzi di soccorso che arrivano sul target, in modo da garantire una perfusione continua per tutta la durata dell'intervento fin dai primi momenti in cui il paziente va in ACR.

Materiali e metodi

Le nostre osservazioni si basano sull'analisi dei dati raccolti da gennaio a settembre 2022 dalle schede di intervento dei pazienti colpiti da ACR nel territorio di competenza dell'Azienda Usl Toscana sud est.

Risultati

Sul totale del campione (n=334) solo il 17%(n=57) è stato arruolato nel percorso cuore fermo mentre i restanti 277 non sono stati arruolati. I pazienti sono stati esclusi dal percorso per aver oltrepassato l'età massima di inclusione, per sfioramento della tempistica consentita, oppure per comorbidità che non ne consentivano l'arruolamento. Dei 57 pazienti inclusi nel percorso, 39 sono andati incontro a ROSC sul target o in itinere durante il trasferimento verso l'ospedale mentre 18 sono giunti in Pronto Soccorso con massaggiatore applicato. Per 8 di questi è stato dichiarato il decesso a causa della decisione contraria dei familiari ad intraprendere il percorso donativo mentre 5 sono stati inclusi nei link donativi (2 ospedale Le Scotte, 2 ospedale Misericordia Grosseto, 1 ospedale Arezzo).

Discussione

La riuscita del PDTA è resa possibile grazie ad un'articolata rete di soccorso che comincia molto prima della chiamata al 112, poiché la formazione, per quanto riguarda le manovre salvavita BLS è diffusa tra la popolazione su tutto il territorio dell'area vasta assieme ai dispositivi automatici per la defibrillazione (DAE) messi a disposizione della comunità, nel nostro caso dal progetto "Arezzo Cuore". Tale progetto garantisce il funzionamento e l'utilizzo di DAE disponendoli in modo equo su tutto il territorio, permettendone l'utilizzo nelle situazioni d'emergenza anche da parte dei laici che in questo modo garantiscono una chance di sopravvivenza in più al paziente, al quale vengono fornite nell'immediato le manovre rianimatorie, diminuendo il rischio di un danno anossico cerebrale. L'utilizzo dei massaggiatori meccanici permette di pompare il sangue ossigenato agli organi vitali preservandone il funzionamento che, in caso contrario, andrebbero incontro a morte cellulare.

Conclusione

Gli aspetti fondamentali della gestione del paziente in ACR secondo protocollo Best Perfusion sono il rapido riconoscimento della patologia cardiaca da parte del personale extraospedaliero della CO 118 con identificazione del luogo d'intervento e le manovre rianimatorie messe in pratica dagli astanti, guidate dal personale di CO, fino all'arrivo dei mezzi di soccorso ALS che andranno a gestire il paziente secondo le linee guida internazionali, con l'utilizzo degli adeguati presidi, fino all'arrivo nella struttura sanitaria.

16:00 - 16:15

4951

LA DONAZIONE D'ORGANI DA DONATORE CDCD TIPO 3: DALL'IMPLEMENTAZIONE DELLO SCHEMA OPERATIVO AL PRIMO PRELIEVO DI CUORE

Matteo Angelini, Patrizia Ferian, Ennio Nascimben, Orietta Gasparini, Paolo Zanatta.

Azienda ULSS 2- Marca Trevigiana - mteoangelini@gmail.com

A fine 2022 in Italia c'erano circa 8000 pazienti in lista trapianti e circa 1800 donatori (dati CNT); l'età media del donatore in morte cerebrale è maggiore di 70anni (in Veneto) e la percentuale di opposizione è del 29,6% (media nazionale nel 2022). Da questi dati si evince la necessità di reperire un maggior numero di organi per rispondere all'aumento progressivo dei pazienti in lista d'attesa di trapianto. A partire dal 2014 anche in Italia è stato il intrapreso il percorso di donazione d'organi "a cuore fermo", includendo quei pazienti con danni encefalici importanti e con conseguente irreversibile perdita delle funzioni cerebrali (categoria 3 di Maastricht), arrivando nel 2022 a 128 prelievi con questa modalità.

Nel 2022 presso l'ospedale di Treviso, è stato implementata l'attività di procurement di organi da destinare a trapianto anche al cDCD 3.

È stata creata una check-list operativa con duplice funzione: fornire una guida per gli operatori coinvolti e consentire una registrazione accurata delle tempistiche di tutte le fasi. Di fondamentale importanza risulta il trattamento farmacologico di precodizionamento ischemico che si distingue in tre momenti: il primo che avviene già i giorni precedenti alla procedura; il secondo durante la sedazione profonda e la fase di desistenza; il terzo post accertamento di morte e ripresa della perfusione. Gli obiettivi di tale precodizionamento sono due: aumentare la resistenza d'organo all'insulto ischemico e ridurre il danno da ri-perfusione.

L'esperienza maturata nel nostro Centro con i primi cDCD, ha permesso nel 2023 (con la collaborazione della Cardiocirurgia dell'Azienda Ospedale-Università di Padova) di portare a termine il primo prelievo di cuore da cDCD in Italia e successivamente anche al primo prelievo di organi completo.

La nostra casistica di donatori cDCD tipo 3:

- 23/08/2022: primo DCD in Azienda con prelievo di fegato;
- 12/12/2023: fegato e un rene (il secondo, policistico, è stato valutato non idoneo);
- 23/03/2023: fegato e reni;
- 11/05/2023: fegato, reni e cuore;
- 18/05/2023: polmoni, fegato e reni;
- 09/06/2023: prelievo completo (fegato, reni, polmoni, cuore e pancreas).

Tali risultati sono stati resi possibili grazie alla coordinazione e sinergia di molteplici professionisti (Anestesisti, Cardiocirurghi, Cardiologi, Chirurghi generali e toracici, Nefrologi, Radiologi, Infermieri, Tecnici della ri-perfusione, Tecnici di radiologia e Tecnici di laboratorio) e servizi (Centro Regionale Trapianti, Cardiocirurgia di Padova e Treviso, Coordinamento Ospedaliero Trapianti, Anestesia e Rianimazione di Treviso).

Per coordinare e individuare le responsabilità di tutti gli operatori, è risultato imprescindibile il briefing pre-procedura. Ogni prelievo è preceduto da un incontro (di solito il giorno precedente) con le persone effettivamente coinvolte in cui viene presentato il caso clinico, i vari passaggi e le eventuali variazioni caso-specifiche. Dopo le prime procedure (o dopo casi particolari) sono stati condotti dei debriefing per analizzare e verificare le attività svolte, i risultati raggiunti e le criticità incontrate.

**Sala Savoia
VISSUTI E SENSAZIONI IN ICU**

11:00 - 11:15

4719

DISUMANIZZAZIONE DELLE CURE IN EMERGENZA-URGENZA: COME L'INFERMIERE PERCEPISCE IL PAZIENTE CRITICO

Chiara Nuti, Iacopo Cappellini.

Ente Privato - chiati183@gmail.com

La disumanizzazione è per definizione la negazione alle persone della loro umanità. Lo scopo di questo studio è analizzare le cause e gli esiti che questa crea nell'assistenza alla persona, analizzandone in particolare modo gli effetti nelle terapie intensive. La terapia intensiva è da sempre descritta come uno spazio di per sé disumanizzante e spersonalizzante data la forte presenza di tecnologia, la criticità dei pazienti e l'assenza di un rapporto diretto infermiere-paziente. Questo studio si propone di conoscere quanto i professionisti disumanizzino il paziente e, allo stesso tempo, neghino la loro umanità (auto-disumanizzazione).

Lo studio è stato condotto attraverso un questionario anonimo, strutturato di modo che potesse far emergere una visione globale

della realtà infermieristica di oggi e di conseguenza valutare se questa verteva o meno verso la disumanizzazione delle cure o l'auto-disumanizzazione dell'infermiere. I risultati indicano che è necessario ampliare gli ambiti di discussione di questo argomento, sensibilizzando in special modo il personale infermieristico. La percezione che l'infermiere ha di sé stesso si riflette su come tratta il paziente, sulla visione che ha di lui e sulla qualità di cure che eroga. Per porre rimedio alla disumanizzazione del paziente si dovrebbe innanzitutto investire, partendo dalla formazione infermieristica, su misure che rafforzino l'autonomia della figura professionale, cercando di creare un ambiente propositivo in cui lavorare evitando così l'auto-disumanizzazione dell'infermiere e di conseguenza la disumanizzazione del paziente.

11:15 - 11:30

4775

"ALARM FATIGUE": IL SOVRACCARICO SENSORIALE IN TERAPIA INTENSIVA

Francesca Trotta, Davide Bartoli.

AOU Sant'Andrea, Roma - francesca.trotta.91@gmail.com

Introduzione

Nell'ultimo decennio, lo sviluppo scientifico tecnologico ha determinato un progressivo incremento dell'utilizzo di dispositivi elettro-medicali nelle terapie intensive provocando, tuttavia, un aumento esponenziale del numero di falsi allarmi clinici provenienti da tali apparecchiature. Questo rappresenta un problema di notevole rilevanza poiché gli infermieri mostrano importanti difficoltà nella gestione e nella distinzione dei diversi tipi di allarme, incrementando un clima di affaticamento e sovraccarico sensoriale, un fenomeno conosciuto come "alarm fatigue". Ciò incide negativamente sulla qualità dell'assistenza diretta al paziente e sugli operatori sanitari, poiché le risposte ritardate o inadeguate agli allarmi possono scatenare situazioni di pericolo per la salute del paziente.

Obiettivo

Definire il concetto di "alarm fatigue" relativamente alla percezione e agli effetti degli allarmi clinici sugli operatori sanitari e validare in lingua italiana lo strumento "Clinical Alarm Survey" della Healthcare Technology Foundation (HTF) del 2016.

Materiali e metodi

È stato condotto uno studio osservazionale multicentrico mediante il questionario validato "Clinical Alarm Survey" della Healthcare Technology Foundation (HTF) del 2016. È stata effettuata la back translation dello strumento in lingua italiana. Il questionario è stato somministrato agli operatori sanitari delle unità di Terapia Intensiva degli ospedali AOU Sant'Andrea di Roma, IRCSS Fondazione Agostino Gemelli di Roma, Campus Biomedico di Roma, Ospedale Ruggi d'Aragona di Salerno.

Risultati

Il questionario è stato somministrato a 102 operatori sanitari, la cui maggioranza (34%) ha tra i 6 e 11 anni di esperienza lavorativa in Terapia Intensiva. Il 63% percepisce sensazioni oppressive e fastidiose in relazione all'eccessivo numero di allarmi e il 52% disattiva o silenzia gli allarmi durante il turno di lavoro. Il 32% afferma che i falsi allarmi riducono l'attenzione e influenzano la rapidità di risposta. I dati confermano uno scenario di affaticamento da allarme in relazione al numero eccessivo di segnalazioni non clinicamente rilevanti. Il 23% ritiene che la formazione sulla gestione dei dispositivi dotati di allarme sia insufficiente. Dall'analisi statistica effettuata, lo strumento dimostra buona affidabilità con un valore alto di consistenza interna ($\alpha = 0.90$).

Conclusioni

Dall'indagine emerge che gli operatori sanitari percepiscono sensazioni di fastidio in relazione alla presenza incessante degli allarmi attuando pratiche errate. Di conseguenza si conferma la diffusione del fenomeno "alarm fatigue" anche nel contesto italiano. Le problematiche correlate agli allarmi clinici sono già note alle organizzazioni sanitarie mondiali e i risultati finora ottenuti suggeriscono la necessità di integrare interventi standardizzati e buone pratiche basate sull'evidenza scientifica al fine di minimizzare gli effetti. Infine, è auspicabile adottare un programma formativo continuo riservato al personale infermieristico.

11:30 - 11:45

4846

CONOSCENZA, CONSAPEVOLEZZA E PERCEZIONE DEI MEDICI E DEGLI INFERMIERI DI AREA CRITICA RIGUARDO LE DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO: REVISIONE DELLA LETTERATURA

Sara Gramaccioni.

Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma - gramaccioni.sara@gmail.com

Introduzione

Negli ultimi anni è avvenuto un cambio di prospettiva nella relazione medico-paziente, passando sempre più da una visione paternalista ad una visione centrata sull'autodeterminazione del paziente, sul biodiritto all'informazione e ad una partecipazione attiva nelle decisioni cliniche. Questa responsabilizzazione del paziente, in relazione alle decisioni sulla propria salute, acquista particolare rilevanza nelle situazioni di fine vita quando il diritto all'autonomia si pone come manifestazione della libertà, della dignità e del valore della persona di progettare e decidere i trattamenti attivi e palliativi da adottare. In previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle proprie scelte, la Legge (219/17 Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento) prevede la possibilità per ogni persona di esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto su: accertamenti diagnostici, scelte terapeutiche e singoli trattamenti sanitari. Legalmente il paziente esercita questo diritto del consenso informato

o delle disposizioni anticipate di trattamento quando non è in grado di prendere decisioni. In nessun posto come in area critica, si sperimenta che l'assistenza e le cure erogate non possono sempre evitare la morte. Questo lo dimostra uno studio condotto nel 2004 negli Stati Uniti da Angus DC et al. in cui quasi il 40% dei pazienti muore in ospedale; di questi, quasi il 60% muore dopo essere stato ammesso in un reparto di area critica. L'evento morte in terapia intensiva dev'essere affrontato sia come decisione clinica, che come accettazione delle volontà del degente di porre un limite ai trattamenti. In questo scenario appare doveroso indagare la conoscenza, consapevolezza e percezione che i medici e gli infermieri di area critica hanno relativamente alle disposizioni anticipate di trattamento (DAT).

Materiali e metodi

Lo studio in esame consiste in una revisione della letteratura. La ricerca è stata condotta durante il mese di maggio 2023 sull'analisi di studi presenti su PubMed. Essa è stata svolta utilizzando il metodo PIO: P=medici ed infermieri di area critica; I-DAT; O=conoscenza, consapevolezza e percezione delle DAT. Con le relative parole chiave sono stati trovati 1859 articoli a cui seguentemente sono stati applicati i filtri "free full text" e "articoli degli ultimi 10 anni".

Risultati

Dal processo di ricerca sono scaturiti 529 articoli, di cui ne sono stati selezionati 68 sulla base del titolo. Questi sono stati sottoposti a lettura dell'abstract e 25 di questi sono stati selezionati per la lettura full text e successivamente ne sono stati scelti 8 per la revisione. Dalla revisione di questi articoli è stata creata la tabella di estrazione dei dati presente in questo studio. Dall'analisi degli studi è emerso come i professionisti con maggiori conoscenze riguardo le DAT siano coloro con un'età maggiore, una carriera più lunga e con esperienze personali di assistenza nel fine vita.

Per quanto riguarda la percezione che gli operatori sanitari hanno relativamente alle DAT, dagli studi si è evinto che la maggior parte degli infermieri di area critica ha espresso interesse ad assumere un ruolo attivo per aiutare i pazienti a chiarire le loro preferenze per l'assistenza di fine vita ed a ricevere una formazione per migliorare le proprie capacità di comunicazione in quest'area. Dalla revisione è emerso come l'istruzione sia il fattore principale che influisce sulla pratica clinica relativa alle DAT da parte di medici ed infermieri di area critica. Negli studi viene sottolineato come essa sia necessaria per aumentare le conoscenze dei sanitari, migliorare gli atteggiamenti positivi verso le DAT e migliorare la comunicazione con i pazienti che hanno redatto una DAT durante l'erogazione delle cure di emergenza.

Discussione

Da questa revisione della letteratura è emerso come la formazione (tecnica e non tecnica) sia un fattore fondamentale nell'approccio e nell'applicazione delle DAT da parte di medici ed infermieri di area critica. Inoltre, è emersa anche una mancanza di dati riguardo la reale consapevolezza e la percezione che medici ed infermieri di area critica hanno circa le DAT. Un altro tema mancante è l'analisi dello impatto emotivo che medici ed infermieri di area critica presentano per il confronto quotidiano con le DAT. Questi temi potranno essere approfonditi attraverso questionari o interviste al personale sanitario operante nelle unità di area critica.

Parole chiave

Doctor, Nurse, ICU, Intensive Care Nurses, Intensive Care Doctor, Living Will, Advance Health Care Directive, Advance Care Planning, Knowledge, Awareness, Perception, Living Will, Advance Health Care Directive, Advance Care Planning.

11:45 - 12:00

4854

QUANTO SONO SODDISFATTI I FAMILIARI DEI PAZIENTI RICOVERATI IN TERAPIA INTENSIVA PER LE CURE EROGATE? STUDIO TRASVERSALE

Matteo Danielis¹, Safae Nour El Hadi¹, Marika Rosset², Serena Giorgino², Sara Gentilini², Dina Molaro², Anna Qualizza², Federica Vuerich², Anna Iacobucci², Alessandro Garau². matteo.danielis@unipd.it

¹Università degli Studi di Padova, Laboratory of Studies and Evidence Based Nursing

²Dipartimento di Anestesia e Rianimazione, Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale, Udine.

Introduzione

Il miglioramento della qualità in Terapia Intensiva (TI) è passato dal concentrarsi su esiti prettamente clinici, ad esempio il tasso di mortalità, ad analizzare esiti inerenti l'evoluzione dell'assistenza e la riduzione delle morbidità. In tal senso, la soddisfazione del caregiver rispetto alle cure che il proprio caro ha ricevuto in TI, viene ad oggi considerato uno degli indicatori di qualità e uno degli esiti sensibili alle cure infermieristiche. Diversi studi hanno esplorato questa tematica, tuttavia sul finire dell'emergenza COVID-19 si è voluto verificare quanto sono soddisfatti i familiari dei pazienti ricoverati in TI, anche alla luce delle trasformazioni del Sistema Sanitario e delle politiche adottate per far fronte alla pandemia.

Obiettivo

Misurare la soddisfazione del caregiver rispetto all'esperienza di ricovero di un proprio caro in TI.

Materiali e metodi

È stato condotto uno studio osservazionale trasversale. Sono stati arruolati i caregiver di pazienti ricoverati per almeno 72 ore in TI nel periodo tra agosto 2022 e febbraio 2023. Il familiare doveva essere maggiorenne, far visita quotidianamente al proprio parente ricoverato e firmare il consenso informato. Entro 48 ore dalla dimissione, un questionario cartaceo veniva consegnato ad ogni partecipante che procedeva all'auto-compilazione.

Risultati

Hanno risposto 108 caregiver, con età media di 54.9±12.1 anni, per lo più donne (n=72, 66.7%). Il grado di parentela del caregiver era figlio/figlia nel 40.7% dei casi, moglie/marito nel 36.1%. I familiari avevano per lo più un buon livello educativo, con il 48.6% di diplomati e il 25.2% di laureati. Nel 32.4% dei casi avevano già sperimentato il ricovero di un proprio caro in TI. Il livello di soddisfazione complessiva è stato 84.8±11.6, su un totale di 100. Nello specifico, la soddisfazione rispetto alle cure erogate era 86.1±12.1 (FS-ICU/Care), mentre rispetto al processo decisionale era 82.8±12.4 (FS-ICU/Decision making).

L'item che ha soddisfatto maggiormente i familiari riguardava la pronta gestione delle problematiche respiratorie (4.60±0.6, su un totale di 5), mentre il punteggio più basso è stato ottenuto dall'item che esplorava l'atmosfera nella sala d'attesa (3.58±1.12).

Conclusioni

Il livello di soddisfazione rilevato è in linea con i risultati ottenuti da altri studi. Un alto livello di soddisfazione non significa però che non vi siano spazi di miglioramento: ulteriore ricerca dovrebbe combinare anche dati qualitativi per comprendere le reali aspettative dei familiari. Inoltre, politiche proattive dovrebbero essere implementate, soprattutto nei confronti di quelle aree che sono risultate maggiormente penalizzate dal questionario (es. sala d'attesa). Gli item che hanno ottenuto i punteggi medi più bassi miravano ad esplorare il senso di controllo percepito dai caregiver nell'ambito del decision making. Questo risultato potrebbe incoraggiare studi futuri ad indagare modalità per ottenere una maggiore inclusione del caregiver nel processo decisionale clinico.

Bibliografia

Haave RO, Bakke HH, Schröder A. Family satisfaction in the intensive care unit, a cross-sectional study from Norway. BMC Emerg Med. 2021;21(1):20.

Garg SK. Patients' Family Satisfaction in Intensive Care Unit: A Leap Forward. Indian J Crit Care Med. 2022 Feb;26(2):161-163.

12:00 - 12:15

4927

IL VISSUTO ESPERIENZIALE DEI PAZIENTI SOPRAVVISSUTI ALLE CURE INTENSIVE E DEI LORO FAMILIARI. UNO STUDIO FENOMENOLOGICO

Francesca Trotta, Francesco Gravante, Salvatore Latina, Rosaria Alvaro, Ercole Vellone, Silvio Simeone, Gianluca Pucciarelli.

Università degli Studi di "Tor Vergata" - francesca.trotta.91@gmail.com

Introduzione

La sindrome post-cure intensive (PICS) viene definita come una nuova compromissione o un peggioramento dello stato di salute fisica, cognitiva o mentale che si manifesta dopo una malattia e/o cure intensive e persiste oltre la dimissione ospedaliera a domicilio (Needham, 2012; Wang, 2019). Lo sviluppo di queste disabilità, insieme alla difficoltà di ricostruire la propria vita sociale, persistono oltre la dimissione dalla Terapia Intensiva (TI). La PICS colpisce tra il 50-70% dei sopravvissuti alle TI ed i suoi effetti possono persistere in un intervallo compreso tra 5-15 anni dopo il ricovero (Desai, 2011).

Gli effetti della PICS non colpiscono solo i sopravvissuti alle cure intensive, ma anche la salute dei loro familiari (Needham, 2012; Davidson, 2012; Schmidt, 2012). La sindrome post-cure intensive dei familiari (PICS-F), che include le ripercussioni psicologiche e cognitive che i familiari soffrono in seguito al ricovero in TI dei loro cari, influenza la loro qualità di vita (Haines, 2018; Colbelson, 2019). Dalla letteratura internazionale emerge che i pazienti dimessi dalla TI e i loro familiari, riportano un vissuto esperienziale emotivamente impegnativo con ripercussioni sulla sfera personale a lungo termine. Questa sindrome è stata definita dalla Society of Critical Care Medicine (SCCM) per identificare il disagio psicologico sperimentato dai familiari in TI durante il periodo post-ricovero, compresi i sintomi di ansia, depressione e PTSD (Davidson, 2012; Neeedham, 2012), nell'ottica di un'assistenza incentrata sulla famiglia come approccio "che sia rispettoso e rispondente ai bisogni e ai valori delle singole famiglie". Inoltre, un aspetto essenziale della ricerca sui familiari, è la determinazione del carico emotivo descritto come riduzione dello stato funzionale durante le attività quotidiane e sintomi di depressione e ansia (Liu, 2017); insieme all'assistenza centrata sul paziente, rappresenta la componente cruciale della qualità dell'assistenza globale, come affermato nel 2001 dall'Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America. Infatti, il supporto alla famiglia in TI può migliorare gli esiti dei sopravvissuti, consentendo alle famiglie di essere caregiver a tutti gli effetti (Alsharari, 2019).

Materiali e metodi

È stato condotto uno studio fenomenologico, utilizzando la metodologia di Cohen (Cohen, 2000). I partecipanti (i sopravvissuti alle cure intensive e i loro familiari) sono stati intervistati ad un mese dalla dimissione dalla TI. È stata posta una domanda aperta, al fine di permettere loro completa libertà di espressione.

Risultati attesi e implicazione per la pratica infermieristica

L'analisi dei dati qualitativi consisterà nella suddivisione in tematiche e sotto tematiche, risultanti dalle interviste svolte. L'individuazione delle necessità dei sopravvissuti alle cure intensive e dei loro familiari consentirà la promozione di interventi specifici, educativi e di follow-up, al fine di permettere la riabilitazione fisica, cognitiva e mentale dopo la dimissione dalla Terapia Intensiva (Mehlhorn, 2014).

12:15 - 12:30

4934

TERAPIA INTENSIVA APERTA E UMANIZZAZIONE DELLE CURE: L'ESPERIENZA DELLA TERAPIA INTENSIVA GENERALE DELL'ASST GOM NIGUARDA*Riccardo Marco Castelli, Isabella Fontana, Chiara Parolin.**ASST GOM Nigurda, Milano - riccardo.castelli@ospedaleniguarda.it***Introduzione**

L'esperienza clinica quotidiana e gli articoli presenti in letteratura rendono evidente come, sia i malati lungodegenti in terapia intensiva (TI) sia i loro famigliari, sviluppino la "Post-Intensive Care Syndrome Family" definita come uno stato di menomazione dello stato di salute fisico, mentale e cognitivo, che insorge dopo una malattia critica e che persiste anche dopo il ricovero. Al fine di prevenirla e trattarla si sono rese necessarie una serie di pratiche inerenti all'umanizzazione delle cure atte a potenziare l'assistenza dei malati e dei famigliari durante il ricovero in TI (apertura degli orari visite, Pain Agitation Delirium management, communication strategies, early mobilization etc). La sfida del reparto di TI dell'ASST GOM Niguarda è stata il prendersi cura dei malati e dei loro famigliari oltre la loro malattia d'organo, oltre le loro ansie e le loro paure, concentrando il lavoro sulla soggettività di ogni singolo operatore sanitario, per intercettare i loro bisogni sottesi e non espressi, riequilibrando in questo modo il sapere e il saper fare tecnico-razionale, con il saper essere umano ed emozionale.

Obiettivo

Il seguente lavoro ha lo scopo di ricercare una buona pratica assistenziale in cui medici ed infermieri possano utilizzare la propria competenza emotiva come strumento di cura integrato alla competenza tecnica.

Materiale e metodi

È stato esteso l'orario di apertura alle visite dei parenti, anche ai minori, dal 2009 ed è stato costruito uno spazio dedicato ai colloqui tra parenti ed il personale sanitario. Sono stati inseriti corsi di formazione in ambito comunicativo e relazionale, guidati da una psicologa integrata all'equipe, una volta al mese dal 2015. Gli strumenti di lavoro utilizzati sono stati: role play, lavori di gruppo e corsi di formazione esterna in Medical Humanities (Torino- Bellinzona), simulazioni, analisi dei vissuti e delle storie di malattia difficili, team building, tecniche esperienziali e debriefing.

Risultati

L'implementazione di competenze relazionali ed emotive ha portato ad una maggiore sicurezza e consapevolezza all'interno dell'equipe nella gestione delle comunicazioni con i malati ed i loro famigliari mostrando come il saper comunicare ed il saper relazionarsi non possono essere qualità innate ma, in quanto competenze, debbano essere acquisite e allenate. La sublimazione di questo nuovo approccio culturale d'equipe ha prodotto anche scelte di cura più etiche, condivise e partecipate secondo i criteri di appropriatezza clinica e proporzionalità delle cure.

Conclusioni

I professionisti sanitari hanno il dovere di rendere il ricovero in TI, momento drammatico nell'esistenza di una persona, il più umano possibile. Per farlo non c'è altra via se non quella di accostarsi alla fragilità di malati e parenti non tanto in termini di rapporti professionali ma di relazione e reciprocità, con la consapevolezza di esserne noi stessi influenzati, toccati e plasmati in quanto uomini oltre che professionisti sanitari. Non può esserci nessuna relazione professionale autenticamente umana se non quella che preveda il contatto con le nostre emozioni.

Risulta quindi essere fondamentale che la formazione professionale degli operatori sanitari in area critica dovrebbe considerare anche lo sviluppo di competenze finalizzate alla crescita delle capacità relazionali e di comprensione dell'esperienza soggettiva dei pazienti.

COME ORGANIZZARE L'ASSISTENZA

14:30 - 14:45

4889

HANDOVER COME TEMPO DI CURA, L'IMPLEMENTAZIONE DEL METODO SBAR IN ICU: UNO STUDIO QUASI-SPERIMENTALE*Raffaella Arioli, Alessia Bertolino, Luciano Cellura, Sara Longo, Giulia Lovati, Ginevra Macaluso, Giorgia Meda, Beatrice Pastore, Daniele Piovera, Giulia Pitino, Stefano Scaglia.**IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia - r.arioli@smatteo.pv.it***Background**

Il passaggio di informazioni tra gli operatori sanitari è uno dei momenti fondamentali che svolge un'importanza critica per quanto riguarda la sicurezza dei pazienti. La Joint Commission International (JCI) ha incluso la comunicazione tra operatori sanitari durante i cambi di turno, tra le principali cause di eventi sentinella segnalati dal 2011 al 2017. La trasmissione contemporanea e interattiva di informazioni sulla situazione del paziente da un operatore a un altro, è definita handover. L'unità di terapia intensiva (ICU) è considerata un contesto sanitario complesso e multidisciplinare in cui gli operatori sanitari sono formati e preparati a fornire trattamenti appropriati e attuare interventi standardizzati a pazienti critici. Una comunicazione efficace tra gli operatori sanitari è considerata imperativa: una comunicazione accurata ed efficiente è un prerequisito fondamentale per un'elevata qualità dell'assistenza. Passaggi di consegne personalizzati e non standardizzati, risentono della discrezionalità dell'operatore con il rischio che informazioni importanti vengano eliminate o sostituite da altre non fondamentali. L'importanza di strumenti standardizzati e strutturati per il

passaggio di consegne, è stata sostenuta a livello internazionale nel piano d'azione dell'OMS per la sicurezza dei pazienti. Già nel 2007, tra i metodi presenti in letteratura, l'OMS suggerisce l'utilizzo del metodo SBAR (Situation Background Assessment Recommendation). Questo strumento è risultato essere di facile utilizzo, permette agli operatori di comunicare in maniera strutturata e coerente, favorisce la comunicazione sintetica e organizzata, fornisce una sequenza precisa per trasmettere le informazioni, riducendo l'omissione di dati importanti e aiutando ad organizzare il pensiero e i passaggi chiave.

Obiettivo

Il processo di consegna tra gli infermieri avviene con modalità ormai consolidate che condizionano l'intero processo di nursing. Pertanto si è deciso di adottare il metodo SBAR gradualmente, in modo da consentire all'equipe il tempo di apprendimento necessario per interiorizzare e mettere in atto il cambiamento. L'obiettivo primario dello studio è implementare l'utilizzo del metodo SBAR nell'equipe infermieristica per migliorare il passaggio di consegna in termini di efficacia, efficienza e sicurezza. Gli obiettivi secondari sono l'analisi dell'aderenza all'utilizzo dello SBAR e la valutazione dell'efficacia formativa.

Materiale e metodi

Studio quasi-sperimentale, monocentrico a quattro fasi.

Fase 1: a livello locale si è deciso, attraverso una survey, di esplorare le reali abitudini degli infermieri afferenti alla UOC di Anestesia e Rianimazione 1 dell'I.R.C.C.S. Fondazione Policlinico San Matteo di Pavia in merito all'handover; conoscere il grado di soddisfazione relativamente al passaggio di consegne ed indagare la conoscenza del gruppo rispetto ai metodi standardizzati di trasmissione delle informazioni presenti in letteratura. Sono stati compilati 63 questionari a fronte di 85 distribuiti nei mesi di Gennaio - Febbraio 2023.

Fase 2: nei mesi di aprile e maggio è stato attuato un training formativo rivolto ad un campione di convenienza composto da 28 infermieri. Per necessità organizzative, la formazione è stata suddivisa in due sottogruppi e per ciascuno sono stati pianificati tre incontri. Il primo, in plenaria, con lezioni frontali per approfondire e accrescere le conoscenze di base. Successivamente, utilizzando il metodo induttivo che consente di iniziare la riflessione dalle conoscenze già possedute per poi giungere alla teoria vera e propria, i gruppi hanno partecipato attivamente attraverso un momento di brainstorming. La metodologia scelta per il secondo incontro di entrambi i gruppi è stata il role playing da parte di una coppia di infermieri esperti in merito al metodo SBAR, preceduto da una dimostrazione del processo di consegna. Partendo da un caso clinico gli esperti hanno simulato come avviene la consegna e come potrebbe essere l'handover utilizzando lo SBAR. Nell'ultimo incontro sono state integrate e contestualizzate informazioni ritenute fondamentali e irrinunciabili nella realtà clinica di ICU.

Fase 3: i dati condivisi dal gruppo sono stati riportati all'interno di una griglia, che rappresenta il tool impiegato nello studio e utilizzato come strumento ad hoc del processo di consegna SBAR nel contesto clinico, nel periodo che va dal 1 giugno al 30 giugno. Seguirà un'analisi statistica di tipo descrittivo per andare ad osservare l'aderenza allo SBAR.

Fase 4: Per valutare le conoscenze e l'efficacia formativa è stato utilizzato il questionario Multiple Choice Knowledge Test (MCKT) per metodo SBAR somministrato in pre e post training.

Discussione

La prima fase dello studio è rappresentata da una survey, la cui finalità è stata quella di esplorare le reali abitudini degli infermieri afferenti alla ICU in merito alle consegne infermieristiche, per conoscere il grado di soddisfazione rispetto al passaggio di consegne e indagare la conoscenza del gruppo sui metodi standardizzati di trasmissione delle informazioni presenti in letteratura. Nella sezione dedicata alle domande che avevano come fine quello di indagare le reali abitudini degli infermieri, il 76% reputa il passaggio di consegne orali importante per la continuità assistenziale e per la sicurezza dei pazienti assistiti. Relativamente al grado di completezza delle consegne trasmesse ai colleghi; il 19% risponde che "spesso" gli capita di pensare di aver tralasciato qualche dato importante, il 63% degli intervistati risponde "talvolta". La quasi totalità degli infermieri oggetto di indagine afferma che nella propria realtà non viene utilizzato un metodo standardizzato per il passaggio di consegne e il 57% degli infermieri partecipanti allo studio non ha mai sentito parlare di metodi standardizzati. Per valutare l'efficacia formativa, nella fase pre-training sono stati somministrati 28 questionari MCKT per metodo SBAR, di cui 22 (80%) sono stati completati; di questi, la percentuale delle risposte corrette sul totale è del 28%. Da questo dato si evince che tale metodica è poco conosciuta dai partecipanti allo studio, nonostante sia una pratica ormai consolidata in letteratura a livello nazionale ed internazionale. Altro dato degno di nota è che delle 4 fasi che compongono lo SBAR, la Recommendation risulta essere quella meno conosciuta per definizione e caratteristiche (36%) e che molti infermieri del campione sembrano confondere la fase di Situation e Assessment con il Background (73%).

Risultati

La survey sull'intero gruppo di lavoro infermieristico evidenzia l'imprescindibilità del passaggio di consegne, ma allo stesso tempo sottolinea una eterogeneità dello stesso. La conoscenza dello SBAR risulta essere esigua nel pre-training. Si è utilizzato successivamente un approccio formativo di tipo induttivo partendo dalle conoscenze possedute per giungere alla teoria. L'analisi dei dati nel post-training per valutare l'efficacia formativa è ancora in corso, così come analisi statistica di tipo descrittivo per andare a valutare il raggiungimento dell'obiettivo secondario in termini di aderenza da parte dell'equipe all'utilizzo dello SBAR.

Parole chiave

Handover, ICU, SBAR.

Bibliografia

Müller M, Jürgens J, Redaelli M, et al. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. *BMJ Open* 2018;8:e022202.

Dalky HF, Al-Jaradeen RS, AbuAlRub RF. Evaluation of the Situation, Background, Assessment, and Recommendation Handover Tool in Improving Communication and Satisfaction Among Jordanian Nurses Working in Intensive Care Units. *Dimens Crit Care*

Nurs. 2020 Nov/Dec;39(6):339-347.

Murray, Maureen. Implementing SBAR Training with Acute Care Nurses. DNP Projects. 90. Manuscript 2. Implementing Didactic Plus Role-Playing Education with Nurses in an Inpatient Acute Care Setting. University of Kentucky 2016; 21-34, Pag 59.

Ding Y, Wang G, Chen H, Kang J, Wu Z. Application Effects of SBAR Communication Mode in ICU Nursing Physical Restraint Shift. Altern Ther Health Med. 2022 Sep;28(6):112-117. PMID: 35687709.

Higgins J, Green S, eds. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions 4.2.6.4 edn. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd, 2006.

14:45 - 15:00

4905

SCALA NAS PER LA VALUTAZIONE DEL CARICO ASSISTENZIALE IN TERAPIA INTENSIVA: STUDIO OSSERVAZIONALE PROSPETTICO

Giulia Paglione, Claudia Bagnariol, Diego Ceci, Rosario Caruso.
IRCCS Policlinico San Donato, Milano - giulipaglione@gmail.com

Introduzione

La quantizzazione del carico assistenziale in Terapia Intensiva (TI), essenziale per determinare il fabbisogno del personale infermieristico, è stata oggetto di studio da decenni con lo scopo di ottimizzare i costi assistenziali e migliorare la qualità delle cure. La scala, Nursing Activities Score (NAS), sviluppata da Miranda et. al. nel 2003 per raffinare la rilevazione del carico assistenziale infermieristico, rimane tuttavia scarsamente adottata in ambito clinico.

Obiettivo

Obiettivo primario dello studio è valutare il carico assistenziale attraverso la scala NAS in una TI polivalente, specificamente in tre sottocategorie di pazienti: Cardiocirurgici, Chirurgie Specialistiche differenti e con Patologie Respiratorie Acute.

Materiali e metodi

È stato condotto uno studio osservazionale prospettico su un campione di pazienti ricoverati nella TI del Campus Bio-Medico di Roma, arruolati tra il 1° aprile e il 30 settembre 2022. Il carico assistenziale per ciascun paziente e per ciascun gruppo di patologia è stato calcolato all'inizio del ricovero in TI (Tempo0) attraverso la scala NAS; sono stati inoltre riportati i tempi di degenza e la loro eventuale associazione con items specifici della scala.

Risultati

Nel periodo in studio, su 456 ricoveri totali sono stati arruolati 177 pazienti provenienti da tre Unità Operative. Il carico di lavoro assistenziale risulta essere più elevato nel gruppo di pazienti con Patologie Respiratorie Acute rispetto ai pazienti di Cardiocirurgia in base al valore di scala NAS (differenza della media=9.61, CI 95% 4.41-14.8, >0.001) e di Chirurgia Specialistica (differenza della media 10.78, CI 95% 5.27-16.29, p<0.001). I pazienti con un punteggio NAS al di sopra del 50% sono quelli che più facilmente necessiteranno di ricoveri prolungati (OR 0.34, CI 95% 0.18-0.63, p=0.001).

Alcuni Items, quali infusione continua di farmaci vasoattivi (OR 0.28, CI 95% 0.11-0.69, p<0.01) e presenza di squilibri elettrolitici gravi (OR 0.25, CI 95% 0.12-0.53, p<0.001), pur presentando un basso impatto in termini di punteggio nella scala, sono risultati associati ad una ridotta probabilità di dimissione a 48h. Nonostante il punteggio medio della scala NAS rispecchiasse un adeguato rapporto infermiere-paziente, alcuni fattori come la presenza di un paziente infetto o di presidi che richiedono maggior attenzione e assistenza non sono considerati nella scala.

Conclusioni

La Scala NAS è uno strumento utile nella determinazione del carico assistenziale infermieristico in TI. Dallo studio emerge la sua capacità di favorire l'individuazione delle differenze in termini di carico assistenziale tra pazienti chirurgici provenienti da aree differenti e nella predizione di ricoveri prolungati con conseguente maggiore durata del carico assistenziale.

15:00 - 15:15

4920

SVILUPPO DI UN MODELLO INNOVATIVO DI COORDINAMENTO INFERMIERISTICO PER LA GESTIONE DELLA NUOVA AREA OMOGENEA DI TERAPIA INTENSIVA DELL'OSPEDALE CA' FONCELLO DI TREVISO

Loris Pian.
AULSS 2 Marca Trevigiana - lorispian@gmail.com

Razionale

Il successo di un'area omogenea di terapia intensiva (TI), come quella dell'Ospedale Ca' Foncello di Treviso con 46 posti letto aggregati, dipende dal livello di ottimizzazione gestionale raggiungibile attraverso l'integrazione spinta delle risorse ed il principio della continuità assistenziale. Ruolo fondamentale è quello del Coordinatore Infermieristico, vero regista di un percorso virtuoso di integrazione e sviluppo su vari livelli delle risorse assegnate all'area attraverso un nuovo modello di Coordinamento. L'obiettivo dello studio è quello di effettuare un'indagine conoscitiva allo scopo di identificare i modelli di Coordinamento utilizzati in Italia nelle TI e svilupparne uno di innovativo.

Materiali e metodi

È stato condotto uno studio esplorativo utilizzando un questionario on-line creato con la piattaforma Google Moduli®, disponibile dal 24 gennaio al 13 marzo 2022. Il questionario on-line è stato diffuso utilizzando i seguenti canali:

- Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica (ANIARTI);
- Coordinamento Nazionale Caposala (CNC).

Il link al questionario è stato inviato via mail ai destinatari assieme ad una presentazione sintetica del progetto di ricerca. Il questionario è stato elaborato cercando di analizzare le funzioni tipiche del coordinatore prendendo come riferimento il Profilo di Competenza del Coordinatore così come declinato nella Delibera Giunta Regione Veneto n. 169 del 23/02/2016. Le risposte al questionario sono state raccolte attraverso un foglio di Google Sheet®.

I dati sono stati analizzati utilizzando la statistica descrittiva, sono stati elaborati gli indici di dispersione centrale (media, deviazione standard [DS]), le frequenze e le percentuali.

Analisi e Discussione

Al questionario hanno risposto 50 Coordinatori di TI appartenenti agli ospedali di grandi città italiane, 8 delle quali appartenenti ad aree omogenee intensive. Il rapporto 1 a 2 infermiere/pazienti è il più utilizzato. Il massimo rapporto Infermieri/Coordinatore è 80. La funzione di gestione del personale non viene mai delegata. La figura più frequentemente delegata dai Coordinatori è l'Infermiere fuori turno. Il modello di leadership più utilizzato è quello consultativo. Il Coordinatore spesso prolunga la propria presenza oltre il normale orario di servizio e spesso il tempo che dedica allo svolgimento delle proprie funzioni è inadeguato. L'area omogenea di TI spesso permette di creare sinergie trasversali nello svolgimento delle funzioni tipiche del Coordinatore che risulta molto soddisfatto dell'impatto della stessa sulla riduzione del livello di conflittualità e antagonismo/rivalità tra le specialità di Terapia Intensiva. L'impatto dell'area omogenea intensiva sul livello di integrazione e collaborazione spesso soddisfa i Coordinatori. I Coordinatori concordano sulla positività dell'impatto della condivisione dello spazio di lavoro.

Conclusioni

Dall'analisi conoscitiva non sono emerse realtà omogenee di TI paragonabili alla realtà trevigiana; quella che si avvicina di più ha "solo" 27 posti letto totali. Sulla base degli elementi organizzativi emersi dallo studio conoscitivo, sono stati ipotizzati due modelli di Coordinamento innovativi per l'area omogenea di TI, da sottoporre all'attenzione della Direzione Infermieristica: il primo chiamato trasversale e il secondo ibrido.

La differenza fondamentale tra i due modelli è costituita dalla funzione di gestione del personale che nel modello trasversale è svolta da un unico Coordinatore sull'intera area omogenea, mentre nel modello ibrido è ripartita fra due Coordinatori ciascuno dei quali gestisce una porzione dell'area omogenea.

CONFORT IN ICU

15:30 - 15:45

4758

MASIMO SLEEP® E LO SLEEP HALO INDEX: MONITORAGGIO DEL SONNO IN NEUROANESTESIA E RIANIMAZIONE NEUROCHIRURGICA. STUDIO OSSERVAZIONALE

Virginia Biagi, Sara Fabiani, Silvia Corda.
Azienda Ospedaliera Universitaria Senese - virgi28@live.it

Background

La carenza di sonno è un disturbo comune per molti pazienti critici. Tra i fattori di rischio che comportano un sonno di scarsa qualità rientrano anche alcune attività infermieristiche come per esempio le cure igieniche, la broncoaspirazione, le procedure dolorose, la luce della stanza di degenza, il rumore ecc. Le conseguenze della carenza di sonno sono molteplici e compromettono notevolmente il recupero del paziente. Esistono ad oggi vari strumenti per la rilevazione della qualità del sonno. Ognuno di questi presenta però dei limiti di applicazione nel paziente critico. Il nostro obiettivo è quello di testare la validità di uno strumento semplice e scarsamente invasivo che possa essere utile nella pratica quotidiana: il Masimo Sleep®.

Materiali e metodi

Il Masimo Sleep® è stato testato su 11 pazienti privi di sedazione nel reparto di Neuroanestesia e Terapia Intensiva Neurochirurgica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese; questo strumento fornisce lo Sleep Halo Index, un indice di qualità del riposo notturno distribuito in una scala numerica 0-100. L'indice ottenuto è stato poi confrontato con un report compilato dall'infermiere, che ha riportato per il paziente in esame la propria percezione di qualità del sonno (sempre su una scala 0-100) e gli stimoli disturbanti che possono aver influito sul riposo.

Lo studio ha ricevuto l'approvazione del Comitato Etico aziendale in data 16/02/2022 (n°2/2022).

Risultati

Il coefficiente Rho di Spearman mostra una correlazione significativa tra lo Sleep Halo Index e la percezione della qualità del sonno da parte dell'infermiere (0,01). Non risulta invece esserci una correlazione significativa tra l'Index e i fattori confondenti (luce, rumore e farmaci). Il limite dello studio è la ridotta numerosità del campione in studio.

Conclusioni

Il Masimo Sleep® è risultato efficace nella rilevazione della qualità del sonno. Questo studio pone le basi per proseguire nella raccolta dati ed ipotizzare la potenziale relazione tra la qualità del sonno e gli stimoli disturbanti.

Parole chiave

Sonno, Terapia Intensiva Neurochirurgica, Masimo Sleep, Sleep Halo Index

Bibliografia

1. Devlin JW, Skrobik Y, Gélinas C, et al. Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pain, Agitation/Sedation, Delirium, Immobility, and Sleep Disruption in Adult Patients in the ICU. Crit Care Med. 2018;46(9):e825-e873
2. Romagnoli S, Amigoni A, Blangetti I, et al. Light sedation with dexmedetomidine: a practical approach for the intensivist in different ICU patients. Minerva Anestesiol. 2018;84(6):731-74.

15:45 - 16:00

4825

ASSOCIAZIONE TRA DISPOSITIVI CHE RIPRODUCONO LA LUCE NATURALE E L'INCIDENZA DI DELIRIUM CON NECESSITÀ DI SEDAZIONE FARMACOLOGICA IN PAZIENTI RICOVERATI IN TERAPIA INTENSIVA (LUNADEL ICU)

Elisa Mapelli, S.Canzi, S. Colombo, G. Bellani, A. Lucchini
Policlinico di Monza - elisamapelli95@gmail.com

Obiettivo

I pazienti ricoverati in terapia intensiva (TI) soffrono non solo per effetto della criticità della patologia che li ha portati in ambiente intensivo, ma anche per i sintomi correlati all'ambiente stesso, come la privazione di sonno, gli incubi, il delirium, l'ansia e il distress post traumatico.

Questo lavoro ha come obiettivo principale quello di indagare l'impatto che la riproduzione di luce naturale, attraverso pannelli di luce secondo la tecnologia CoeLux® con alternanza giorno/notte, ha sul benessere del paziente in termini di presenza/assenza di delirium durante la degenza in TI, utilizzo di contenzioni, dosaggi di sedativi e grado di sedazione, variazione dei parametri vitali ed emogasanalitici, oltre che la presenza di ansia e/o distress post traumatico a 3 e 6 e 12 mesi dalla dimissione.

Materiali e metodi

È stato condotto uno studio monocentrico osservazionale prospettico nel reparto di TI dell'Ospedale San Gerardo di Monza, il quale risulta essere completamente privo di finestre; due stanze sono illuminate unicamente da luci artificiali, tre stanze sono dotate della tecnologia CoeLux®, che mima la luce naturale. I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi: ESPOSTI (pazienti allocati in camere con tecnologia CoeLux®) e NON ESPOSTI (pazienti allocati in stanze con luci artificiali).

Risultati

I due gruppi sono risultati bilanciati per tutte le variabili generali analizzate, tranne per il fatto che il 61,8% dei pazienti ricoverati sui letti non esposti alla luce naturale sono risultati essere positivi al Covid19. Confrontando i valori ottenuti nel giorno 0 di degenza, i pazienti sono risultati omogenei, se non che gli esposti alla luce naturale sono maggiormente ipertesi. Nel gruppo con RASS ≥ -1 abbiamo osservato che diminuiscono le quantità di farmaci sedativi somministrati, aumentando invece la quantità di deliriolitici e benzodiazepine, ma senza differenze significative tra esposti e non esposti.

Dato statisticamente significativo si può osservare nel sottogruppo con RASS ≤ -2 : il gruppo degli esposti alla luce naturale risulta maggiormente contenuto. Abbiamo poi valutato la presenza di differenze dividendo ulteriormente i pazienti in base all'età e al sesso, non si sono evidenziate differenze statisticamente significative tra i diversi gruppi.

Conclusioni

Nel presente studio, l'utilizzo di una luce che riproduce un fascio luminoso che mima la luce naturale del giorno e della notte secondo la tecnologia CoeLux®, non sembra avere un impatto statisticamente significativo sull'insorgenza del delirium e sull'uso dei farmaci sedativi nel tempo immediato del ricovero. Inoltre, mettendo in atto interventi che vanno a incidere in modo specifico su un'unica componente, in questo caso solamente la luce, questa non è in grado di ridurre la quota di sedazione e il rischio di insorgenza di delirium stesso.

16:00 - 16:15

4877

RELAZIONE TRA LIVELLI DI RUMORE, COMPLESSITÀ CLINICA E ATTIVITÀ ASSISTENZIALI NEI PAZIENTI IN TERAPIA INTENSIVA

Martina Capitano, Guglielmo Imbriaco, Alice Tacci, Margherita Rocchi, Aglaia Suhan, Alessandro Monesi, Stefano Sebastiani, Boaz Gedaliahu Samolsky Dekel.
AUSL Bologna - martinc94@hotmail.it

Introduzione

L'inquinamento acustico nei reparti di terapia intensiva (TI) è un problema rilevante, associato a conseguenze psicologiche e fisiologiche per i pazienti e il personale sanitario. Le fonti di inquinamento acustico comprendono apparecchiature mediche, allarmi, strumenti di comunicazione, attività del personale e conversazioni.

Obiettivo

L'obiettivo principale di questo studio è analizzare gli effetti cumulativi del rumore causati da un numero e un tipo crescente di di-

positivi medici in TI su scenari simulati di pazienti con crescente complessità clinica. L'obiettivo secondario è misurare i livelli sonori degli allarmi dei dispositivi medici e di alcune attività infermieristiche, valutandone il ruolo come rumori potenzialmente dannosi.

Materiali e metodi

Studio osservazionale su pazienti simulati. Utilizzando un fonometro elettronico è stato misurato il livello di rumore in un box di TI; gli scenari clinici simulati tramite manichino riproducevano pazienti con un numero crescente di dispositivi, ipoteticamente corrispondenti a una maggiore complessità clinica. In secondo luogo, sono stati analizzati i livelli di rumore degli allarmi di alcuni dispositivi sanitari (come pompe infusionali, ventilatori, apparecchi per sostituzione renale o ECMO) e alcune specifiche attività infermieristiche.

Risultati

Il livello medio di rumore di base rilevato nella stanza vuota è stato 37,8 (DS $\pm 0,7$) dBA; tra gli scenari simulati, il rumore variava tra 45,3 (DS $\pm 1,0$) e 53,5 (DS $\pm 1,5$) dBA. Gli allarmi variavano tra 76,4 e 81,3 dBA, mentre le attività infermieristiche (chiusura di un cassetto, apertura di una sacca di soluzione infusionale o confezioni sterili) e le conversazioni del personale eccedevano gli 80 dBA. L'attività più rumorosa è stata l'apertura di una confezione sterile (98 dBA).

Conclusione

Un numero maggiore di dispositivi medici, corrispondente a una maggiore complessità clinica dei pazienti, non è una causa significativa di aumento del rumore. Alcune specifiche attività assistenziali e le conversazioni producono livelli di rumore più elevati rispetto ai dispositivi medici e agli allarmi. I risultati di questo studio contribuiscono ad aumentare la consapevolezza degli operatori sanitari nel riconoscimento delle fonti di rumore, modificando comportamenti e promuovendo strategie di riduzione del rumore.

COMUNICAZIONI LIBERE



MARTEDÌ, 21 NOVEMBRE 2023

Sala Regency 1

14:40 - 14:45

4924

ESPERIENZA DEGLI INFERMIERI ITALIANI DI PRONTO SOCCORSO: CHE LAVORO CON I CINQUE CODICI DI PRIORITÀ IN TRIAGE

Roberta Decaro, Lea Godino, Domenica Gazineo, Viola Di Lembo, Gaetano Ciscardi.

IRCCS Az. Osp. Univ. Bologna - r.decaro2@gmail.com

Introduzione

L'accesso al Pronto Soccorso è gestito dal Triage infermieristico che ha lo scopo di garantire la corretta presa in carico di tutti gli utenti accedenti, definendo la priorità di trattamento nel più breve tempo possibile, essenziale per garantire cure di qualità e sicure per i pazienti ed efficiente nella gestione dell'afflusso di utenza. Inoltre, l'infermiere di Triage gestisce anche la continua rivalutazione dei pazienti in attesa. In seguito alla pandemia da Covid-19 vi è stato un peggioramento del fenomeno del sovraffollamento, diventando oggetto di studio e monitoraggio da parte delle istituzioni. Il fenomeno era già attenzionato con l'Accordo Stato Regioni nel 2013. Il modello, identificato dalla letteratura internazionale e capace di incidere sui tempi di attesa, è il sistema di codifica a cinque codici di priorità, adottato in Italia dal 2019 al fine di migliorare l'esperienza complessiva, la tempestività e l'appropriatezza delle cure per il paziente.

Obiettivo

L'obiettivo primario dello studio è di valutare le percezioni degli infermieri rispetto all'introduzione del sistema di codifica a cinque codici numerici di priorità di triage.

Materiali e metodi

Il disegno di ricerca previsto è di tipo osservazionale trasversale. Il campione identificato prevede il reclutamento di infermieri di triage intraospedaliero che lavorano da almeno 6 mesi e che abbiano fornito il proprio consenso informato alla partecipazione. L'arruolamento è su base volontaria su tutto il territorio nazionale, tramite la diffusione di avvisi ed inviti su piattaforme aggregative, canali social o altro. Lo studio prevede la somministrazione del questionario di Forsman et al., 2012, validato in lingua italiana, che indaga la soddisfazione lavorativa nel dipartimento emergenza-urgenza e nella valutazione del triage, oltre a caratteristiche socio-demografiche. Si ipotizza di arruolare un campione di circa 500 professionisti. È stato approvato dal Comitato di Bioetica dell'Università di Bologna il giorno 16/05/2023.

Risultati e discussione

I risultati attesi riguardano le percezioni degli infermieri rispetto all'introduzione del sistema di codifica a cinque codici numerici di priorità di Triage nella realtà italiana. Attualmente è in fase di arruolamento.

14:45 - 14:50

4912

IT'S TIME TO TAKE CARE OF THE END OF LIFE: DALLA PERCEZIONE AL TRATTAMENTO IN PRONTO SOCCORSO

Martina Dal Pozzo, Marta Locoro, Paola Bosco.

Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano - martidalpozzo@gmail.com

Background

I dipartimenti di emergenza accolgono un'ampia tipologia di pazienti in diverse condizioni cliniche, talvolta senza avere una chiara storia clinica precedente. L'andamento delle patologie croniche ed avanzate è spesso incerto e caratterizzato da oscillazioni, spesso critiche, tanto da portare verso il fine vita. Questa tematica è tanto presente quanto critica in Pronto Soccorso (PS), ma ancora poco considerato dallo stesso personale, che deve destreggiarsi tra intensive care e comfort/terminal care. La letteratura riporta che, nella gestione della persona terminale, sono aspetti incisivi il setting, la comunicazione con paziente, con caregiver ed interdisciplinare, il supporto informativo ed emozionale, la mancanza di conoscenze ed esperienza del personale e l'"attitude to death" del singolo. Costituisce una criticità l'assenza di procedure chiare e condivise sulla gestione di questa ultima fase della vita, con ricadute sull'appropriatezza delle prestazioni erogate, sulla quality of life dell'assistito e dei familiari, sulla soddisfazione degli operatori. L'obiettivo di questo studio è quindi di indagare la percezione del fine vita in PS, approfondendo quindi gli aspetti ritenuti critici dai professionisti e le possibili strategie da adottare per la loro risoluzione.

Materiali e metodi

È stato svolto uno studio osservazionale cross-sectional monocentrico a marzo 2023 su di un campione di convenienza. I criteri di inclusione scelti sono l'essere personale sanitario operante in PS generale e l'aver fornito consenso alla partecipazione. È stato chiesto di esprimere il grado di accordo o disaccordo a determinate affermazioni tramite questionario anonimo, scegliendo tra le risposte "sempre", "spesso", "qualche volta" e "mai", oppure tra le possibili "molto", "abbastanza", "poco" e "per niente". I risultati sono stati analizzati tramite statistica descrittiva.

Risultati

Delle 92 ricevute, sono state analizzate 89 risposte, idonee per criteri di inclusione. Il 57% dei partecipanti ha un'età compresa tra i 25 e 35 anni, nel 58% sono infermieri, nel 24% medici, nel 12% specializzandi e nel 6% OSS. Il 74% non ha mai frequentato un corso

relativo alle cure palliative, il 58% riferisce di affrontare una situazione di fine vita o sedazione terminale 1 o 2 volte al mese. Il 73% è molto in accordo con il concetto di sedazione terminale, il 40% si sente poco a proprio agio nella gestione del paziente in fine vita e l'83% ritiene il PS un luogo adeguato al fine vita solo in caso di mancanza di alternative. Nel 64% dei casi la gestione del paziente viene discussa poche volte nell'équipe; il 53% riferisce di essere stato coinvolto poche volte nella decisione di iniziare una sedazione. Nel 48% dei casi lo status di fine vita è esplicitato poche volte in cartella. L'indagine delle Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) è risultato effettuato sempre nel 5% delle risposte e spesso nel 4%. Il 96% ha identificato come necessario uno spazio dedicato. Il 96% ritiene necessaria una formazione dedicata, mentre il 97% richiede un protocollo dedicato.

Discussione

Il questionario ha approfondito la percezione del personale di PS rispetto ad ambiti identificati come critici/essenziali, anche dalla letteratura. Ha inoltre evidenziato quanto la tematica del fine vita sia attuale nelle attività di PS, dove si verifica con una frequenza di una volta a settimana o di 1 o 2 volte al mese (nella maggior parte delle risposte). La maggior parte dei partecipanti riferisce di sentirsi abbastanza e poco a proprio agio nel trattamento del fine vita. Gli aspetti più critici identificati sono stati, in ordine decrescente, gli spazi, la comunicazione al paziente e al caregiver/parente presente, la decisione, la terapia e la condivisione della scelta. Questi aspetti sono risultati simili a quelli identificati nella letteratura, sia come critici, ma anche come fondamentali. Rispetto a comunicazione, discussione, coinvolgimento nelle scelte e gestione del paziente, è emerso che questi elementi vengono messi in atto o molte volte e poche volte. Infine, l'indagine delle DAT, nonostante l'importanza legale, etica e deontologica rivestita e riportata in letteratura, risulta essere ancora poco frequente.

Conclusioni

Il fine vita è una tematica attuale anche nel PS. Il questionario ha evidenziato l'importanza attribuita alla gestione del fine vita da parte del personale, ma anche la difficoltà del metterlo in pratica e del condividere la scelta, con una gestione spesso disomogenea o assente.

Dai risultati è emersa la necessità di una sala dedicata, una richiesta di definizione di un protocollo interno specifico e di una formazione specifica.

14:50 - 14:55

4727

IMMOBILIZZAZIONE SPINALE: TRA PASSATO, PRESENTE E FUTURO

Giacomo Sebastiano Canova

AULSS 8 Berica - giacomosebastiano.canova@aulss8.veneto.it

Il motivo sottostante la pratica di immobilizzazione spinale è sempre stato quello di prevenire o ridurre il danno secondario al midollo spinale causato da potenziali lesioni del rachide. Questa pratica viene effettuata sin dalle prime fasi dell'approccio al paziente politraumatizzato, tanto che il posizionamento del collare cervicale si trova nelle primissime fasi della valutazione primaria. Tuttavia, parlare di "immobilizzazione" è concettualmente sbagliato, in quanto con i presidi disponibili attualmente non si è in grado di immobilizzare completamente il rachide. Ad esempio, il collare cervicale unito alla tavola spinale non impedisce completamente i movimenti di rotazione laterale e di flesso-estensione del rachide, così come non si può significativamente ridurre il movimento in una colonna vertebrale instabile. Durante il trasporto, inoltre, nessuna tecnica di immobilizzazione attualmente in uso è in grado di impedire la movimentazione di testa e collo.

A tutto ciò va aggiunto che l'immobilizzazione spinale è una pratica che si è dimostrata essere associata ad alcune problematiche quali:

- dolore e discomfort;
- lesioni cutanee da pressione;
- compromissione respiratoria;
- aumento della PIC;
- aumento della diagnostica effettuata in Pronto Soccorso;
- riduzione della qualità dell'imaging;
- aumento del tempo di permanenza sulla scena e aumento dei costi.

Tutti questi aspetti potrebbero essere superati nel momento in cui le evidenze scientifiche forniscano prove di elevata qualità e affidabilità che supportino l'utilizzo dei presidi di immobilizzazione. Eppure non è così, in quanto trial che supportino questa pratica non esistono; anzi, negli anni sono sempre più emerse evidenze che dimostrano come l'efficacia dell'immobilizzazione del rachide, in quanto a prevenzione e a esiti clinici, non è così evidente. Alla luce di tutto ciò, è ormai necessaria una revisione delle pratiche di assistenza al paziente politraumatizzato, soprattutto per il fatto che tra questi pazienti più del 96% non ha alcuna lesione a carico della colonna. Immobilizzare tutti significherebbe quindi esporre la quasi totalità dei pazienti vittime di trauma alle problematiche elencate precedentemente, a fronte di un ristrettissimo gruppo di pazienti con effettiva necessità. È ormai imprescindibile adottare dei sistemi in grado di screenare con maggiore precisione quali pazienti beneficino effettivamente dell'immobilizzazione, ponendo un limite alla pratica, considerata ormai dannosa, di immobilizzare qualsiasi paziente politraumatizzato. In quest'ottica negli ultimi anni è stato pubblicato un Position Statement da parte dell'American College of Surgeons Committee on Trauma, dell'American College of Emergency Physicians e dal National Association of EMS Physicians. Queste tre società scientifiche hanno modificato il paradigma: non si parla più di "immobilizzazione spinale", bensì di "spine motion restriction" in quanto, mentre è vero che da una parte è impossibile immobilizzare totalmente il rachide, si rende necessario ridurre al minimo il movimento non desiderato della colonna vertebrale potenzialmente traumatizzata. Le tre società concludono che per ottenere una restrizione del movimento spinale

mantenendo in asse il rachide, siano necessari solamente tre presidi: il collare cervicale, le cinghie di immobilizzazione e il lettino dell'ambulanza. Ne consegue che la tavola spinale diventa un mero presidio per l'estricazione del paziente, ma che deve essere rimossa appena lo stesso viene adagiato sulla barella. Il il Position Statement pubblicato ha definito quali siano i nuovi criteri per applicare la spine motion restriction:

- Livello di coscienza acutamente alterato (ad es. GCS < 15);
- Intossicazione;
- Dolore al collo o alla schiena e/o alla pressione della linea mediana del rachide;
- Presenza di segni neurologici focali e/o sintomi;
- Deformità anatomica della colonna vertebrale;
- Circostanze o lesioni distraenti;
- Lesioni che compromettono la capacità del paziente di contribuire a un esame affidabile.

Ulteriori importanti evidenze sull'argomento sono state le Linee Guida sulla stabilizzazione del rachide per i pazienti adulti pubblicate nel 2019 sullo Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine e il protocollo tedesco per l'immobilizzazione spinale dei pazienti traumatizzati in emergenza, pubblicato sulla stessa rivista nel 2016. Il dibattito presente in letteratura in merito all'immobilizzazione spinale è giunto anche in Italia, dove l'ultimo aggiornamento del PTC avanzato dell'Italian Resuscitation Council dedica un focus su quali pazienti siano da immobilizzare: GCS < 15, dolore e/o rigidità al rachide, deficit motori/sensitivi, presenza di lesioni distraenti e meccanismo di lesione rilevante. Tuttavia, in quest'ambito non va dimenticato il fatto che in molti contesti del nostro Paese l'assistenza al paziente traumatizzato viene effettuata in prima battuta (e quasi unica) da personale non sanitario, bensì volontario. In questo senso, in un contesto in costante evoluzione come quello dell'emergenza preospedaliera, è necessario riflettere sull'ormai imprescindibile funzione dei professionisti sanitari nella valutazione e stabilizzazione del paziente politraumatizzato, tanto più se gli algoritmi di trattamento prevedono valutazioni che non possono essere eseguite (es. GCS) da personale non sanitario.

14:55 - 15:00

4893

SEPSI: 2017-2023. DOVE SIAMO ARRIVATI? IL PERCORSO DEL PAZIENTE DAL DISPATCH TELEFONICO ALLA GESTIONE IN PRONTO SOCCORSO IN USL TOSCANA SUD EST

Silvia Cini, Cinzia Garofalo

Azienda USL Toscana Sud Est - silvia.cini@uslsudest.toscana.it

Nel mondo ogni anno si ammalano di sepsi circa 26 milioni di persone (di cui 3 milioni sono bambini) e di sepsi si muore perché è una delle malattie più comuni ma meno riconosciute. In Europa sono circa 700 mila i casi che si verificano all'anno e di questi 1 persona su 5 va incontro alla morte.

La sepsi è una patologia tempo dipendente, al pari di IMA, Ictus e trauma e proprio in questo contesto si è sentita la forte esigenza di accrescere il livello di attenzione su questa patologia. La Regione Toscana lo ha fatto approvando il programma regionale di lotta alla sepsi con DGR n. 752 del 2017. Come interviene un sistema di emergenza sanitaria territoriale nella lotta alla sepsi e qual è la sua mission per quanto riguarda la sepsi? La risposta è: intercettazione, riconoscimento e trattamento precoce dei pazienti potenzialmente affetti da sepsi. Il primo momento è in fase di contatto con la Centrale Operativa durante il triage telefonico, in cui l'infermiere dispatcher può già raccogliere informazioni anamnestiche utili all'inquadramento del paziente sospetto settico, per proseguire con l'invio del mezzo di soccorso che potrà o meno confermare la sospetta sepsi trasportando il paziente verso l'ospedale di destinazione più idoneo. La data del 27 dicembre 2017 per il 118 di Arezzo è il punto di partenza per battaglia contro la sepsi poiché in quel giorno è diventato operativo il protocollo sull'utilizzo della scala Q Sofa modificata per l'identificazione precoce della sepsi in fase preospedaliera. L'infermiere di ricezione, oltre alla valutazione standard (cioè ABC del paziente), sottoporrà all'utente alcune domande mirate. Se durante l'intervista emerge che il paziente ha una temperatura corporea superiore ai 38°C associata a tachipnea o alterazione dello stato di coscienza, la codifica del triage prevederà l'assegnazione del c15 rosso: il c15 indica la patologia febbrile e codice rosso per sospetta sepsi. Il sanitario sul posto confermerà o meno il codice rosso per sospetta sepsi sulla base di elementi valutativi clinici (esame obiettivo, Q Sofa score, shock index, emogasanalisi) e nel caso di avvenuto conferma la centrale operativa provvederà ad allertare il pronto soccorso per Codice Rosso Sepsis. In pronto soccorso il tempo zero per la diagnosi di sepsi è il triage e in funzione di questo il paziente sarà inquadrato con codice 1 o 2 per garantire la presa in carico immediata. L'outcome dei pazienti trasportati e quindi inclusi nel percorso sepsi è in fase di elaborazione (e nel rispetto della golden hour hanno eseguito entro i primi 60 minuti prelievo per emocoltura e urinocoltura, riempimento volemico e inizio della terapia antibiotica). I dati e l'analisi statistica saranno conclusi entro agosto 2023.

15:00 - 15:05

4941

"TARGETED TEMPERATURE MANAGEMENT" NELL'ADULTO POST ARRESTO CARDIOCIRCOLATORIO: UNA SCOPING REVIEW

Giacomo Bergamelli

Humanitas Gavazzeni, Bergamo - giacomo.bergamelli@tiscali.it

Introduzione

La morte improvvisa da arresto cardiaco (AC) è (AC) una delle principali cause di morte in Europa (SCA, sudden cardiac death); coinvolge 55-113 persone ogni 100000 abitanti per un totale di 35000-70000 decessi. Il trattamento precoce aumenta la soprav-

vivenza: esso passa non solo attraverso il riconoscimento immediato e il primo trattamento da parte degli astanti (Rianimazione cardiopolmonare e defibrillazione) al fine di ripristinare una circolazione spontanea (ROSC) ma anche attraverso il trattamento post rianimazione per ripristinare una adeguata qualità di vita. (Linee guida ERC, 2021). I trattamenti post rianimazione iniziano una volta ripristinata un'attività di circolazione spontanea e proseguono alla stabilizzazione del paziente e al trasferimento in reparto intensivo. Fra questi vi è la prevenzione dell'ipertermia e la targeted temperature management (TTM) per tutti gli assistiti con recente AC. Quest'ultimo trattamento ha subito nel tempo diverse revisioni rispetto alle evidenze che lo supportano: nella pratica clinica si assiste a numerosi protocolli di gestione della temperatura corporea, ognuno facente riferimento a studi più o meno recenti che contrappongono l'ipotermia terapeutica a un TTM volto alla normotermia e prevenzione dell'iperpiressia. Obiettivo di questa scoping review è fornire una panoramica rispetto allo stato dell'arte dei trattamenti di TTM, ipotermia terapeutica e prevenzione dell'ipertermia.

Materiali e metodi

Il case report è stato condotto secondo le indicazioni del manuale JBI Manual for Evidence Synthesis (Aromataris and Munn, 2020). La ricerca bibliografica è stata effettuata nel giugno 2023 e ha previsto la consultazione delle banche dati (Pubmed, Cinahl, Cochrane, Tripdatabase, Embase). La valutazione della pertinenza dei documenti è avvenuta attraverso la valutazione del titolo, dell'abstract e del full text. La valutazione dell'eleggibilità degli studi non è stata effettuata in doppio cieco. Sono stati inclusi studi di letteratura secondaria e RCT per quanto riguarda la letteratura primaria. Sono stati esclusi studi qualitativi e con disegno che non rispecchiano i criteri di inclusione. Sono stati esclusi studi con popolazione pediatrica e con lingua diversa da inglese e italiano.

Risultati

Il concetto di ipotermia terapeutica nasce in letteratura nel 2002 con la pubblicazione di due RCT sul New England Journal of Medicine. Nell'HACA trial 136 pazienti post AC sono stati suddivisi in due gruppi: uno con trattamento "normotermia" e l'altro "ipotermia terapeutica: 32-34°C): Il tasso di morte sei mesi dopo l'AC era inferiore di 14 punti percentuali nel gruppo ipotermia rispetto al gruppo normotermia (RR gruppo ipotermia, 0,74 [IC 95%, da 0,58 a 0,95]). La proporzione di pazienti con complicanze non differiva significativamente tra i due gruppi (70% vs 73%, P=0.70). L'RCT di Bernard et al (2002) è stato condotto analogamente su 77 pazienti: 43 trattati con ipotermia terapeutica e 34 mantenendo la normotermia. Ventuno dei 43 pazienti trattati con ipotermia (49%) sono sopravvissuti e hanno avuto un buon esito - cioè sono stati dimessi a casa o in una struttura di riabilitazione - rispetto a 9 dei 34 trattati con normotermia (26%, P= 0,046). Pertanto, concludono che il trattamento con ipotermia moderata ha migliorato i risultati nei pazienti con coma dopo la rianimazione da AC extraospedaliero.

Nel 2011 è stato pubblicato un RCT all'interno di un ampio studio chiamato TTM-1 con un campione di pazienti molto più ampio, 939 assistiti. Viene introdotto il concetto di TTM: alla fine dello studio, il 50% dei pazienti nel gruppo ipotermia (235 su 473 pazienti) era deceduto, rispetto al 48% dei pazienti nel gruppo normotermia (225 su 466 pazienti) (hazard ratio normotermia, 1,06; 95% [CI], da 0,89 a 1,28; P=0,51). Al follow-up di 180 giorni il 54% dei pazienti nel gruppo 33°C era deceduto o presentava una ridotta funzionalità neurologica, rispetto al 52% dei pazienti nel gruppo 36°C (RR 1,02; IC 95%, da 0,88 a 1,16; P=0,78). Viene concluso quindi che l'ipotermia a una temperatura target di 33°C non ha conferito quindi un beneficio rispetto a una temperatura target di 36°C. Nel 2015 vengono pubblicate le linee guida ILCOR 2015 in cui viene fortemente raccomandato come obiettivo il mantenere costantemente una temperatura compresa tra 32°C e 36°C per i pazienti in cui si utilizza una gestione mirata della temperatura post AC. Fortemente raccomandata è la prevenzione dell'iperpiressia. Si suggerisce che se viene utilizzata TTM, la durata dovrebbe essere di almeno 24 ore.

Nel 2019 è stato condotto uno studio randomizzato, controllato confrontando l'ipotermia terapeutica moderata (33°C durante le prime 24 ore) con la normotermia mirata (37°C) in pazienti con coma che erano stati ricoverati nell'unità di terapia intensiva (ICU) dopo rianimazione da AC con ritmo non defibrillabile. (Laundrau et al. 2019, Hyperion Study). 584 pazienti randomizzati: a 90 giorni un totale di 29 pazienti su 284 (10,2%) nel gruppo ipotermia erano vivi con un punteggio CPC di 1 o 2, rispetto a 17 su 297 (5,7%) nel gruppo normotermia (differenza, 4,5 punti percentuali; Intervallo di confidenza al 95% [CI], da 0,1 a 8,9; P=0,04). La mortalità a 90 giorni non differiva significativamente tra il gruppo ipotermia e il gruppo normotermia (81,3% e 83,2%, rispettivamente; differenza, -1,9 punti percentuali; IC 95%, da -8,0 a 4,3).

A due anni di distanza è stato condotto un RCT su vasta scala multicentrico, il TTM-2 (Dankiewicz et al. 2021). 1900 adulti sono stati randomizzati in due campioni: il primo ipotermia mirata a 33°C e il secondo normotermia. A 6 mesi, 465 pazienti su 925 (50%) nel gruppo ipotermia erano deceduti, rispetto a 446 su 925 (48%) nel gruppo normotermia (RR ipotermia, 1,04; 95% [CI], 0,94 a 1,14; P=0,37). Dei 1747 pazienti in cui è stato valutato l'esito funzionale, 488 su 881 (55%) nel gruppo ipotermia presentavano disabilità moderatamente grave o peggiore (punteggio della scala Rankin modificata ≥4), rispetto a 479 su 866 (55%) nel gruppo gruppo normotermia (RR con ipotermia, 1,00; IC 95%, da 0,92 a 1,09). L'aritmia con conseguente compromissione emodinamica era più comune nel gruppo ipotermia che nel gruppo normotermia (24% vs. 17%). L'incidenza di altri eventi avversi non differiva significativamente tra i due gruppi.

Infine, nel 2021 sono state pubblicate le linee guida ERC, aggiornate nel 2022 alla luce di un addendum di Sandroni e collaboratori. Si raccomanda con forti prove di efficacia l'utilizzo di TTM in regime di normotermia per pazienti adulti vittime di AC in sede extra e intraospedaliera (con qualsiasi ritmo di esordio) che rimangono incoscienti dopo ROSC. Inoltre è raccomandato il monitoraggio continuo della temperatura interna nei pazienti in stato di coma dopo ROSC con prevenzione attiva della febbre (definita come temperatura centrale superiore a 37,7°C). Non vi erano evidenze sufficienti per raccomandare o rigettare il controllo della temperatura con target 32-36°C in sottopopolazioni di pazienti specifiche

Discussione

Dalla ricerca bibliografica si può notare come i primi studi pubblicati fossero RCT che raccomandavano l'ipotermia terapeutica: essi erano condotti su campioni di pazienti ridotti e senza stratificazione in sottogruppi di popolazioni specifiche (HACA study e RCT di Bernard et al. 2002). Contestualmente altri studi più recenti hanno analizzato e introdotto il concetto di TTM versus ipotermia tera-

peutica e hanno attribuito un blando beneficio in termini di esiti prognostici negativi di natura neurologica ma nessuna alterazione rispetto alla mortalità (RCT Hiperion, 2019). Altri ancora non hanno individuato differenze né in termini di mortalità né di outcome neurologici (TTM-1, 2011). Nel 2019 l’RCT TTM-2 ha confermato le evidenze rispetto al fatto che la mortalità e disabilità neurologica fossero equivalenti fra il gruppo di analisi con trattamento “ipotermia” nei confronti del gruppo trattamento “TTM normotermia”. Vi era un sensibile aumento del rischio aritmico nel gruppo ipotermia. La letteratura ha quindi attualmente concluso come una normotermia in corso di TTM con monitoraggio continuo sia più vantaggiosa rispetto all’ipotermia controllata. È inoltre raccomandato di prevenire attivamente l’iperpiressia (LG ERC, 2021 e addendum 2022).

Conclusioni, limiti del lavoro e implicazioni per la pratica clinica

Appurato che un regime di TTM sia meglio dell’ipotermia controllata, questa scoping review ha mostrato come spesso le domande di natura assistenziale non trovino risposte univoche nel tempo e contemporaneamente anche allo stato dell’arte le evidenze non siano sempre concordi. Ciononostante, non bisogna avere una visione dogmatica della letteratura supportando ciecamente l’agire assistenziale a un RCT piuttosto che a un altro: le Linee Guida ERC più recenti hanno fornito molte risposte ma aperto diversi interrogativi. Appare chiaro come gli autori abbiano tracciato il binario da seguire nel controllo della temperatura nel trattamento post rianimatorio dopo l’RCT TTM-2 e le nuove Linee Guida ESC 2021; rimane aperta tutt’oggi la questione sulla produzione di forti prove di efficacia circa le tecniche di conduzione in termini temporali e metodologici di un adeguato TTM (tecniche di raffreddamento attivo in caso di ipertermia, TTM nell’arresto intraospedaliero IHCA, durata della TTM, correlazione TTM e monitoraggio neurologico/tipologia di sedazione).

15:05 - 15:10

4882

NANDA-I DIAGNOSES IN PERIOPERATIVE CARE: AN INTEGRATIVE REVIEW

Christian Ramacciani Isemann, Elisa Rinaldini, Gemma Rossi, Lorenzo Righi.

Azienda USL Toscana Sud Est - ramacciani@gmail.com

Background

From the second half of the 1980s, use of evidence-based documentation tools was emphasized in order to improve the nursing process in perioperative care.

Aims

To identify the current NANDA-I nursing diagnoses (ND) documented in perioperative care.

Methods

A literature review was conducted searching Medline and Cinahl databases. The review was conducted and reported using the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) check-list and the 5-step approach suggested for the integrative reviews.

Results

The search generated 858 articles; after the exclusion process and snowballing of the results, 11 articles fit for inclusion in the final review. All included articles were setted in Brazil. While 6 papers investigated a specific ND, 3 articles analyzed post-operative NDs in a single surgical specialty (cardiac and neurosurgery); only 2 researchers studied a broader variety of surgical interventions. 4 papers were focused only on immediate post-operative care. Review highlighted mainly potential NDs, such as Risk for infection (00004), Aspiration risk (00039), Risk for perioperative positioning injury (00087), according to NANDA-I current taxonomy. Real NDs Hypothermia (00006), Acute pain (00132) and Nausea (00134) were also reported.

Conclusions

Results point up the role of perioperative nursing in protecting patients from surgical risks. However, further research is needed in order to broaden the knowledge about this topic.

15:10 - 15:15

4793

UNA TESTIMONIANZA: LA MISSIONE TURCHIA

Loris Salina

ASL Città di Torino, Ospedale Maria Vittoria, Rianimazione - loris.salina@unito.it

Mi chiamo Loris Salina infermiere specializzato in area critica. Nel 2022 ho dato l’adesione all’unità chirurgica EMT2 maxiemergenza della Regione Piemonte. Dopo appena 9 mesi, sono stato attivato per il terremoto in Turchia. Il 15 febbraio siamo partiti con il gruppo EMT2 di circa ottanta persone tra personale sanitario, tecnici e protezione civile con destinazione la città di Hatay, nel sud-est della Turchia a circa 50 Km dal confine siriano. Lo scopo della missione, era far fronte alle gravissime conseguenze di un terremoto avvenuto 10 giorni prima (06/02/2023) che ha causato danni ingentissimi in tutta la zona, comprese le strutture sanitarie. Il nostro periodo di permanenza è stato dal 15/02/2023 al 4/03/2023, abbiamo allestito un ospedale da campo autonomo in tutto, composto da un triage, pronto soccorso, terapia intensiva, sala operatoria e sala parto, degenza. Oltre all’ospedale c’è tutta la parte dedicata a noi sanitari: i dormitori, la cucina, i bagni... Mi piacerebbe portare al 42° congresso nazionale ANIARTI la mia testimonianza sulla missione in Turchia, non solo sull’aspetto clinico-sanitario-assistenziale, ma anche sull’aspetto umano, collaborativo,

di lavoro “d’équipe”, come descrivo brevemente di seguito. Abbiamo dovuto far fronte a tutti i bisogni sanitari, le persone venivano in ospedale per qualsiasi cosa: legata alle conseguenze del terremoto, una parte della popolazione arrivava per patologie che normalmente erano controllate con le ordinarie terapie, ma poi rimasta improvvisamente senza. Altre tipologie di ingresso erano quelle procurate da ferite, ustioni accidentali durante il terremoto. Non potendosi curare a causa di mancanza di strutture ospedaliere nelle vicinanze, sono venuti nella nostra struttura a distanza di giorni. Altre erano patologie più comuni che indipendentemente dal terremoto (ad esempio: infarto, appendicite acuta...) venivano da noi perché era l’unico ospedale che poteva erogare delle cure efficaci. Un afflusso significativo era per l’area ginecologica ed ostetrica; nei venti giorni della mia permanenza sono nati ben 23 bambini. Abbiamo avuto anche casi d’intossicazione da monossido di carbonio, perché la gente si scaldava nelle tende, dato che la temperatura di notte scendeva drasticamente. Molte persone manifestavano disturbi da “stress post-traumatico” da terremoto. Il lavoro aveva ritmi serrati, con poche attrezzature a disposizione. Ma più degli aspetti tecnici e puramente logistici, vorrei anche sottolineare l’aspetto umano di questa esperienza; a livello personale ho già partecipato ad altre missioni in Kenya e Brasile e con Emergency in Afghanistan e Sudan, ma questa missione in Turchia è stata particolarmente forte. La realtà del terremoto è terribile, le persone da un momento all’altro non hanno più nulla: i visi, gli sguardi le mani...segnati dalle macerie, portavano tutta la sofferenza e la disgrazia di aver perso tutto.

Con i colleghi di lavoro c’era un forte spirito collaborativo e di solidarietà reciproca. Molti di noi non si conosceva, provenivamo da realtà ospedaliere diverse, eppure abbiamo creato un gruppo ben coeso che, senza troppe parole, lavorava per un obiettivo comune, senza lamentele, ma con la voglia di aiutare la gente. Non c’è mai stata competizione ma grande collaborazione. Certamente non mancavano momenti di tensione, ma è normale visto il posto dove lavoravamo. Mi sentivo di far parte di un gruppo... tutti eravamo partecipi. Questo spirito di gruppo ci ha resi uniti come un unico corpo, dove ogni parte è essenziale per il buon funzionamento del sistema. L’ottimo risultato della missione è stato reso possibile grazie al contributo di ogni singolo componente della squadra EMT2.

15:15 - 15:20

4928

CLINICAL NURSE EDUCATOR: COMPETENZE E APPLICABILITÀ NEL CONTESTO ITALIANO DI AREA CRITICA

Matteo Laprocina, R. Lopez Pollan, M. Rosati, F. Pinto.

Az.Osp.Univ. di Siena - Matteolaprocina@hotmail.it

Background

La professione infermieristica italiana, anche nel contesto di area critica, vive attualmente un momento caratterizzato dalla presenza di molteplici fenomeni come la carenza di personale, paga inadeguata, mancanza di profili di riconoscimento per figure specialistiche e di pratica avanzata. Tutto ciò si traduce nell’incremento dei casi di abbandono della professione e mancanza di attrattività della stessa. Il contesto internazionale vede il riconoscimento di molteplici profili infermieristici, a tutela del raggiungimento della migliore qualità assistenziale e possibilità di sviluppo di carriera, dal contesto della pratica clinica, fino a quello formativo e della ricerca. Tra questi, il Clinical Nurse Educator (CNE), è un infermiere clinico che, in un specifico setting assistenziale, si pone a tutela dell’acquisizione e sviluppo delle competenze degli infermieri e degli studenti in tirocinio.

Obiettivo

L’obiettivo del lavoro è di comprendere chi è la figura del CNE e quali sono le sue competenze, al fine di valutare la sua applicabilità nel contesto sanitario italiano di area critica.

Materiali e metodi

È stata effettuata una revisione della letteratura nel 2023. Le ricerche sono state effettuate usando seguenti parole chiave, combinandole con gli operatori booleani “OR/AND”: “clinical nurse educator”, “nurse educator education”, “clinical nurse educator role”, “competency of nurse educator”. Sono state consultate tutte le pubblicazioni reperite su database quali Pubmed, Medline, Cinahl e la letteratura grigia, dal Gennaio 2015 a Dicembre 2022.

Risultati

Solo 9 articoli sono risultati pertinenti all’oggetto di studio e quindi sono stati esaminati dettagliatamente. L’implementazione della evidence-based practice, le attività di ricerca e la formazione continua, hanno un impatto positivo sugli indicatori dell’assistenza. Per questi motivi, molte nazioni hanno introdotto la figura del CNE. Inquadrate come il professionista impegnato a livello accademico e/o clinico, a seconda del Paese di riferimento, il CNE è un professionista in possesso di un ampio bagaglio di conoscenze, competenze ed abilità da impiegare per esplorare e mettere in pratica nuovi approcci educativi. L’OMS stessa ha infatti menzionato il ruolo del CNE ed identificato 8 competenze chiave.

Conclusioni

I CNE sono figure fondamentali impiegate per promuovere un sistema sanitario efficiente e nella formazione di infermieri altamente competenti, in grado di soddisfare i bisogni della popolazione globale. Attualmente in Italia, questa figura non è ufficialmente riconosciuta. Tuttavia, sono necessarie ulteriori ricerche per garantire un percorso formativo unificato e riconosciuto per questo professionista, nonché sull’impatto accademico e clinico che tale figura può imprimere. Creare un percorso formativo per i CNE basato sulla EBP ed armonizzarlo in tutta Europa è una sfida importante, per una professione che costituisce un pilastro del sistema sanitario.

16:20 - 16:25

4733

RIDUZIONE DEI CASI DI POLMONITE DA VENTILAZIONE (VAP) ATTRAVERSO LA CREAZIONE DI UN BUNDLE

Giuseppe Tinessa, Eduard Stoia, Mariapia Pollizzi, Gino Apollonio.

Gruppo Ospedaliero Moncucco, Lugano - gtinessa@gmail.com

Contesto ed obiettivi

Il contesto nel quale è stato condotto questo studio è una terapia intensiva generale con 7 posti letto. Le patologie trattate comprendono le maggiori affezioni dell'adulto quali shock settico, emorragico, cardiaco, insufficienze respiratorie sia batteriche che virali, gestione post operatoria di chirurgia maggiore. I pazienti accedono all'unità di terapia intensiva tramite pronto soccorso o durante la degenza ospedaliera. La presenza di numerosi pazienti sottoposti a ventilazione meccanica invasiva ci ha spinto a chiederci come poter diminuire il tasso di VAP analizzato per la prima volta durante le ondate Covid, poi esaminato in maniera dettagliata in un secondo momento; la strategia per raggiungere l'obiettivo era nella strutturazione di un bundle dedicato.

Materiali e metodi

Sono stati analizzati retrospettivamente le cartelle cliniche di 13 pazienti sottoposti a ventilazione meccanica invasiva per più di 48 ore nel 2019 (media intubazione 9gg), i dati raccolti sono stati poi confrontati con quelli provenienti dallo studio di 47 cartelle cliniche di pazienti sottoposti allo stesso trattamento da maggio 2021 ad aprile 2022. L'analisi è stata anche allargata alle pratiche di gestione quotidiana del dispositivo di ventilazione e delle strategie utilizzate per prevenire le VAP. È stata analizzata la frequenza di igienizzazione del cavo orale, i referti degli esami colturali, la logistica della camera (quando presenti due posti letto), la durata media del trattamento di ventilazione meccanica invasiva, il contingente infermieristico necessario richiesto dalla SSMI. La diagnosi di VAP era effettuata tramite colturale del broncoaspirato all'atto della estubazione che veniva paragonato con quello eseguito all'atto dell'intubazione.

Risultati

Nel 2019 il tasso di VAP si attestava al 54%, identificati 64 patogeni. Nel periodo di sperimentazione del bundle il tasso di VAP si attestava al 17% (8 su 47), sono stati identificati 13 agenti patogeni responsabili, sono state escluse le candidosi non richiedenti trattamento medicamentoso. Il 53% dei pazienti (25 su 47) post bundle avevano una polmonite nosocomiale all'ingresso da Acinetobacter, Staphylococcus aureo e pneumonie, Klebsiella, Aspergillus, Candida, Pneumocisti carinii, Serratia mercences, Pseudomonas aeruginosa, Rothia Mugilinoso; 8 sono risultati guariti dalla infezione iniziale. Il 36% dei pazienti (17 su 47) erano Covid positivi; di questi il 47% (8 su 17) erano affetti da polmonite nosocomiale all'ingresso; il 41% dei Covid positivi (7 su 17) hanno avuto una VAP, nel 23% dei casi (4 su 17) le VAP erano costituite da Candida, ventilati mediamente per 20.1gg.

Conclusioni

Le manovre introdotte hanno permesso di constatare un'importante diminuzione del tasso d'incidenza delle VAP. Molti pazienti giunti in terapia intensiva generale con una positività per polmonite nosocomiale, all'uscita risultavano privi infezione. I pazienti Covid hanno avuto un tasso di VAP simile ai pazienti non Covid, nonostante fossero ventilati 7gg in più. È importante considerare come successive implementazioni del nostro bundle possano ulteriormente ridurre l'incidenza di VAP, per tale ragione verranno effettuati studi futuri.

16:25 - 16:30

4742

PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE (LDP): IMPLEMENTAZIONE DI UN BUNDLE DEDICATO

Marco Valsecchi, Eduard Stoia, Giuseppe Tinessa, Mariapia Pollizzi, Gino Apollonio.

Gruppo Ospedaliero Moncucco, Lugano - marco.valsecchi93@gmai.com

Contesto e obiettivi

Questo studio è stato condotto presso la Clinica Luganese Moncucco, all'interno di una terapia intensiva generale (ICU) con 7 posti letto. L'alta incidenza di lesioni riscontrate nel 2019 all'interno dell'unità operativa rispetto alla media internazionale, ci ha dato lo stimolo ad implementare un bundle. Nella nostra ICU nel 2019 abbiamo avuto un'incidenza di LdP del 62%. In letteratura l'incidenza generale all'interno delle ICU varia tra il 3% ed il 39%. Il nostro obiettivo è stato di ridurre l'incidenza delle LdP grazie all'applicazione di un bundle.

Materiali e metodi

È stato eseguito uno studio qualitativo mirato a strutturare un bundle basato sulle Linee Guida EPUAP 2019. Abbiamo confrontato i dati raccolti sulle LdP nei pazienti intubati nel corso del 2019 con i dati raccolti sui pazienti intubati nel periodo maggio 2021 - maggio 2022. I pazienti analizzati nel primo gruppo sono 13, 47 quelli appartenenti al secondo gruppo. Due pazienti sono stati sottoposti a pronazione nel primo gruppo, sei nel gruppo post bundle. La durata media del ricovero nel primo gruppo è stata di 13.7 giorni, di 21.1 nel gruppo post bundle. Oltre all'applicazione del bundle, abbiamo introdotto l'uso di ulteriori superfici antidecubito, la pianificazione ed il monitoraggio di attività specifiche all'interno del piano di cura e la misurazione del rischio di LdP utilizzando la scala di Braden.

Risultati

Il 62% dei pazienti del primo gruppo ha sviluppato LdP, mentre solo il 26% dei pazienti del secondo gruppo presentava LdP. L'incidenza delle lesioni per sede è diminuita dal 46% al 23% per la zona sacrale, dall'8% al 5% per il mento, dall'8% al 2% per lo zigomo, dall'8% allo 0% per le zone di maggior pressione durante la pronazione (sterno, dorso, torace), dal 46% al 2% per il tallone.

Conclusioni

L'applicazione di un bundle, il monitoraggio delle attività, la misurazione dei rischi, hanno consentito di ridurre l'incidenza delle LdP in modo significativo, nonostante l'aumento dei giorni di intubazione con conseguente prolungamento dell'allettamento. In particolare, una minor incidenza si è avuta a livello di sacro e talloni, ma anche a livello delle zone più a rischio con la pronazione. Sarà nostra premura continuare il monitoraggio per mantenere i livelli di prevenzione raggiunti e migliorarli ulteriormente. L'obiettivo che ci poniamo per il futuro è quello di ampliare il bundle ed estenderlo anche ai pazienti non intubati che presentano un rischio di sviluppare lesioni con lo scopo di ridurre l'incidenza di questa complicanza.

16:30 - 16:35

4776

HANDOVER INFERMIERISTICO IN TERAPIA INTENSIVA. UN'ANALISI QUALITATIVA

Francesca Trotta, Davide Bartoli.

AOU Sant'Andrea - francesca.trotta.91@gmail.com

Introduzione

Lo scambio di informazioni sulle condizioni cliniche ed assistenziali del paziente è definito handover, ovvero il passaggio di consegne infermieristiche tra un infermiere e l'altro. Questo trasferimento avviene ad ogni cambio turno, al fine di garantire una migliore assistenza infermieristica e maggior continuità di cura e trattamento. Nella realtà ospedaliera di Terapia Intensiva (TI) le consegne infermieristiche, che siano verbali e/o scritte, spesso risultano poco esaustive ed incomplete. Questo va a generare errori ed ostacolare l'assistenza, nonché prolungare l'attività infermieristica.

Obiettivo

Analizzare la qualità di trasmissione delle informazioni cliniche ed assistenziali attraverso l'handover infermieristico in TI.

Materiale e metodi

È stata condotta un'analisi qualitativa, tramite 40 interviste singole semi-strutturate o "one-on-one interview" per rispondere alla domanda di ricerca: "qual è la percezione infermieristica circa la qualità e la completezza dell'handover infermieristico in TI?". Sono state poste 5 domande a risposta aperta per stabilire una scaletta flessibile, per garantire la totale libertà di risposta ai partecipanti. Le interviste sono state registrate con dispositivi digitali.

Risultati

Sono state effettuate 40 interviste semi-strutturate o one-to-one interview. Dai risultati emerge che durante l'handover infermieristico, il 55% utilizza uno schema personale, il 33% riferisce di non utilizzare una metodologia particolare; il 12% utilizza lo schema ABCDE (Airways, Breathing, Circulation, Disability, Exposure). Tra i fattori che hanno influito su questi dati risultano: scarsa considerazione dell'handover, perdita di tempo, assenza di formazione, mancanza di tempo, problemi comunicativi.

Conclusioni

L'handover infermieristico rappresenta un momento di condivisione delle informazioni cliniche ed assistenziali del paziente e garantisce la corretta assistenza infermieristica in termini di qualità e continuità delle cure. La mancanza di uno schema standardizzato del passaggio delle informazioni cliniche ed assistenziali è una condizione che i partecipanti dichiarano essere preoccupante. Si evince la necessità di effettuare ulteriori ricerche sull'argomento e stabilire un percorso formativo, al fine di standardizzare il momento di handover infermieristico in TI.

16:35 - 16:40

4842

IL RUOLO DELL'INFERMIERE NELLE TERAPIE INTENSIVE NEL PERCORSO DI ACCERTAMENTO DI MORTE CEREBRALE

Federica Corradini, Veronica Fanelli, Ilaria Pannacci, Marina Franci.

Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma - federica.corradini@opbg.net

Nell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù il percorso organizzativo consta di due momenti: quello dell'accertamento di morte e quello della donazione di Organi e Tessuti. Il medico curante (Rianimatore/Neonatalogo), accertata la sussistenza dei criteri per avviare le procedure dell'accertamento di morte cerebrale (esame clinico, EEG, visita neurologica), informa la Direzione Sanitaria la quale nomina la Commissione Medico-Legale per l'accertamento di morte cerebrale. La Direzione Sanitaria, che svolge il ruolo di Coordinamento Locale (CL), comunica e collabora con il Centro Regionale Trapianti (CRT), che sovrintende e coordina l'intero processo della donazione. L'accertamento di morte rappresenta una procedura obbligatoria, prevista dalla Legge e si applica a tutti i soggetti che presentino uno stato di morte cerebrale. Sebbene l'accertamento di morte sia una tappa obbligata per la donazione di organi, non tutti i soggetti in stato di morte cerebrale possono essere donatori di organi. La mancata donazione si può verificare per il rifiuto da parte degli aventi diritto o per inidoneità clinica alla donazione. L'infermiere in questo processo ha un ruolo fondamentale essendo il primo deputato all'assistenza e alla relazione con il paziente e con i familiari (con i quali deve costruire un rapporto di fiducia e di supporto psicologico). Si ribadisce come il ruolo dell'infermiere debba essere di sostegno ai familiari ed alle persone di riferimento dell'assistito, in particolare nell'evoluzione terminale della malattia e nell'elaborazione del lutto. Il ruolo dell'infermiere si sofferma nel favorire l'informazione e l'educazione sulla donazione di organi e tessuti, quale atto di solidarietà umana.

L'infermiere di Rianimazione si occupa anche dell'aspetto religioso, verificando sulla cartella infermieristica la religione di appartenenza della persona deceduta e deve provvedere a contattare il sacerdote che aiuterà a gestire la disperazione, la rabbia e il dolore della famiglia. Alla conclusione delle procedure medico-legali in cui l'infermiere attua un'alta complessità assistenziale nelle cure del bambino morente, gli infermieri della Rianimazione Pediatrica, sospenderanno le fleboclisi, le terapie, si occuperanno della rimozione degli accessi vascolari e dei presidi medici, alla sospensione del monitoraggio multiparametrico, fino alla totale gestione della salma. Nella nostra Rianimazione esiste un locale dedicato dove la salma deve essere trasportata per l'accesso dei familiari, fino al trasporto in camera mortuaria all'arrivo dell'azienda funebre.

Parole chiave

Nursing education, organ donation, intensive care unit, family communication, family support, brain death.

16:40 - 16:45

4817

LA GESTIONE DELLA NUTRIZIONE ARTIFICIALE E DELL'ALVO NEL PAZIENTE CRITICO IN UNA TERAPIA INTENSIVA CARDIO-TORACO-VASCOLARE: PROPOSTA DI UN PROTOCOLLO OPERATIVO

Federica Borroni, Floriana Pinto, Laura Marelli, Elena Beziza.

ASST GOM Niguarda, Milano - federica.borroni91@gmail.com

Introduzione

Le complicanze gastrointestinali successive alla chirurgia cardiaca possono riguardare un gruppo eterogeneo di situazioni, a partire da un semplice ileo paralitico, fino a patologie più complesse e critiche come emorragie gastrointestinali, colecistite, pancreatite acuta, insufficienza epatica, ischemia mesenterica. Associati a questi, la malnutrizione e le alterazioni dell'alvo (stipsi e incontinenza fecale) rappresentano ulteriori complicanze post-operatorie, causati anche del ricovero in terapia intensiva. Diversi studi hanno dimostrato che, la tempestività con cui i pazienti iniziano una nutrizione artificiale influisce, oltre che sullo stato nutrizionale, anche sulla prognosi post-operatoria. Inoltre la letteratura suggerisce l'utilizzo di protocolli specifici che hanno un impatto positivo nella gestione della nutrizione e delle alterazioni dell'alvo durante il ricovero in terapia intensiva.

Obiettivo

Lo scopo del presente lavoro è proporre un protocollo operativo per la gestione della nutrizione artificiale e dell'alvo, al fine di uniformare l'azione dei professionisti in tali situazioni e nella prevenzione e controllo delle complicanze ad esse correlate.

Materiale e metodi

E' stato creato un gruppo di lavoro multidisciplinare ed è stata effettuata una revisione della letteratura, al fine di analizzare prove di efficacia, linee guida e raccomandazioni disponibili. I risultati sono stati condivisi con l'intero gruppo in uno spazio formativo di aggiornamento, discutendo l'applicabilità di eventuali azioni di miglioramento.

Risultati

Un protocollo operativo, contenente specifici algoritmi di gestione e indicatori di valutazione, è stato creato da parte del gruppo multidisciplinare. Il protocollo è applicabile nel contesto di una terapia intensiva cardio-toraco-vascolare, per tutti i pazienti critici adulti che vi accedono. Nello specifico, gli algoritmi decisionali riguardano la gestione della nutrizione enterale, del ristagno gastrico e dell'alvo.

Conclusioni

E' importante che i tutti i professionisti sanitari che si occupano di pazienti critici, abbiano ben chiara l'importanza di una gestione standardizzata e aggiornata, al fine di ridurre l'incidenza di malnutrizione e alterazioni del sistema gastrointestinale.

16:45 - 16:50

4955

PROGETTO FORMATIVO A SUPPORTO DEL TEAM MULTIPROFESSIONALE NELLA RIORGANIZZAZIONE CLINICO-ASSISTENZIALE E LOGISTICA DELLA NUOVA AREA OMOGENEA DELLE TERAPIE INTENSIVE PRESSO LA CITTADELLA SANITARIA DELL'OSPEDALE DI TREVISO

Loris Pian, Chiara Baldo, Laura Renosto.

AULSS 2 - Marca Trevigiana, Treviso - lorisplan@gmail.com

L'obiettivo del progetto "Cittadella Sanitaria" è quello di attuare una globale razionalizzazione, riorganizzazione ed accorpamento nell'ambito del presidio Ospedaliero Cà Foncello di Treviso di tutte le funzioni dell'Azienda: ospedaliere, distrettuali e di formazione in un unico punto della Città.

Viene, pertanto, avviato un progetto di ampio respiro con l'obiettivo di realizzare un nuovo ospedale per intensità di cure, il cui cuore è l'edificio 29 presso il quale centralizzare Sale Operatorie, Terapie Intensive e Sub-intensive, Servizi di Diagnostica per Immagini ed Endoscopia, Dipartimento Materno-Infantile, per un numero totale di circa 600 posti letto. Il principio base seguito nella progettazione della nuova struttura ospedaliera è quello dell'aggregazione delle terapie intensive, sub-intensive e delle sale operatorie in un'unica area omogenea con l'obiettivo di ottimizzare l'efficienza gestionale di settori ad alto contenuto tecnologico e ad alta complessità clinico-organizzativa, mediante l'integrazione spinta delle risorse ed il principio della continuità assistenziale.

In vista del prossimo trasferimento delle Terapie Intensive presso la nuova area omogenea individuata presso l'edificio 29 della

Cittadella Sanitaria, area ad altissima intensità di cura, i Coordinatori delle tre terapie intensive (generale, cardiocirurgica e neurochirurgica) hanno avviato un progetto di formazione sul campo accreditato coinvolgendo trasversalmente tutto il personale infermieristico e di supporto con l'obiettivo di condividere modalità organizzative, logistiche, cliniche e assistenziali, strumenti operativi e gestionali, nonché uniformare i comportamenti professionali, rinforzare il lavoro in team aperti e orientati a costruire una cultura trasversale, in rete e sinergica.

Sono state individuate 21 tematiche trasversali in grado di coinvolgere tutto il personale, così da renderlo protagonista dell'imminente cambiamento, raccogliendo suggerimenti e proposte. Dalle 21 tematiche trasversali hanno preso origine a 21 gruppi di lavoro (GdL) trasversali impegnati da ottobre a dicembre 2022. I tre Coordinatori infermieristici hanno mantenuto la supervisione sulle attività dei 21 GdL. Il personale coinvolto ha potuto scegliere la tematica che più lo vedeva coinvolto per competenza o per interesse.

Questi sono i gruppi di lavoro avviati: GdL Qualità; GdL Rischio Clinico; GdL Formazione; GdL Infezioni; GdL gestione vie infusive e farmaci; GdL tecnologie; GdL posto letto; GdL igiene; GdL sanificazione; GdL trasporto paziente critico; GdL emergenze urgenze intra ospedaliere; GdL familiari; GdL politrauma; GdL paziente pediatrico; GdL ventilazione; GdL vie aeree difficili; GdL magazzino; GdL turnistica; GdL donazione d'organi; GdL neoinserito; GdL studenti infermieri e oss.

Il progetto inserito tra gli obiettivi formativi aziendali e riconosciuto come formazione sul campo, ha dato la possibilità al personale coinvolto di ricevere 8 crediti ECM per la partecipazione ad un solo GdL e 15 crediti ECM per la partecipazione a 2 o più GdL. I tre Coordinatori hanno avviato personalmente ciascun GdL, condividendo obiettivi e tempi di realizzazione. Per ogni GdL è stato individuato un referente con il compito di governare il gruppo rispettando i tempi e gli obiettivi assegnati. I componenti dei vari GdL si sono incontrati autonomamente per un minimo di 8 ore di lavoro per chi partecipava ad un solo GdL, per un minimo di 15 ore per coloro che invece partecipavano a due o più GdL. Hanno quindi condiviso tra loro modalità operative e protocolli in uso nelle proprie UU.OO., con l'obiettivo ultimo di uniformarli il più possibile, mantenendo motivatamente le eventuali peculiarità dettate dalle specifiche caratteristiche dei pazienti assistiti.

Questo progetto formativo ha permesso di condividere percorsi clinici e procedure operative, ha facilitato l'integrazione e la conoscenza del personale, superando le rivalità tra le Terapie Intensive. Ha, inoltre, preparato i professionisti alla collaborazione e alla creazione di sinergie indispensabili per la nuova area omogenea delle Terapie Intensive.

Il progetto ha reso protagonista del cambiamento il personale attraverso un percorso di partecipazione propositivo e costruttivo, con l'obiettivo di superare diffidenza e negatività. I GdL avviati diventeranno strutturali all'interno dell'area omogenea delle Terapie Intensive, con l'obiettivo di ottimizzare ed aggiornare le procedure e i protocolli nel tempo coinvolgendo i professionisti in un percorso virtuoso di miglioramento dell'assistenza erogata ai pazienti.

16:50 - 16:55

4818

L'INFERMIERE CASE MANAGER COME RISORSA PER MIGLIORARE LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE NEL SETTING DELLE TERAPIE INTENSIVE: UNA PROPOSTA PROGETTUALE

Paolo Ricucci

Centro Cardiologico Monzino, Milano - p.ricucci89@gmail.com

Introduzione

Una collaborazione multidisciplinare tra diversi professionisti e una comunicazione continua è fondamentale al fine di creare un percorso clinico assistenziale adatto per la persona assistita in modo da poter garantire al paziente il miglior esito possibile e la migliore qualità di vita che le tecnologie, le cure innovative e i programmi di assistenza possono oggi essere erogate. Esistono delle barriere per un efficace continuità assistenziale evidenziate da Skillings; MacLeod (2009). A partire dalla turnistica, non sempre fissa a causa di ferie, malattie e permessi l'infermiere non riesce a vedere lo stesso paziente con regolarità. Le suddivisioni dei malati tra infermieri all'interno di una terapia intensiva (TI) raramente sono fisse (es. l'infermiere A segue il letto uno e due), ma esse si creano in modo da unire pazienti di diversa complessità e sulla base dell'esperienza e seniority degli infermieri in turno in modo da non lasciare un infermiere meno esperto a seguire un paziente più complesso. In aggiunta, l'ambiente e il carico di lavoro intensi favoriscono la sindrome del burn out e l'intention to leave degli infermieri e questo ne aumenta il turn over soprattutto nelle aree critiche. Creare un'ambiente lavorativo più costruttivo e aumentare il riconoscimento delle competenze, non soltanto economicamente, ha un effetto positivo su questo tipo di indicatore (Stone et al., 2007).

Revisione della letteratura

Il ruolo dell'ANP (Advanced Nurse Practitioners) nel contesto delle critical care in ambito di pazienti adulti, ha evidenze statisticamente significative su outcome quali: riduzione dei giorni di degenza, appropriatezza di esami diagnostici (evitare trattamenti ripetitivi), complicanze (infezioni, morbidità e mortalità) e tassi di re-ammissione in TI. La presenza dell'ANP, secondo Kleinpell et al. (2019) è una risorsa per migliorare la continuità assistenziale. Dalla loro revisione si evince come la presenza di personale con competenze avanzate certificate migliori la qualità delle cure e ne riduca i costi. Gabbard et al. (2021) evidenziano i miglioramenti che apporta al paziente e al sistema il Clinical Nurse Specialist. Inoltre, mette a disposizione le sue conoscenze al supporto dei colleghi neo inseriti o meno esperti e si comporta da mediatore interfacciandosi con i membri dell'equipe multidisciplinare.

Nel contesto della gestione del trauma Curtis et al. (2006) valutano gli effetti del modello del Trauma Case Management (TCM) sull'outcome del paziente: complicanze intra-ospedaliere, durata della degenza, risorse utilizzate e consulenze attivate. I risultati ottenuti attraverso il loro studio di coorte descrittivo che ha comparato due gruppi di pazienti prima e dopo l'implementazione del TCM hanno evidenziato una riduzione delle ammissioni non pianificate in TI, una riduzione delle complicanze (trombosi, insufficienze respiratorie) e un aumento delle attivazioni dei consulenti (fisioterapisti, terapisti occupazionali) infine una riduzione della durata

di degenza (anche se non statisticamente significativa) più evidente nei pazienti con traumi da moderato a severo. Seppur si rendano necessari più studi per dimostrare l'unicità che il ruolo dell'Advanced Practice Provider porta al paziente, non come modello da sostituire a quello medico ma come un avanzato modello di assistenza, le risorse infermieristiche con competenze avanzate migliorano alcuni indicatori di esito che hanno effetto sull'outcome del paziente e sull'economia del sistema.

Obiettivo

Migliorare la continuità assistenziale del paziente ricoverato in TI attraverso l'inserimento di una risorsa che ha il ruolo di "gestore" dell'assistenza erogata.

Proposta progettuale

- Destinatari: pazienti che hanno sviluppato complicanze e richiedono una degenza prolungata, pazienti ad alta complessità assistenziale e tecnologie di supporto vitale, i pazienti in dimissione con condizioni di fragilità.
- Setting: TI Post Operatoria di tipo Cardiovascolare di 11 posti letto.
- Ambiti di responsabilità: valutazione quotidiana degli obiettivi assistenziali; collaborazione con infermieri bedside; supporto e mentoring a infermieri neo-inseriti/meno esperti. Supporto alle aree di degenza per pazienti dimessi fragili, valutazione peggioramento paziente in collaborazione con il Medical Emergency Team (MET).
- Risorse organizzative: valutazione insieme all'infermiere bedside; «giro multidisciplinare» per condivisione informazioni; raccolta dati informatizzata; valutazione esterna con SAR.
- Risorse e costi; formazione del gruppo di lavoro all'introduzione del case manager nel contesto lavorativo; una risorsa infermieristica a tempo pieno, 36 ore settimanali declinate su cinque giorni lavorativi; un programma di formazione per sostituzioni prolungate (ferie/malattie/dimissioni); un sistema informatizzato per la raccolta dati.
- Risultati attesi: riduzione delle riammissioni non pianificate anche supportando in consulenza gli infermieri delle degenze nel rivedere gli obiettivi assistenziali dei pazienti fragili dopo la dimissione; la prima valutazione oggettiva degli indicatori che ci si aspetta abbiano un miglioramento verrà effettuata dopo 12 mesi, anche se è possibile che non siano sufficienti (Chiari et al. 2008); miglioramento del valore medio della durata di degenza; riduzione del tasso di incidenza delle infezioni legate all'assistenza - infezione catetere collegate, diffusione di MDRO (Multi Drug Resistant Organism), VAP (polmoniti associate a ventilazione), cadute, infezioni della ferita chirurgica, rimozione accidentale dei presidi, estubazioni non pianificate, riduzione dei giorni di ventilazione meccanica e dei giorni di sedazione; mobilitazione precoce con programmi di fisioterapia specifici, che si prevede si raggiunga grazie all'implementazione e alla migliore aderenza a dei bundle di cura e ai protocolli di assistenza; riduzione dei costi di assistenza, di eventi avversi in TI e dei giorni totali di degenza; valorizzazione delle competenze e il riconoscimento delle conoscenze permettono di migliorare l'ambiente lavorativo nell'ottica di aumentare la retention degli infermieri, ridurre le assenze non previste tra i lavoratori e l'intention to leave con l'obiettivo di creare un ambiente più costruttivo e ad alte competenze per l'assistenza ai pazienti.

Conclusioni

Il professionista case manager attraverso l'utilizzo delle conoscenze acquisite dai percorsi post-laurea e dall'esperienza maturata si mette a disposizione del paziente, della famiglia, dei colleghi e collaboratori e del sistema stesso, migliorando gli esiti e ottimizzando le risorse. Applicando il ruolo di specialista, che in contesti internazionali è definito come Advanced Practice Registered Nurse, ad un modello assistenziale come quello del case management unito a capacità di leadership, management, insegnamento, è possibile ottenere un professionista di alto livello che rimane sul campo dell'assistenza diretta in un'ottica di leadership assistenziale per coordinare i comportamenti sotto una visione comune, una condivisione di conoscenze e si avvale dei collaboratori per personalizzare l'assistenza adattata al malato e modellata dal singolo professionista. Una prospettiva differente, che potrebbe evolvere aumentando gli ambiti di responsabilità, introducendo e adattando al mondo infermieristico il concetto di prescrizione (di trattamenti, di programmi) e consulenza (a colleghi di altre aree) in attesa di futuri cambiamenti legislativi in merito.

17:20 - 17:25

4821

DIAGNOSI PRECOCE DI MIOPERICARDITE IN PAZIENTE DI 31 ANNI MEDIANTE APPLICAZIONE DI SMART-WATCH: CASE REPORT

Yari Bardacci, Samuele Diodato, Simone Belli, Stefano Bambi.

AOU Careggi, Firenze - bardacci.yari@gmail.com

Introduzione

Uno smartwatch è un dispositivo da polso con potenza computazionale che può connettersi ad altri dispositivi tramite connettività wireless a corto raggio; fornisce notifiche di avviso; raccoglie dati personali attraverso una serie di sensori e li memorizza; ha un orologio integrato. Gli smartwatch sono montati sul polso e quindi presentano forti vantaggi rispetto ad altri dispositivi: la loro posizione di montaggio e la connessione continua alla cute offrono nuove possibilità nell'assistenza sanitaria a distanza e l'integrazione con altre applicazioni. Diverse aziende produttrici stanno introducendo smartwatch con dispositivi di controllo dello "stato di salute" e che presentano molteplici funzioni come il monitoraggio del sonno nativo, la saturazione dell'ossigeno nel sangue, il sensore dell'elettrocardiogramma (ECG), il rilevamento delle cadute, e il monitoraggio della salute del cuore. È stato recentemente dimostrato che il rilevamento della fibrillazione atriale, basato sul monitoraggio della frequenza cardiaca da parte di sensori ottici, è fattibile e affidabile utilizzando l'Apple Watch® e l'applicazione corrispondente. Precedenti case report hanno messo in rilievo la sensibilità di questo dispositivo nel mettere in evidenza alterazioni morfologiche tipiche della sindrome coronarica acuta.

Case Report

Si riporta il caso di un operatore sanitario che, a seguito di sintomatologia toracica e mialgia diffusa, ha rilevato alterazioni del

tratto ST del proprio tracciato rispetto a quello basale, che lo ha condotto a recarsi in ospedale dove è stata diagnosticata una miopericardite, permettendone il ricovero in terapia intensiva cardiologica, dove è stato condotto il trattamento della patologia con guarigione e senza comparsa di complicanze.

Discussione

La miocardite virale acuta e la pericardite acuta sono condizioni autolimitanti che hanno un decorso benigno e che possono non comportare sintomi tali da portare a una valutazione medica. Tuttavia l'aritmia ventricolare è frequente nella miocardite virale. Si ritiene che la miocardite sia responsabile di un'ampia percentuale di morti cardiache improvvise nei giovani senza precedenti cardiopatie strutturali. L'identificazione della miocardite acuta con o senza pericardite è quindi importante, e identificare quei pazienti a maggior rischio di aritmie pericolose per la vita è fondamentale per ridurre la mortalità. Nel caso presentato, la tecnologia ha supportato la messa in atto di interventi preventivi nei confronti di complicanze potenzialmente pericolose per la vita del paziente. Ulteriori sviluppi della tecnologia impiegata negli smartwatch potrebbero rendere più sensibili e specifici algoritmi di diagnosi di condizioni che possono richiedere l'immediato intervento medico.

17:25 - 17:30

4844

LA RILEVAZIONE DELLA PUPILLOMETRIA AUTOMATICA NELL' AMBITO DELLA TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA

Nicola Avino, Valentina Compatti, Pierangelo Simonelli.

Asst Spedali civili di Brescia - avino.nicola@gmail.com

Introduzione

La pupillometria è impiegata per misurare la risposta pupillare in modo oggettivo, riproducibile e documentabile. Il metodo convenzionale per determinare le dimensioni e la reattività della pupilla viene solitamente effettuato manualmente con una lampada a penna. La valutazione è strettamente operatore dipendente ed è soggettiva. Ad oggi l'impiego della pupillometria automatica quale strumento diagnostico e prognostico della pratica clinica, si sta sempre più affermando rispetto a quella tradizionale. Tale lavoro si propone di descrivere l'utilizzo del pupillometro automatico in ambito pediatrico, nello specifico all'interno della UOC di Anestesia e Rianimazione Pediatrica.

Materiali e metodi

È stata condotta una ricerca bibliografica a sostegno del lavoro stesso, che ha rilevato l'esistenza di numerosi studi svolti sulla popolazione adulta; i dati disponibili riguardo la fascia d'età pediatrica, tuttavia, sono ancora scarsi. Il lavoro è stato inizialmente condotto attraverso la rilevazione della pupillometria automatica a tutti i pazienti per i quali tali misurazioni, e i dati conseguentemente ottenuti, si ritenessero utili al fine di orientare il percorso diagnostico-terapeutico. Il lavoro è stato condotto nel periodo compreso da Giugno 2020 a Luglio 2022. La misurazione del diametro pupillare e la reattività sono state rilevate in modo automatico da tutti gli operatori ogni volta che ne sussistevano le condizioni e le richieste cliniche. Tutti i parametri della misurazione, raccolti utilizzando il pupillometro NeurOptics NPi-200, contribuiscono a fornire un indice neurologico pupillare (NPi®) sul dispositivo tramite un algoritmo sviluppato e convalidato da NeurOptics.

Risultati

Durante il periodo di lavoro sono stati inclusi un totale di 30 pazienti di età compresa tra i 9 mesi e i 16 anni con un'età media di 7.5 anni.

Le patologie incluse erano Epilessia 10% (3), Emorragia cerebrale 10% (3), Trauma Cranico 20% (6), Neoplasie 20% (6), Encefalite 10% (3), Ictus Ischemico 3% (1), altre patologie (Insufficienza respiratoria ACC, sepsi, politrauma) 26% (8). Nel lavoro non sono stati inclusi pazienti neurovegetativi. Nel 60% dei pazienti (18) sono state rilevate un numero di misurazioni maggiore o uguale a 5, nel restante 40% (12) ne sono state rilevate un numero inferiore a 5. Nei pazienti con età compresa tra gli 0 e i 2 anni (6) sono state eseguite in media 12 rilevazioni; nei pazienti tra i 2 e i 6 anni (8) sono state eseguite in media 19.5 rilevazioni; nei pazienti tra i 6 e i 10 anni (10) sono state eseguite in media 7.6 rilevazioni; nei pazienti con età superiore ai 10 anni (6) sono state eseguite in media 8.8 rilevazioni.

Conclusioni

L'uso della pupillometria automatica in contesto pediatrico necessita di maggiori approfondimenti. Esistono numerose limitazioni al suo utilizzo, soprattutto in pazienti coscienti e non collaboranti per via dell'età; è emerso tuttavia che l'età dei pazienti non pare essere un ostacolo alla misurazione dei parametri, né che questi ultimi vengano in qualche modo alterati. È possibile, tuttavia, affermare che l'utilizzo dello strumento è possibile anche in ambito pediatrico e anche in pazienti di età inferiore all'anno. Altri fattori di confondimento extra-neurologici, quali ad esempio l'utilizzo di analgo-sedazione e l'instabilità stessa del paziente critico, potrebbero aver influenzato l'esito nella rilevazione automatica del riflesso pupillare. La rilevazione pupillare automatica è diventata pratica assodata per tutta l'equipe assistenziale, oggettivando così un dato clinico/assistenziale fino ad ora ad alta componente soggettiva.

17:30 - 17:35

4936

STOP THE BLEED, PASSATO E PRESENTE

*Giacomo Maria Cantù, Danilo De Leo, Sefer Brati.
Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori, Monza - giacomocantual@gmail.com*

Background

Nel XX° e XXI° secolo le Guerre Mondiali migliorarono nettamente le conoscenze tecnico-scientifiche nel campo medico. La Sanità si trovò in difficoltà ad assistere pazienti sul campo di battaglia colpiti da armi da fuoco di nuova manifattura. Una delle cause principali di morte sui campi di battaglia fu l'emorragia massiva, la quale è l'unica emergenza traumatica che consente un trattamento sul campo bellico per migliorare la sopravvivenza. Per Bleeding Control s'intende l'insieme delle tecniche necessarie alla gestione di un'emorragia massiva provocata da un evento traumatico.

Scopo

La ricerca vuole mettere in evidenza come è evoluta nella storia la gestione delle emorragie massive, spesso intrecciata con le figure infermieristiche, quali conoscenze teoriche stavano alla base dei trattamenti d'urgenza e infine quali conoscenze tecniche e pratiche erano note. Questo studio si pone come altro obiettivo una riflessione profonda sulla formazione dei sanitari e non su questo argomento.

Materiali e metodi

Ricerca con metodo storico utilizzando materiale a disposizione delle banche dati (Pubmed, Cinahl, Minerva/unimi, Scopus, American Journal of Nursing, JSTOR), indagine tramite siti web specializzati nel settore di sanità militare. Si sono definite quelle che sono state in passato le procedure e le tecniche per il trattamento delle emorragie utilizzate durante i due conflitti mondiali del Novecento dall'esercito italiano. E' stata effettuata un'ulteriore ricerca bibliografica mediante consultazione di fonti in alcuni archivi storici digitali, i quali forniscono un'ampia selezione di materiali scannerizzati e resi accessibili tramite il web.

Risultati e conclusioni

Il controllo delle emorragie è stato il primo ostacolo da dover fronteggiare nel caso di un militare traumatizzato e spesso le lesioni erano causate da traumi perforanti degli arti. Le conoscenze mediche, già durante i due grandi conflitti del Novecento, risultavano abbastanza complete e molto vicine alle nostre linee guida in termini di utilizzo di presidi. Risulta invece di recente comprensione il quadro clinico e le complicanze a cui un paziente con emorragia massiva va incontro. Il Tourniquet o la fascia Esmarck era già conosciuto ed utilizzato, seppur in modo rudimentale, a partire dal 1915-'18.

Parole chiave

Bleeding Control; Prehospital Damage Control; Traumatic Injury; Tactical Combat Casualty Care; Damage Control Resuscitation; War History.

17:35 - 17:40

4961

LOTTA ALL'ANTIMICROBICO RESISTENZA: NUOVE PROSPETTIVE DI RUOLO E COINVOLGIMENTO DEGLI INFERMIERI NEL TEAM

*Veronica Boccini, Chiara Martinelli, Stefania Baratta.
Fondazione Toscana Gabriele Monasterio - vboccini@monasterio.it*

Introduzione

L'antimicrobico-resistenza (AMR) rappresenta una delle più grandi minacce per la salute pubblica globale. Nelle terapie Intensive (UTI) i pazienti sono sempre più fragili e immunocompromessi, portatori di dispositivi invasivi ed esposti a quadri infettivi sempre più complessi. Presso la Fondazione Toscana Gabriele Monasterio è stato istituito un Team Multidisciplinare per la prevenzione ed il contrasto delle ICA (infezioni correlate all'assistenza), dell'AMR e della sepsi. Il Team, dopo una mappatura dei rischi tramite un approccio sistematico (Hazard Vulnerability Analysis, valutazione delle caratteristiche della popolazione, dei servizi erogati e del contesto, dei dati di sorveglianza e benchmarking), definisce obiettivi, ruoli, indicatori di monitoraggio e pianifica le modalità operative all'interno di un Piano Annuale Aziendale. Tra le priorità, è stato sviluppato un programma di stewardship antimicrobica (AMS), che si avvale dei sistemi informatici e della formazione. È condiviso e portato avanti a tutti i livelli dell'organizzazione per il monitoraggio, il contenimento della diffusione dell'AMR e la messa a punto di piani di azione volti a migliorare l'outcome clinico. L'infermiere ha assunto un ruolo sempre più rilevante ed attivo nel team e nella gestione dei programmi di AMS.

Obiettivi

Indagare la percezione degli infermieri rispetto al ruolo nel sistema di gestione dell'AMR e al livello di coinvolgimento nel team operativo multidisciplinare. Identificare punti di forza e opportunità di miglioramento nel processo.

Materiali e metodi

Questionario di indagine ad hoc, rivolto al personale infermieristico che assiste pazienti adulti e pediatrici presso le UTI del nostro Centro.

Risultati

I risultati del questionario sono in itinere.

Conclusioni

Gli infermieri formati, attivi e consapevoli del proprio ruolo, sono oggi un elemento di valore per l'esito dei programmi di AMS. Inoltre, un lavoro di miglioramento continuo sui processi a supporto del clinico, è fondamentale per garantire qualità e sicurezza delle cure. Obiettivo futuro è monitorare nel tempo l'impatto dei programmi di AMS tramite indicatori di esito e di processo specifici e condivisi, avvalendosi del supporto dei sistemi informatici.

17:40 - 17:45

4916

PERCEZIONE DEI PAZIENTI DEGLI ICU DIARY

*Valentina Morale, Irene Chinali, Brenda Valverde, Marta Villa, Alberto Lucchini.
Asl Città di Torino - m58valentina@gmail.com*

L'obiettivo di questo lavoro è quello di analizzare la percezione dei pazienti riguardo gli ICU Diary a loro consegnati dopo il ricovero presso la Terapia Intensiva Generale dell'IRCCS San Gerardo di Monza. L'ICU Diary è un diario redatto dal personale sanitario e dai membri della famiglia e amici, in cui vengono riportati, in forma narrativa, gli avvenimenti di maggior rilievo che hanno caratterizzato la vita del paziente durante il ricovero in Terapia Intensiva ed i pensieri degli operatori sanitari e dei familiari, talvolta espressioni di emotività, paure, dimostrazioni di affetto e vicinanza. È stato condotto uno studio monocentrico a metodi misti. Lo studio ha preso in esame una popolazione di pazienti adulti cui è stato aperto un ICU Diary nella Rianimazione Generale dell'Ospedale San Gerardo di Monza nel periodo compreso tra il 1/12/2019 e il 30/4/2021. Lo studio è stato effettuato mediante intervista telefonica semi-strutturata, composta da alcune domande a risposta dicotomica con scala numerica associata e altre domande aperte in cui il paziente era libero di argomentare descrivendo il proprio vissuto e le proprie sensazioni. Gli strumenti di indagine utilizzati per valutare la qualità di vita sono state le scale validate dalla letteratura internazionale: Post Traumatic Symptom Scale (PTSS-10), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), EuroQoL-5D-5L. Dai risultati è emerso come il diario di Terapia Intensiva ha permesso alle persone di venire a conoscenza di ciò che è accaduto durante i giorni di ricovero, fornendogli così uno strumento utile a comprendere e poter rielaborare il proprio vissuto. Inoltre, ha permesso di comprendere anche il vissuto dei loro cari e di venire a conoscenza delle cure che gli operatori sanitari hanno avuto nei loro confronti. Questi dati vanno a conferma dell'obiettivo con il quale il diario di terapia intensiva nasce: creare una narrazione degli eventi utile a promuovere un senso di coerenza e continuità che aiuti la persona a comprendere e rielaborare l'accaduto. La lettura del diario ha poi suscitato emozioni molto forti. Sono emersi principalmente sentimenti positivi, primo fra tutti la gratitudine per le cure ricevute. Ma sono emersi anche sentimenti di dolore e angoscia, correlati soprattutto al rivivere le emozioni forti del ricovero e venire a conoscenza del vissuto dei familiari. Per questo motivo sarebbe utile valutare, con ulteriori studi, l'impatto psicologico che l'utilizzo del diario di Terapia Intensiva può avere e quindi la necessità di un supporto psicologico adeguato e di un contesto ben strutturato nel post dimissione dalla Terapia Intensiva. Sarebbe utile indagare ulteriormente il percepito dei pazienti ma anche il percepito dei familiari e degli operatori sanitari per quanto riguarda la stesura dei diari e il coinvolgimento emotivo che tale pratica implica.

17:45 - 17:50

4917

ABCDE-F-FAMILY BUNDLE

*Irene Vellutini, Anna Vedolin, Alessandro Monesi, Jara Deiana, Elisa Righini, Tommaso Vecchiadini, Patrizia Ferrari.
Azienda Ausl Bologna Ospedale Maggiore - irene.vellutini@ausl.bologna.it*

Introduzione

L'assistenza incentrata sulla famiglia è un criterio di qualità della moderna terapia intensiva (TI). I parenti non sono solo i visitatori, ma anche i collaboratori dell'équipe, soprattutto nel rispettare le volontà dei pazienti e durante il processo decisionale condiviso. Il passaggio all'assistenza incentrata sulla famiglia comporta che i ruoli tradizionali stiano cambiando e questa tipologia di approccio sta diventando una componente fondamentale. Negli ultimi dieci anni è emerso il concetto di bundle che include una serie di comportamenti basati sulle evidenze scientifiche ed interdipendenti tra loro, che hanno lo scopo di migliorare la collaborazione all'interno del team multidisciplinare, determinando un risultato migliore rispetto all'utilizzo di un intervento singolo. Il Bundle ABCDE si è evoluto negli ultimi anni includendo la F di family, diventando quindi ABCDEF, poiché nessun piano di trattamento in TI è completo senza l'incorporazione dei desideri, delle preoccupazioni, delle domande e della partecipazione della famiglia, la quale deve diventare membro attivo nel processo decisionale multiprofessionale e nella pianificazione del trattamento. Numerosi studi hanno verificato l'associazione tra la compliance del bundle e gli esiti, inclusa la sopravvivenza ospedaliera, i giorni liberi da delirio, da coma, i giorni di ventilazione, le riammissioni in TI, l'uso di contenimento e la dimissione alle strutture in modo dose-dipendente. La totale compliance con il bundle mostra miglioramenti clinicamente significativi nei risultati. L'attuazione della F richiede un approccio comunicativo efficace e strutturato. L'assistenza centrata sul paziente rispetta i valori individuali e plasma il processo decisionale clinico. Il mancato coinvolgimento dei familiari e la comunicazione non adeguata rappresentano un'occasione persa per identificare le preferenze terapeutiche che sono in linea con i valori del paziente e che rispettano la sua dignità ed i suoi valori intrinseci. Nell'ambito della TI, consentire ai membri della famiglia di impegnarsi nel processo decisionale condiviso e la facilitazione della comunicazione aperta sono di fondamentale importanza. Le malattie critiche possono portare a un carico psicologico significativo per i pazienti ma anche per le loro famiglie. Il pacchetto ABCDEF è cresciuto fino a includere il potenziamento della famiglia, proprio perché il pieno coinvolgimento delle famiglie dà voce ai pazienti loro cari. La comunicazione dovrebbe essere corretta e comprensibile, coerente ed omogenea tra i diversi membri del team.

Materiali e metodi

Sono state effettuate due revisioni della letteratura per avere una conferma dell'importanza della comunicazione efficace e dell'assistenza fondata sul coinvolgimento della famiglia dell'assistito come criterio di qualità; due per l'impossibilità di risolvere le due tematiche della "comunicazione" e della comunicazione nel "fine vita" in un'unica revisione, nonostante esse siano concatenate ed inscindibili tanto nel nostro obiettivo di ricerca quanto nella pratica professionale poiché è impossibile attuare assistenza di fine vita senza correlarvi una comunicazione efficace e viceversa. Impiegando i risultati della letteratura per estrapolare argomenti e situazioni di criticità comunicativa, sono stati costruiti e scritti dei casi simulati ed ogni simulazione è stata strutturata identificando: ambientazione, tempistiche, attori, materiali, descrizione del caso, aspettative, obiettivi. Al termine di ogni simulazione è stato eseguito un debriefing da parte di un facilitatore. Questo progetto formativo, rivolto a medici ed infermieri che lavorano in TI/rianimazione dell'Ospedale Maggiore di Bologna, è caratterizzato da 9 ore di formazione residenziale con simulazioni di casi ad alta fedeltà seguiti da debriefing, per aumentare i livelli di apprendimento derivanti dalla formazione; gli obiettivi delle simulazioni sono stati esplicitati per ogni caso simulato e si sono incentrati sugli aspetti comunicativi con i familiari.

Risultati

Nella revisione sono stati inclusi 8 articoli per il quesito di ricerca che includeva il fine vita e 22 per il quesito sulla comunicazione efficace non nel fine vita, tutti compresi tra il 2010 ed il 2022. Di ciascun articolo sono stati annotati i principali argomenti discussi relativi specificamente alla comunicazione, come da finalità di questo studio. Entrambe le revisioni sono qualitative e confermano che una comunicazione di buona qualità e gli accorgimenti comportamentali ed ambientali adottati dall'equipe assistenziale nella relazione con la famiglia, sono essenziali per soddisfare le aspettative e per prevenire lo sviluppo di stress, ansia, depressione e disturbi correlati, non solo durante la permanenza in TI ma anche nei periodi successivi alla dimissione o al decesso del loro caro. Gli studi inclusi hanno limiti significativi. Non esiste una misura di esito unica sulla soddisfazione, accettata e standardizzata da tutti, quindi sono necessarie ricerche future con strumenti di indagine definiti, specifici e misurabili per determinare strategie comunicative ottimali. Per valutare gli aspetti comunicativi appresi da professionisti, alla fine del corso è stato somministrato un questionario con 10 domande con 4 risposte multiple di cui 1 esatta ed un questionario dopo 3 mesi. Durante lo svolgimento delle simulazioni è stata compilata per ogni professionista coinvolto nella simulazione, una griglia di osservazione delle competenze relazionali. Per valutare se il corso ha implementato la relazione/comunicazione tra il personale ed il familiare e se quindi gli obiettivi sono stati raggiunti dal punto di vista dei familiari abbiamo valutato il numero dei reclami e somministrato il questionario di soddisfazione aziendale.

Discussione

Il limite principale di questo studio è che, sebbene siano stati compiuti tentativi per il reclutamento di un gruppo interprofessionale di partecipanti, il successo è solo parziale. Tuttavia, da un punto di vista costruttivista, questo studio fornisce opzioni e opinioni che sono valide aggiunte alla letteratura attuale. Sono state identificate molteplici potenziali sfide e alcune possibili strategie per superarle. La comunicazione con le famiglie è un importante progresso avvenuto in medicina negli ultimi 25 anni. I familiari non sono più dei semplici visitatori e comunicare con loro è oggi un compito interamente affidato agli operatori. Malgrado la ricerca sulla comunicazione e sulle cure di fine-vita in TI affronti cambiamenti etici e metodologici, studi recenti hanno fornito forte evidenza che supportare le strategie di comunicazione intensiva attraverso family conferences, è fondamentale per migliorare la comunicazione con i familiari in TI. Quindi quest'ultima ha conquistato credibilità scientifica e oggi è considerata un obiettivo prioritario per l'eccellenza nelle cure. La comunicazione non deve più essere considerata un processo a senso unico impiegato solo per fornire informazioni ai parenti. Al contrario, ciascun professionista deve sapere che è un processo a due vie (reciproco) attraverso il quale gli operatori forniscono notizie ma anche raccolgono informazioni sullo stile di vita del paziente, sui suoi desideri e valori personali; la comunicazione con i familiari dovrebbe essere vista come una componente chiave delle cure "centrate sulla famiglia", permettendo al team di TI di indirizzare ed incontrare i bisogni della famiglia e di migliorare la loro soddisfazione nelle cure; la comunicazione aiuta i curanti ad intuire i desideri dei familiari allo scopo di bilanciare il loro coinvolgimento nel processo decisionale, evitando stress dannosi e pressioni.

Vista la necessità di migliorare le capacità empatiche e comunicative negli operatori sanitari, si potrebbe sostenere che la simulazione possa offrire un approccio complementare a tale formazione e un approccio didattico consolidato nella formazione dei sanitari. Tutto ciò guidato dall'andragogia e dalla psicologia, le quali mirano a creare importanti opportunità di apprendimento che potrebbero non essere prontamente disponibili o adatte in ambienti clinici. Le simulazioni in alta fedeltà, che creano scenari in cui l'immedesimazione in situazioni di criticità non solo è vitale del paziente, ma anche comunicativa e relazionale e di conflittualità con i familiari, permettono lo sviluppo di soft skills ormai indispensabili in tutti i contesti di cura, in particolare modo nelle TI, delineando le basi dell'"infermieristica familiare". I debriefings immediatamente conseguenti mirano a creare nei partecipanti lo spirito critico di autoanalisi e l'autoconsapevolezza necessari per veicolare il cambiamento. Il paziente non deve essere identificato con una patologia ma stimato come un'entità complessa e non disgiunta dalla famiglia. I sentimenti più frequentemente sperimentati dai caregivers sono: vivere come in un limbo, sentirsi privi di aiuto e impotenti, sperare, sopportare/resistere e temere il peggio. Pertanto ottenerne la fiducia è complicato ma allo stesso tempo altamente significativo nel ridurre la preoccupazione, le tensioni interne e la fusione generate dall'esperienza e dall'attesa in un contesto di area critica. La presenza dei familiari è vitale poiché motiva i pazienti in quanto ricorda la loro vita precedente e quella futura che li attende al di fuori dell'ospedale e permette ai parenti di prendere coscienza della serietà della situazione clinica e di ciò che è stato compiuto per il loro caro. A volte però ricevere informazioni può essere sconvolgente per i caregivers, ma essi percepiscono un appagamento delle loro necessità emozionali se avvertono l'empatia dell'equipe assistenziale. È importante considerare l'utilità della partecipazione degli infermieri ai colloqui con i familiari, quando i medici danno informazioni cliniche difficili da comprendere o da elaborare, perché semplifica la consapevolezza delle informazioni ricevute e permette di proseguire per fornire chiarimenti o ulteriori spiegazioni. In questo modo e con svariate strategie apprendibili, ma che richiedono anche una predisposizione di apertura nei confronti delle persone significative per l'assistito,

si genera una connessione, un'alleanza terapeutica duratura ed inscindibile per un raggiungimento più rapido e consolidato degli obiettivi assistenziali. La soddisfazione per l'assistenza fornita e il mancato sviluppo o l'attenuazione dei sintomi post traumatici nei caregivers, si sono rivelati indici di qualità di cura sempre più misurabili. Essi possono essere ottenuti attraverso l'impiego del bundle ABCDEF, la formazione continua dei professionisti e la comunicazione efficace. Pertanto, la comunicazione è tempo di cura. La relazione è tempo di cura.

Conclusione

I familiari non sono più semplici visitatori della TI e comunicare con loro è un compito interamente affidato agli "operatori sanitari". Supportare efficacemente strategie di comunicazione in situazioni di criticità attraverso riunioni con i familiari è essenziale per migliorare la relazione con loro ed è considerato un obiettivo prioritario per raggiungere l'eccellenza nella cura. Non è un processo unidirezionale, ma un processo bidirezionale (reciproco) mediante il quale i professionisti forniscono ma anche raccolgono informazioni sullo stile di vita, i desideri e i valori personali del paziente. È anche la componente chiave dell'assistenza "centrata sulla famiglia", che consente di soddisfarne i bisogni e di migliorarne la soddisfazione per l'assistenza; permette loro di essere coinvolti nel processo decisionale condiviso e di evitare stress e pressioni inutili. La simulazione può offrire un approccio complementare alla formazione e alla didattica nella formazione dei professionisti. Le simulazioni ad alta fedeltà consentono agli infermieri di sviluppare competenze trasversali indispensabili in tutti i contesti di cura. I debriefing mirano a creare nei partecipanti lo spirito critico di autoanalisi e l'autoconsapevolezza per veicolare il cambiamento. La presenza dei familiari è vitale in quanto motiva i pazienti, i quali trovano la realizzazione dei loro bisogni emotivi se percepiscono l'empatia del team di cura. Questi risultati possono essere ottenuti attraverso l'uso del pacchetto ABCDEF. Quindi la comunicazione e la relazione possono essere considerati tempi di guarigione.

Parole chiave

End of life communication; end-of-life care; communication in ICU; family-centred care; psychological support for patients and carers; palliative care in ICU.

17:50 - 17:55

4832

TERAPIA INTENSIVA "CARLO URBANI" JESI: 10 ANNI DI TERAPIA INTENSIVA APERTA NONOSTANTE LA PANDEMIA

Laura Farina, Andrea Carletti, Simonetta Giaccagli.

AAST Ancona - laura.far1980@libero.it

Il ricovero è un momento sempre difficile, stressante e motivo di ansie e paure. Lo è ancora di più nei reparti di Terapia Intensiva (TI) dove lo stato dei pazienti è particolarmente grave, spesso con condizioni vitali a rischio e in situazioni di incoscienza. Lo stato emotivo che si vive in questi reparti ad alta complessità e caratterizzati da un'elevata componente tecnologica, è tra i più difficili da affrontare e gestire, con il rischio di opprimere la psiche e la volontà dei pazienti e soprattutto dei loro familiari. Da qui parte il concetto di umanizzazione delle cure che la TI del C. Urbani di Jesi, una delle prime TI aperte in Italia, ha fatto suo. Anche il Comitato Nazionale Italiano per la Bioetica ha rimarcato le motivazioni etiche oltre che cliniche dell'apertura delle TI, sottolineando che la presenza dei familiari accanto al malato non è una concessione ma il rispetto di un ben preciso diritto del paziente, messaggio condiviso anche da ANIARTI (Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica), SIAARTI (Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva) e ESICM (European Society of Intensive Care Medicine) il cui Presidente nel 2002 scrisse quello che può essere considerato il manifesto della TI Aperta ovvero che l'umanità nella cura dei pazienti dovesse avere alta priorità.

Il nostro percorso è iniziato nel 2013, tuttavia la struttura del vecchio ospedale non permetteva un libero accesso ai familiari e quindi l'unico cambiamento fu di raddoppiare l'orario di visita a 3 ore al giorno. Nel 2014 venne organizzato un corso su "TI Aperta" rivolto a tutto il personale con l'obiettivo di superare dissensi e preoccupazioni (interferenza con le cure, aumento dello stress per i pazienti e per i familiari, violazione della confidenzialità delle informazioni), di acquisire competenze specifiche sulla comunicazione, sulla gestione dei conflitti e sulla capacità di riconoscere e affrontare i bisogni del malato e dei familiari. Con il trasferimento presso il nuovo ospedale si riprendeva questo percorso che si concretizzava, nel 2015, con la creazione della prima TI aperta delle Marche, con un orario di visita di 8 ore (dalle 12.30 alle 20.30). La TI attuale ha 5 box singoli e 3 letti in una unica stanza: l'isolamento è utile a ridurre il rischio di trasmissione di infezioni ma soprattutto garantisce l'intimità dell'incontro tra il paziente ed i familiari ed anche di accompagnarlo nel fine vita. Ispirandosi alle TI dei paesi nordici, caratterizzate da vetrate che permettono di guardare il panorama esterno e come suggerito dalle Linee Guida del 2012 (Critical Care Medicine) e dal Patto della Salute 2014-2016 (secondo il quale è necessario favorire la creazione di luoghi di cura accessibili e confortevoli, di promuovere relazioni umane fondate sull'accoglienza e l'empatia), nel 2018 su invito del Direttore gli studenti del Liceo Artistico della città hanno dipinto degli affreschi sulle pareti, con luoghi simbolo della città o con motivi floreali allo scopo di rendere meno ostile, più accogliente e più rilassante il luogo di degenza. Nel 2017 la TI è stata aperta anche agli animali domestici che per alcuni sono dei familiari. Per la formazione continua del personale, dal 2018 al 2021 la TI ha partecipato al progetto nazionale "Intensiva 2.0" che tra gli obiettivi aveva anche quello di migliorare la comunicazione tra operatori sanitari e familiari. Da Gennaio 2020 l'orario di visita previsto è stato ampliato di oltre 2 h, senza limiti di tempo per la permanenza dei familiari, 2 alla volta per un massimo di 4 per ogni paziente, presenti anche durante le procedure di assistenza infermieristica.

Purtroppo tutto ciò che pian piano era stato costruito, a Marzo 2020 è stato raso al suolo, con l'arrivo della pandemia COVID-19. La cura del malato è stata rivolta solamente alla malattia e purtroppo l'aspetto relazionale, sociale e psicologico del malato non sono più stati una priorità, specialmente nei primi mesi. Le informazioni ai familiari sono avvenute esclusivamente tramite telefonate quotidiane. Questo isolamento forzato dalle circostanze ha creato ansia, paura, stress, non solo nei familiari e pazienti ma anche in tutto il personale sanitario. Si è cercato di sopperire alla lontananza con i tablet. Dalle testimonianze dei familiari, che abbiamo

raccolto successivamente alla pandemia, abbiamo capito che hanno percepito il nostro impegno. Ecco cosa ci hanno detto: “Ho rivisto mia madre soltanto il 12 Aprile, il giorno di Pasqua, la sorpresa più bella di un uovo che quell’anno non avevo ancora scartato. Era dietro ad un tablet. Vedendola da lontano ho ricominciato a vivere”. “Ho chiesto loro di fargli una carezza da parte mia. Sono certa che lo abbiano fatto”.

È per questo che dalla seconda ondata COVID, la TI di Jesi, fermamente convinta dell’importanza della presenza dei familiari, per loro stessi, per il paziente e per l’equipe di cura, ha cominciato a “riaprire”, ovviamente con regole molto ferree per garantire la sicurezza, permettendo l’entrata di un familiare al giorno, presieduta da un infermiere che lo assisteva nella vestizione, nella svestizione e durante la permanenza vicino al proprio caro, istruendolo nell’atteggiamento da adottare. I familiari raccontano: “Sarò sempre grata al Direttore ed a tutto lo staff per averci dato la possibilità di stare vicino a nostra madre. Ho riscontrato tanta umanità nelle loro parole e nei loro gesti, mi fidavo ciecamente, mi hanno aiutato a livello psicologico, ho avvertito empatia, volevo abbracciarli”. “Ho potuto toccare con mano quanta umanità si cela dietro i gesti di ogni operatore, non me lo aspettavo, provo forte ammirazione nei loro confronti”. Questo rappresentò una svolta: i pazienti erano più tranquilli, collaborativi, finalmente vedevano una luce che dava loro speranza di guarigione, di ritornare alla vita; d’altro canto per i familiari il fatto di poterlo vedere, di vederli lavorare ha ridotto l’ansia ed accresciuto la loro fiducia e la stima nei nostri confronti. A noi ha insegnato l’importanza di prenderci cura del malato e non della malattia, del disagio dell’anima oltre che del dolore fisico e che dobbiamo prenderci cura anche dei familiari, come definito dall’Organizzazione Mondiale della Sanità per cui la salute è uno “stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza di malattia o infermità”. Da allora, gradualmente la siamo ritornati ad essere TI Aperta. Ad oggi è aperta 24 ore su 24 sempre con un limite di 4 familiari a paziente al giorno. Al primo ingresso il familiare viene istruito sui comportamenti da adottare e gli viene consegnata una brochure dove viene spiegata e illustrata la TI e quello che troveranno al suo interno oltre che le regole da rispettare; il Medico Anestesista-Rianimatore di guardia sarà sempre disponibile a dar loro informazioni e aggiornamenti quotidiani sullo stato clinico del loro familiare e condividerà con loro il programma di cura. Gli infermieri poi hanno il compito di rassicurare i familiari, di spiegare tutto quello che circonda il loro caro e di supportarli nei momenti di disperazione, come indicato dalla Legge 219/17 e dal Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche del 2019, per cui il tempo della comunicazione è tempo di cura.

MERCOLEDÌ, 22 NOVEMBRE 2023

Sala Regency 1

11:00 - 11:05

4731

LA GESTIONE DELLE VIE AEREE NEL PAZIENTE IN ARRESTO CARDIACO EXTRAOSPEDALIERO: QUANDO E COME

Giacomo Sebastiano Canova

AULSS 8 Berica - giacomosebastiano.canova@aullss8.veneto.it

La priorità da garantire al paziente in arresto cardiaco (AC) extraospedaliero sono principalmente due: erogare compressioni toraciche di elevata qualità e defibrillare precocemente. Tuttavia, nel corso degli anni sono emerse sempre più evidenze che mostrano come la gestione avanzata delle vie aeree possa influenzare gli outcome del paziente vittima di AC extraospedaliero. Le linee guida attualmente in vigore (ERC 2021) affrontano la gestione avanzata delle vie aeree in un paragrafo appositamente dedicato dell’Advanced Life Support. Nel dettaglio, le stesse affermano che sia necessario iniziare con tecniche di base e progredire gradualmente in base alle capacità del soccorritore fino al raggiungimento di una ventilazione efficace. Se è necessaria una via aerea avanzata, le Linee Guida indicano di utilizzare l’intubazione tracheale se chi esegue la manovra ha un tasso di successo superiore al 95% entro due tentativi di intubazione, interrompendo le compressioni toraciche per questa manovra meno di 5 secondi.

Negli ultimi anni c’è stato un grande interesse attorno alla questione della gestione delle vie aeree nell’AC extraospedaliero. In particolare, molti studi hanno confrontato l’intubazione endotracheale con il posizionamento di un dispositivo sopraglottico e le conclusioni hanno mostrato risultati contrastanti: alcuni ritengono che i due siano equivalenti in termini di rischio e beneficio, alcuni suggeriscono la superiorità del posizionamento del dispositivo sopraglottico e altri suggeriscono che i dispositivi sopraglottici mostrano un’inferiorità rispetto all’intubazione endotracheale. Esiste tuttavia una tendenza comune tra questi studi: nonostante le differenze nelle loro conclusioni, il metodo migliore sembra essere quello che riduce al minimo le interruzioni di compressioni toraciche di alta qualità e altre misure di rianimazione.

In merito all’interruzione delle compressioni, Kurz et al. (2016) hanno dimostrato come nei pazienti con AC extraospedaliero sia stato rilevato un tasso leggermente più alto di frazione di compressione toracica (ovvero, meno riduzioni delle compressioni) nei pazienti per i quali è stato inserito un presidio sopraglottico, sia prima che dopo il suo l’inserimento. In riferimento agli outcome del paziente, diversi sono stati gli studi che di recente anno affrontato tale tematica, i quali come anticipato hanno mostrato esiti talvolta contrastanti tra loro.

Wang et al. (2012) hanno dimostrando che la sopravvivenza alla dimissione dall’ospedale con stato funzionale soddisfacente è stata del 4,7% per i pazienti intubati e del 3,9% per i pazienti gestiti con presidi sopraglottici. Quando comparata con il successo di posizionamento del presidio sopraglottico, l’intubazione si è associata a un aumento della sopravvivenza alla dimissione ospedaliera, ROSC e sopravvivenza a 24 ore.

Un altro studio è la meta-analisi condotta da Benoit et al. (2015), i quali hanno fatto emergere come i pazienti che sono stati intubati avevano probabilità più elevate statisticamente significative di ROSC, sopravvivenza al ricovero ospedaliero e sopravvivenza neurologicamente intatta rispetto ai pazienti gestiti con presidi sopraglottici; la sopravvivenza alla dimissione ospedaliera non era invece statisticamente diversa.

Successivamente, un RCT pubblicato da Benger et al. (2018) ha mostrato come si sia presentato un esito funzionale favorevole alla dimissione dall’ospedale o dopo 30 giorni nel 6.4% dei pazienti nel gruppo delle vie aeree affrontate con un presidio sopraglottico rispetto al 6.8% dei pazienti nel gruppo dell’intubazione tracheale, con una differenza che non era statisticamente significativa. Nello stesso anno, Wang et al. (2018) hanno dimostrato come la sopravvivenza a 72 ore sia stata del 18.3% nel gruppo di pazienti trattato con tubo laringeo contro il 15.4% nel gruppo dei pazienti intubati. Gli esiti significativi secondari nel gruppo cui è stato posizionato un tubo laringeo rispetto ai trattati con intubazione orotracheale erano il ritorno della circolazione spontanea, sopravvivenza ospedaliera e stato neurologico favorevole alla dimissione. Non sono state rilevate differenze significative nella lesione orofaringea o ipofaringea, edema delle vie aeree o polmonite.

Un altro dato rilevante in questa rassegna è quello che emerge dalla RCT condotta da Jabre et al. (2018), i quali hanno rilevato come la funzione neurologica favorevole a 28 giorni era presente nel 4.3% nel gruppo trattato con ventilazione in maschera e pal-lone autoespandibile rispetto al 4.2% nel gruppo trattato con intubazione endotracheale. Infine, un ultimo studio da considerare è quello pubblicato di recente da Bartos et al. (2023), i quali analizzando i dati laboratoristici hanno dimostrato come i pazienti che hanno ricevuto un’intubazione endotracheale avevano una PaO2 mediana significativamente più alta, una PaCO2 mediana inferiore e un pH mediano più alto rispetto a coloro che venivano trattato con un presidio sopraglottico. Inoltre, i pazienti trattati con intubazione endotracheale avevano anche una probabilità significativamente maggiore di soddisfare i criteri di ammissibilità per l’ECMO V-A e, tra questi, i pazienti trattati con intubazione endotracheale avevano una sopravvivenza neurologicamente favorevole e significativamente più alta rispetto a coloro che ricevevano un presidio sopraglottico.

Al fine di migliorare il tasso di successo per quanto riguarda l’intubazione endotracheale e per ridurre al minimo le interruzioni delle compressioni toraciche possono essere adottate alcune metodiche per facilitare la manovra e, di conseguenza, migliorare gli outcome del paziente. In particolare, Risse et al. (2023) hanno dimostrato che l’adozione della videolaringoscopia era un predittore indipendente di sopravvivenza con CPC1/2 e di dimissione ospedaliera/sopravvivenza a 30 giorni.

Robinson et al. (2023) hanno affrontato il tema dell’intubazione durante le compressioni toraciche, affermando come è pratica comune continuare la rianimazione cardiopolmonare (RCP) durante l’intubazione tracheale, con un successo paragonabile a quello ottenuto nei pazienti non in AC. I ricercatori concludono come sia ragionevole tentare l’intubazione tracheale senza interrompere le manovre rianimatorie, fermandosi solo se necessario. Il loro studio ha mostrato come i pazienti nei quali si sia reso necessario interrompere la RCP avevano maggiori probabilità di ricevere compressioni toraciche manuali piuttosto che meccaniche, mentre per quanto riguarda la metodica di intubazione la più adottata era la videolaringoscopia con uso del bougie. Il successo del primo tentativo è stato maggiore nel gruppo della RCP continua rispetto al gruppo nel quale la RCP è stata interrotta.

In ambito di AC extraospedaliero, potrebbe essere rilevante anche riflettere su quale sia il timing di gestione, ovvero quale priorità dare a questa manovra all’interno dell’algoritmo di RCP avanzata. In questo senso, pochi sono gli studi pubblicati in letteratura. Un primo studio è quello pubblicato da Wang et al. (2016), i quali hanno analizzato il concetto di tempestività di gestione in ambito intraospedaliero, mostrando come l’intubazione precoce durante la RCP potrebbe essere utile per gli esiti clinici, in quanto quando effettuata entro i primi 8,8 minuti dall’AC sembra essere favorevole sia per gli esiti neurologici che per la sopravvivenza del paziente. In ambito extraospedaliero, tuttavia, questo risultato è quasi impossibile da raggiungere, in quanto difficilmente l’equipe arriva sul posto e intuba il paziente entro 9 minuti dall’AC. Alla luce di ciò, Okubo et al. (2021) hanno evidenziato come la tempistica della gestione avanzata delle vie aeree non era statisticamente associata a una migliore sopravvivenza a 1 mese per i ritmi defibrillabili. Al contrario, la gestione avanzata delle vie aeree entro 15 minuti dall’inizio della RCP era associata a una migliore sopravvivenza a 1 mese per i ritmi non defibrillabili.

Alla luce di tutti questi dati è dunque necessario rispondere alla domanda iniziale: quale gestione delle vie aeree nel paziente con AC extraospedaliero?

Per quanto riguarda la scelta del presidio è innegabile come l’intubazione endotracheale rappresenti l’ideale in questa evenienza. Tuttavia, in una situazione nella quale la perfusione e l’ossigenazione è gravemente compromessa, è necessario che questa manovra venga compiuta possibilmente senza interrompere le compressioni toraciche, o comunque minimizzando le loro interruzioni. È bene ricordare come le priorità del paziente in AC siano appunto le compressioni toraciche di elevata qualità e la defibrillazione precoce. Per intubare un paziente sotto massaggio o in un tempo limitatissimo che non evolva in un no-flow eccessivo è necessaria un’elevata manualità o, in caso, l’adozione di presidi che possano facilitare la manovra (es. videolaringoscopia/bougie). Nel caso di personale non formato o per RCP di breve durata, l’adozione di un presidio sopraglottico sembra essere un ottimo compromesso. Tuttavia, i dati derivanti dalle RCP prolungate (es. ritmi non defibrillabili) sembrano propendere per l’utilizzo del tubo endotracheale al fine di garantire un’ossigenazione migliore per un tempo prolungato, con esiti migliori.

In ogni caso, allo stato attuale manca ancora un’evidenza forte e di elevata qualità che dirima tutte queste questioni in modo definitivo, in modo da dare una risposta certa e definitiva alla modalità di gestione delle vie aeree nel paziente con AC extraospedaliero.

11:05 - 11:10

4797

L’EFFICACIA DELLE ISTRUZIONI PRE-ARRIVO DELL’INFERMIERE DI CENTRALE OPERATIVA 118. UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA

Francesca Cerreoni, Francesca Angelelli, Massimiliano Di Biagio.

Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Roma - francesca.cerreoni00@gmail.com

Introduzione

Le Istruzioni Pre-Arrivo (IPA) sono istruzioni specifiche impartite telefonicamente dall’infermiere di centrale operativa a seguito delle informazioni ottenute dall’intervista telefonica, il cui obiettivo è quello di far attuare dal chiamante (personale laico non formato) delle manovre sull’infortunato, in attesa dei soccorsi, e spiegate con parole il più semplici possibili, evitando così di spezzare la ca-

tena della sopravvivenza. Le istruzioni pre-arrivo vengono fornite dall'infermiere dispatcher in caso di patologie tempo-dipendenti quali arresto cardiaco, ostruzione vie aeree, emorragia e trauma. Lo scopo di questa revisione è quello di ricercare in letteratura l'efficacia delle IPA, nei soccorsi extra- ospedalieri per le patologie tempo-dipendenti, nella riduzione dei tempi di soccorso e della mortalità.

Materiali e metodi

La revisione è stata condotta attraverso la consultazione della banca dati biomedica Medline/ Pubmed; sono state individuate due stringhe di ricerca ed incluse le pubblicazioni in lingua inglese senza limiti temporali relative a pazienti adulti in emergenza extraospedaliera con patologie tempo-dipendenti, escludendo i pazienti in emergenza intraospedaliera e pediatrici.

Risultati

La ricerca ha fornito indicazioni e prove di efficacia delle IPA solo in riferimento all'arresto cardiaco, confermando che, attraverso la somministrazione delle stesse da parte di personale esperto, gli astanti sono più sicuri nel praticare le manovre salva vita sul paziente.

Conclusioni

Le IPA risultano essere uno strumento eccezionale ed efficace nell'assistenza di patologie tempo-dipendenti, in momenti di emergenza sanitaria a pazienti in territorio extraospedaliero. Si è visto come emozioni, chiarezza e semplicità nel linguaggio, padronanza della lingua italiana, piattaforme web e fiducia negli strumenti a disposizione giochino un ruolo fondamentale, rendendo possibile il successo degli interventi in un momento di emergenza con una collaborazione tra un professionista formato in materia di carattere sanitario e un laico. La revisione ha risposto solo in parte alla domanda di ricerca, poiché dalla letteratura emersa si parla di efficacia delle IPA con riferimento soprattutto all'arresto cardiaco extraospedaliero. Per quanto riguarda le altre patologie tempo-dipendenti, la letteratura risulta ancora scarsa. Si auspica che studi futuri porteranno ad ampliare la visione dell'efficacia delle IPA in tutte le altre patologie tempo-dipendenti.

Parole chiave

Cardiac arrest, airway obstruction, pregnancy, give birth, major trauma, stop the bleed, bleeding contro, tourniquet, maneuvers, pre-arrival instruction, dispatcher-assisted, telephone instruction, efficacy, mortality.

Bibliografia

Wise, S. L., Freeman, C. L., & Edemekong, P. F. EMS Pre-Arrival Instructions. In StatPearls publishing; 2022.
 Angkootassaneeyarat, C. Y et al. Effectiveness of a Dispatcher-Assisted Cardiopulmonary Resuscitation Program Developed by the Thailand National Institute of Emergency medicine (NIEMS); Prehospital and disaster medicine. 2021. pp 702-7.
 Tanaka, Y., et al. The continuous quality improvement project for telephone-assisted instruction of cardiopulmonary resuscitation increased the incidence of bystander CPR and improved the outcomes of out-of-hospital cardiac arrest. Resuscitation,83 (10), 2012. pp 1235-41.
 Shibahashi, K. I. Effects of dispatcher-initiated telephone cardiopulmonary resuscitation after out-of-hospital cardiac arrest: A nationwide, population-based, cohort study. Resuscitation 2019. pp 6-14.

11:10 - 11:15

4954

CURE PULITE SONO CURE PIÙ SICURE

Chiara Baldo, Mariagrazia Rizzotto, Tiziana Olivo, Raffaella Ramon, Loris Pian, Laura Renosto, Aniska Bin, Yasmine Carcaterra, Lisa Gambirasi, Mauro Gerotto, Federica Polo, Mirko Romano, Maria Tosel, Chiara Vallese.
 AULSS2 Marca Trevigiana, Treviso - chiara.baldo@aulss2.veneto.it

“Le infezioni correlate all'assistenza sanitaria si verificano in tutto il mondo e colpiscono sia i paesi industrializzati, sia quelli in via di sviluppo. Attualmente oltre 1,4 milioni di persone nel mondo sono affette da infezioni contratte in ospedale. Secondo alcune stime nei paesi industrializzati dal 5 al 10% dei pazienti ricoverati nelle unità di cure per acuti contrae un'infezione; la proporzione dei pazienti colpiti può superare il 25% nei paesi in via di sviluppo. Negli ambienti ad alto rischio, come le unità di terapia intensiva, oltre un terzo dei pazienti può essere colpito” (Manuale per gli osservatori, OMS).

In Terapia Intensiva Generale (TIG) a Treviso nell'estate 2022 si sono verificati tre cluster di germi multiresistenti (MDRO).

1. Dal 3/05/2022 – 20/05/2022 (17 giorni): 8 CASI Klebsiella pneumoniae KPC (6 colonizzazioni + 2 infezioni)
 2. Dal 5/06/2022 – 28/06/2022 (23 giorni): 4 CASI Kl. pneumoniae OXA-48 (3 colonizzazioni + 1 infezione)
 3. Dal 27/07/2022 – 5/08/2022 (9 giorni): 5 CASI Klebsiella pneumoniae KPC (4 colonizzazioni + 1 infezione)
 Il totale delle nuove positività riscontrate in TIG dal 03/05 al 05/08/22 sono state 24 (1 KPC + Van A, 12 KPC, 6 Van A, 4 OXA-48, 1 VIM). Il totale dei contagi crociati è stato 13/24 (9 KPC + 4 OXA-48). Già dal primo episodio di infezione da MDRO è stato attivato il Servizio Aziendale Prevenzione Rischio Infettivo per ricostruire la sequenza delle positività. L'indagine epidemiologica svolta per il primo cluster di Klebsiella pneumoniae KPC ha individuato 2 casi indice. La positività è stata riscontrata grazie all'esecuzione del tampone rettale all'ingresso e alla sorveglianza eseguita a tutti i ricoverati. In seguito sono stati riscontrati altri sei casi di positività al tampone rettale per Klebsiella KPC in pazienti che inizialmente erano negativi. Dalla ricostruzione temporale e spaziale dei casi si ipotizza che la trasmissione sia avvenuta per contatto a seguito di pratiche assistenziali.

E' stata quindi applicata la procedura aziendale per la gestione dei pazienti portatori di germi multiresistenti raggruppando quelli con lo stesso agente infettivo, implementando le pulizie con prodotti a base di cloro (concentrazione 1000 ppm) e aumentando

la frequenza della sorveglianza mediante tampone rettale per ricerca dei germi sentinella. È stato inoltre coinvolto il servizio di Microbiologia per il sequenziamento dei ceppi isolati. Sono stati organizzati degli incontri con il personale per condividere i risultati dell'indagine epidemiologica e raccogliere esigenze e problematiche manifestate dagli stessi. Probabili cause dello sviluppo dei cluster infettivi: materiali e attrezzature, procedure e comportamenti, organizzazione e logistica, aderenza del personale alla corretta applicazione dell'igiene delle mani. Sono state effettuate prove microbiologiche ambientali risultate negative. Sono state effettuate delle osservazioni sul campo circa i comportamenti tenuti dagli operatori rispetto ai 5 momenti sull'igiene delle mani raccomandati dall'OMS. Il dato medio globale rilevato sull'adesione all'igiene delle mani è stato del 44,53% (medici 36,51%, infermieri 45,99%, oss 71,43%, consulenti esterni 28,21%). La letteratura raccomanda in terapia intensiva una compliance di almeno l'80% di adesione all'igiene delle mani. Le criticità riscontrate riguardavano: l'adesione all'igiene delle mani, l'utilizzo dei DPI e il rispetto della “bolla” del paziente.

Sono stati presi provvedimenti a livello logistico (facilità di accesso alla soluzione idroalcolica, segnaletica orizzontale per perimetrare la “bolla” del paziente e cartelli pulito/sporco sui presidi riutilizzabili). Sono stati risanati tutti gli ambienti della TIG eliminando presidi e farmaci non sanificabili. Sono state intraprese azioni migliorative rispetto all'allestimento del posto letto.

E' stato monitorato il rispetto del programma di screening con tamponi rettali di sorveglianza all'ingresso del paziente e la gestione dei contatti.

E' stato intrapreso un percorso di formazione rivolto al team multiprofessionale dal 13/07/2022 al 13/09/2022 con 5 incontri su igiene delle mani, corretto uso dei guanti e rispetto della bolla del paziente. Sono stati individuati dei “link nurse” (referenti per le infezioni) per il rischio infettivo, ovvero di infermieri all'interno dell'equipe che garantiscano un monitoraggio interno costante attraverso una progettazione condivisa. Questi ultimi sono stati ulteriormente formati rispetto al corretto utilizzo della scheda di osservazione rispetto all'adesione degli operatori all'igiene delle mani.

E' stato implementato uno schema operativo per la sanificazione dei presidi “Indicazioni per la Sanificazione Ambientale in Terapia Intensiva”.

A due mesi dalla prima osservazione sul campo, è stata effettuata un'ulteriore osservazione sul campo: la percentuale di adesione all'igiene delle mani era salita al 71%. E' stata effettuata un'ulteriore formazione al personale con Hand in Scan per valutare l'efficacia dell'igiene delle mani.

Ad ulteriori due mesi di distanza, è stata eseguita una terza osservazione per calcolare l'aderenza all'igiene delle mani che è risultata essere del 79% (medici 55%, infermieri 88%, oss 94%, consulenti esterni 62%).

Dalla fine del 3° cluster è stato riscontrato solo 1 caso di positività riconducibile a ICA su 15 nuove positività riscontrate.

Attualmente i link nurse eseguono il monitoraggio dell'adesione all'igiene mani ogni 3 mesi e si occupano della formazione sulla corretta esecuzione e applicazione dell'igiene delle mani a tutto il personale neoinserito. Nel mese di novembre 2022 è stato effettuato un primo monitoraggio sull'aderenza all'igiene delle mani anche presso la TI Cardiocirurgica e la TI Neurochirurgica, con risultati sovrapponibili a quelli rilevati inizialmente in TIG: media adesione igiene mani pari a circa il 50%. Sono stati individuati anche in queste due TI gli infermieri referenti per le infezioni, sono stati adeguatamente formati e responsabilizzati rispetto alla gestione e al governo delle infezioni. E' stato quindi avviato anche in queste due TI un percorso di formazione sull'igiene delle mani e sull'uso dei guanti con l'obiettivo di migliorare l'aderenza del personale alla pratica. A marzo 2023 è stata, quindi, avviata un'ulteriore osservazione post-formazione sull'aderenza del personale all'igiene delle mani. Anche qui il miglioramento è stato evidente con una percentuale media di adesione all'igiene della mani vicina all'80%, target raccomandato dall'OMS per le TI.

I referenti per le infezioni effettuano trimestralmente l'osservazione sull'aderenza all'igiene delle mani e si occupano della formazione dei neo-inseriti.

11:15 - 11:20

4833

REVISIONE DEL MODELLO ASSISTENZIALE IN TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA, SUBORDINATO ALLO SVILUPPO DI COMPETENZE SPECIALISTICHE

Pierangelo Simonelli.

Spedali Civili, Brescia - piersimon@inwind.it

Introduzione

La necessità di revisionare l'organizzazione assistenziale secondo nuovi modelli, deriva dalla consapevolezza che i bisogni tanto dei pazienti quanto dei professionisti dell'assistenza sono in costante evoluzione, anche in subordine ai frequenti mutamenti organizzativi, sociali ed aziendali. L'elevata complessità che caratterizza la terapia intensiva pediatrica (TIP) richiede inoltre l'acquisizione di competenze specialistiche, passando attraverso percorsi di formazione e aggiornamento costanti. Il personale assistenziale della TIP di Brescia è stato oggetto di elevato turnover infermieristico negli ultimi anni, fenomeno che si è sommato ad un ricambio del personale medico e gestionale. Partendo da un'analisi di contesto, è stata effettuata una revisione della letteratura, identificando i modelli compatibili con il nuovo assetto operativo. Attraverso l'applicazione dello strumento NCS (Nurse Competence Scale) è stato valutato il livello di competenza del personale operativo, tenendo in considerazione il background formativo e professionale.

Materiali e metodi

Il presente progetto si pone come obiettivi l'analisi, la descrizione e la revisione del modello assistenziale, al fine di adeguare l'organizzazione assistenziale al nuovo contesto. Per rispondere all'obiettivo prefissato è stato redatto un progetto costituito da diverse fasi:

- Composizione di un gruppo di lavoro (3 infermieri e 2 operatori di supporto).
- Analisi delle caratteristiche organizzative e valutazione del background formativo e professionale del personale operante presso la TIP.

- Revisione Sistematica della letteratura orientata all'identificazione dei modelli assistenziali già applicati in area critica.
- Analisi del modello di classificazione delle competenze elaborato da Patricia Benner.
- Valutazione del livello di competenza del personale assistenziale attraverso l'utilizzo della scala di autovalutazione denominata Nurse Competence Scale.
- Valutazione dei risultati ed elaborazione di un modello disegnato sulle caratteristiche organizzative e di dotazione organica della TIP dell'ASST Spedali Civili di Brescia.
- Sperimentazione del nuovo modello assistenziale per un tempo predefinito di 6 mesi.
- Valutazione dei risultati attraverso apposito questionario somministrato al personale assistenziale.
- Elaborazione di eventuali interventi correttivi.

Risultati

Revisione della Letteratura: la ricerca è stata effettuata consultando le maggiori riviste scientifiche e alcune banche dati, come PubMed e Cinahl. Sono state utilizzate le parole chiave "Nursing", "Intensive Care Unit", "Organization" associate all'utilizzo di operatori booleani. Non sono stati applicati filtri. La revisione della letteratura ha evidenziato 14 articoli pertinenti.

Nurse Competence Scale: la Nurse Competence Scale si struttura in due parti: la prima parte è costituita da 73 Items suddivisi in 7 sezioni; la seconda parte è costituita dai dati demografici, background formativo ed esperienza professionale. Il livello di competenza è stato valutato utilizzando una scala di Likert, assegnando punteggi da 0 (competenza assente) a 10 (massimo grado di competenza).

Il questionario di valutazione: le caratteristiche organizzative derivanti dall'implementazione del nuovo modello assistenziale sono cambiate in quanto l'assegnazione della routine lavorativa è stata definita in relazione alla competenza e al livello raggiunto. La valutazione assistenziale e la presa in carico del paziente sono definite "To Care" nella sua integrità e non più suddividendo per compiti alcune mansioni.

Per la valutazione del livello di competenza è stata somministrata la NCS al personale di assistenza (24 infermieri). Dopo un periodo prefissato di 20 giorni sono state raccolte 23 risposte (95.8%). L'analisi iniziale dei dati ha evidenziato un solo questionario compilato parzialmente. Attraverso l'analisi dei risultati della NCS, nella suddivisione del campione per classi di competenza, si è riscontrato che il 100% dei responder ha un livello di competenza intermedio. La sezione in cui gli infermieri si sentono maggiormente competenti è la quinta (interventi terapeutici), mentre la sezione che presenta maggiori criticità risulta invece essere la terza (competenze diagnostiche).

I risultati più bassi sono stati riscontrati nella gestione degli studenti e degli infermieri neo-assunti, soprattutto da parte di infermieri che lavorano in questo specifico contesto da meno di due anni. Tali infermieri segnalano inoltre bassa competenza nel "gestire complessivamente le situazioni che gli si presentano innanzi". Altri punti critici sono stati rilevati nei vari item riguardanti la parte educativa, relativa sia al piccolo paziente che al genitore dello stesso, la gestione dei bisogni psicologici del paziente e il lavoro in equipe.

I risultati derivanti dal questionario di valutazione fanno emergere ancora una discreta resistenza al cambiamento, in particolare per l'assegnazione di alcune attività, segnatamente per le procedure di carattere d'urgenza, in relazione alla parte assistenziale.

Conclusioni

Grazie ai risultati raccolti è stato possibile elaborare ed applicare un nuovo modello assistenziale, basato su competenze, ed il superamento del precedente modello caratterizzato da un'organizzazione prevalentemente fondata sull'assegnazione di compiti/attività assistenziali. È stato inoltre introdotto un modello di presa in carico del paziente ed è stato definito il percorso per la progressione dal livello di competenza "neofita" ad "esperto".

11:20 - 11:25

4736

L'ESPERIENZA DEI PAZIENTI COVID SOTTOPOSTI A CASCO CPAP

Letizia Fumagalli, Marta Villa, Agnese Carra, Denise Magri, Ilenia Mariconti, Stefania Napoli, Alberto Lucchini.

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori, Monza - letiziafumagalli3@gmail.com

Background e obiettivo

La Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) è una comune modalità di Ventilazione Non Invasiva (NIV) usata per il trattamento dell'insufficienza respiratoria acuta (ARF) in terapia intensiva. Durante la pandemia da COVID-19 la NIV ha progressivamente guadagnato un ruolo chiave anche fuori dalla Terapia Intensiva data la necessità di rispondere all'ampia richiesta di assistenza ventilatoria.

Nonostante migliori la sopravvivenza nei pazienti con insufficienza respiratoria acuta e riduca il tasso di intubazione, la NIV è associata a un alto tasso di fallimento dovuto, principalmente, al discomfort del paziente. Tra le interfacce per erogare la CPAP, lo scafandro risulta essere più tollerato e ha meno complicanze della maschera facciale. Il sistematico incremento nell'utilizzo del casco CPAP durante la pandemia ha permesso di approfondire diversi aspetti legati al suo trattamento, tra cui il vissuto dei pazienti. Lo scopo di questo studio è stato quello di esplorare e descrivere l'esperienza dei pazienti con insufficienza respiratoria da COVID-19 sottoposti a trattamento con casco CPAP.

Materiali e metodi

È stato adottato un approccio qualitativo descrittivo con dati raccolti attraverso interviste telefoniche guidate semi-strutturate. L'intervista prevedeva alcune domande a risposta dicotomica con eventuale scala numerica VAS associata e altre domande aperte in cui il paziente era libero di argomentare descrivendo il proprio vissuto e le proprie sensazioni. Per interpretare le interviste è stata utilizzata un'analisi qualitativa tramite un approccio di sintesi tematica.

Risultati

L'esperienza di ogni paziente è stata unica, ma alcuni elementi di discomfort sono risultati essere molto comuni tra cui il rumore, la sensazione di soffocamento e la sete. I temi chiave identificati in seguito all'analisi tematica sono stati l'intrappolamento, la confusione, la morte, il riconoscimento dell'utilità del trattamento e la resilienza.

Conclusioni

Dalla ricerca è emerso che, globalmente, il trattamento con casco CPAP ha generato un livello elevato di discomfort nei pazienti trattati con lo scafandro durante la pandemia da COVID-19. Nello specifico, il vissuto dei pazienti ha fornito una panoramica dei principali fattori di discomfort. Questo può rappresentare un punto di partenza per adottare misure correttive al fine di favorire una maggiore tolleranza allo scafandro e un conseguente successo terapeutico. Il rispetto dei punti dell'helmet bundle può contribuire a migliorare l'impatto di questa esperienza sui pazienti.

11:25 - 11:30

4759

L'INCIDENZA DELLE LESIONI DA PRESSIONE NEL PAZIENTE IN ERA COVID: STUDIO OSSERVAZIONALE RETROSPETTIVO IN UNA TERAPIA INTENSIVA RESPIRATORIA

Katia Ferrari, Marta Villa, Marco Maurella, Giulia Orizio, Filippo Reitano, Alberto Lucchini.

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori, Monza - katia.ferrari92@gmail.com

Background

Le persone ricoverate in terapia intensiva (TI) rappresentano una popolazione particolarmente esposta al rischio di sviluppare lesioni da pressione (LDP). Queste sono dovute a diversi fattori di rischio, quali: l'immobilizzazione a letto, l'uso di farmaci vasoattivi, sedativi e miorilassanti, che comportano alterazioni dello stato cognitivo e della percezione sensoriale, infine alterazioni del metabolismo. Durante la pandemia da COVID, un altro fattore di rischio è stata la pronazione, manovra necessaria per trattare l'ARDS. L'obiettivo dello studio è quello di indagare l'incidenza di LDP in soggetti ricoverati in TI con diagnosi di insufficienza respiratoria, confrontando pazienti affetti o non affetti da Virus Sars-Cov-2.

Materiali e metodi

Lo studio è di tipo osservazionale retrospettivo. I dati sono stati ricavati dalle note delle cartelle cliniche dal 1/09/2020 al 31/12/2022.

Risultati

Sono stati arruolati 208 pazienti, dei 301 ammessi in TI nel periodo di arruolamento. L'incidenza di LDP tra pazienti COVID e Non-COVID è stata simile, senza significative differenze statistiche. Le aree corporee maggiormente interessate sono: il volto (78), il torace (23) e sacro-glutei (88). I pazienti pronati hanno registrato una degenza in TI superiore ed un maggior utilizzo di farmaci vasoattivi. Le LDP nei pazienti pronati sono state: volto, torace, creste iliache, piatto tibiale e dorso del piede. L'analisi multivariata evidenzia come il non ricorso alla pronazione riduca il rischio di insorgenza di LDP e che l'aumento dei punti di SAPS aumenta il rischio di LDP. Gli altri fattori non sono statisticamente rilevanti.

Conclusioni

L'incidenza di LDP, nei pazienti ricoverati nella TI in cui è stato svolto lo studio, non mostra grosse differenze tra soggetti COVID e NonCOVID. I pazienti COVID non hanno avuto più LDP per la patologia in sé, ma per il carico di lavoro elevato e per il mismatch tra risorse disponibili e pazienti da trattare durante il periodo pandemico. Si conferma invece come i pazienti pronati abbiano una maggior incidenza di LDP.

11:35 - 11:40

4765

L'INFERMIERE E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE: STUDIO PILOTA E VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DI UN INTERVENTO EDUCATIVO SUL PRIMO SOCCORSO NEL TRATTAMENTO DI FERITE ED EMORRAGIE IN UNA COMUNITÀ SCOUT

Giuseppe Cantù

Università di Milano - cantu.giuseppe8@gmail.com

Introduzione

L'evento traumatico è la prima causa di morte nella popolazione sotto i 40 anni: è documentato che semplici manovre di primo soccorso, sono in grado di ridurre il numero di decessi e l'incidenza di invalidità grave nelle vittime di trauma. È importante che il maggior numero di persone riceva insegnamenti sulle manovre da compiere in attesa di soccorsi. Nelle attività all'aperto, come lo scoutismo, si è suscettibili a incidenti e bisogna essere pronti ad aiutare prestando i primi soccorsi ed attivando il Numero Unico Emergenza 112.

Scopo

Realizzare un intervento educativo, in una comunità scout, ove personale infermieristico abilitato al soccorso extra-ospedaliero possa trasmettere nozioni base necessarie a prestare il primo soccorso nel trattamento di ferite e sanguinamenti.

Materiale e metodi

Progettazione e realizzazione di un intervento educativo teorico-pratico sul primo soccorso a ferite e sanguinamenti, avente come

campione un gruppo di adolescenti di una comunità scout in provincia di Milano. È stato condotto uno studio pilota sul campione per valutare l'efficacia di tale intervento educativo mediante somministrazione di un questionario nella fase precedente la formazione e a distanza di tempo dalla avvenuta formazione. È stato coinvolto un infermiere esperto nel primo soccorso e nel campo dell'emergenza urgenza extra-ospedaliera.

Risultati

Mediante una serie di incontri programmati l'infermiere esperto ha tenuto delle lezioni teoriche. Si è realizzata una sessione pratica durante il campo estivo dove i discenti sono stati messi alla prova con simulazioni realistiche di situazioni di pericolo. I dati emersi dal questionario pre e post intervento evidenziano l'efficacia dell'intervento educativo.

Conclusioni

La presenza dell'infermiere esperto ha reso gli incontri coinvolgenti e interessanti agli occhi dei discenti, i risultati raggiunti confermano quanto la figura infermieristica rivesta un ruolo importante per la società anche in fase preventiva di educazione. L'obiettivo formativo è stato raggiunto nel trasmettere ai ragazzi le basi teorico-pratiche per il trattamento delle ferite e dei sanguinamenti.

Parole chiave

Health promotion; education health; emergency medical service; first aid; bleeding; hemorrhage; hemostatic techniques; medical education; stop the bleed; tourniquet; trauma first aid kit; hydrogen peroxide; wound healing; Baden Powell; Scout d'Europa.

11:40 - 11:45

4778

IL RUOLO DELL'INFERMIERE NEL NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO DI ARES 118 IN RISPOSTA AD EVENTI NBCR

Daniilo Casciani, D. Di Rienzo, C. Maroncelli, C. Lotti, L. Tesone, A. Da Fre, S. Innocenzi, M. Rinella, F. Federighi, A. Ientile.

ARES 118 - dcasciani@ares118.it

Introduzione

In caso di eventi NBCR (Nucleare-Biologico-Chimico-Radiologico), la più immediata azione di soccorso verso pazienti colpiti da agenti aggressivi è la decontaminazione sanitaria. Il team di decontaminazione (UNIDEC) è un team di risposta rapida a gestione infermieristica, coordinato da un infermiere esperto. Nel corso del 2022 è stata avviata un'importante riorganizzazione del modello di ARES 118 di risposta ad eventi NBCR.

Obiettivi

L'obiettivo principale del modello organizzativo di ARES 118 è di dotare ognuna delle nostre 3 Centrali Operative 118 (CORES) di strutture campali per la decontaminazione (UNIDEC), e di un adeguato numero di operatori (infermieri, medici e tecnici) opportunamente formati, allo scopo di assicurare la pronta disponibilità nelle 24 ore di un equipaggio completo in caso di maxiemergenza con pazienti contaminati da sostanze pericolose (HAZMAT-Hazard Materials).

Materiali e metodi

Per raggiungere tale obiettivo abbiamo formato presso la scuola NBC Interforze di Rieti (3 giornate) e presso il nucleo NBCR dei Vigili del Fuoco di Roma (2 giornate), 30 operatori ARES 118. Questi sono diventati i formatori dei nostri corsi UNIDEC con cui stiamo formando il resto del personale dell'azienda.

Il percorso formativo, essenzialmente pratico, si struttura in due giornate, per un totale di 16 ore di formazione ed ha come obiettivo l'apprendimento di una corretta procedura di decontaminazione sanitaria dei pazienti non deambulanti e con gravi lesioni in corso di evento NBCR. Da questa esperienza formativa si è sviluppato un innovativo modulo didattico relativo al trattamento sanitario del paziente contaminato in attesa di decontaminazione che prevede l'addestramento pratico in manovre ALS su paziente adulto e pediatrico del personale ARES 118 equipaggiato con tuta NBCR tipo 3, maschera a filtro e guanti in butile.

Risultati attesi

Con la formazione, l'infermiere addestrato acquisisce conoscenze riguardanti gli eventi non convenzionali: riconosce un evento NBCR, comprende le dinamiche che intercorrono con gli altri attori coinvolti nello scenario (Vigili del Fuoco e Forze dell'Ordine) e apprende le modalità di triage più appropriate. Conosce i dispositivi di protezione individuale necessari per la decontaminazione esercitandosi nella vestizione, nella svestizione e nell'esecuzione della procedura di decontaminazione (nonché nello svolgimento di attività sanitarie base e ALS). Conosce la corretta procedura di decontaminazione in tutte le sue fasi e acquisisce confidenza nelle dinamiche di team, approfondendo inoltre nuove modalità di comunicazione.

Agli attuali ritmi di formazione, è stimato che entro il 2023 ARES 118 disporrà di un numero sufficientemente numeroso di operatori UNIDEC per assicurare l'operatività UNIDEC h24, 365 giorni l'anno.

Conclusioni

Il modello organizzativo ARES 118 di risposta ad eventi NBCR, con la costituzione del team UNIDEC a gestione infermieristica, valorizza la professionalità dell'infermiere, team leader degli operatori addetti alla decontaminazione sanitaria in UNIDEC. Inoltre, la possibilità di eseguire complesse manovre sanitarie sul paziente contaminato in attesa di essere decontaminato, apre una nuova frontiera nella gestione degli eventi NBCR sia in sede extraospedaliera che intraospedaliera.

11:45 - 11:50

4782

LA GESTIONE INFERMIERISTICA DELL'IPERGLICEMIA ACUTA: UN ALGORITMO MODIFICATO PER I PAZIENTI CON SINDROME CORONARIA ACUTA (SCA)

Mario Mazza

Centro Cardiologico Monzino, Milano - Mario.mazza@cardiologicomonzino.it

Nei pazienti ricoverati in terapia intensiva con iperglicemia acuta è indicato un controllo della glicemia attraverso un trattamento con insulina in infusione. Uno stato di iperglicemia acuta si verifica frequentemente nei pazienti in condizioni critiche come, per esempio, in corso di SCA e si associa a una prognosi sfavorevole. Numerosi studi documentano, in differenti contesti di condizioni critiche, il vantaggio di un trattamento insulinico in infusione continua volto a controllare i valori glicemici elevati rispetto alla correzione con boli di insulina. I risultati di questi studi hanno stimolato una revisione critica del problema, nel tentativo di migliorare il compenso glicemico durante l'ospedalizzazione dei pazienti critici, con l'utilizzo di insulina per via endovenosa.

Al momento il controllo glicemico non prevede l'adozione di standard concordati ed è completamente a gestione medica. Si ritiene che, come molte esperienze internazionali e nazionali dimostrano, l'adozione di un protocollo a gestione medico-infermiere possa contribuire a migliorare gli esiti sul paziente oltre a garantire uno standard condiviso di omogeneità assistenziale e terapeutica e di verificabilità; migliorare i percorsi di acquisizione dei dati (glicemia; prescrizione; terapia) a tutela della salute dei pazienti; garantire uno standard di riferimento per le terapie prescritte per ridurre il rischio clinico.

Il protocollo di infusione di insulina è stato strutturato sulla base del protocollo di Yale, il primo comparso in letteratura e divenuto uno dei più diffusi e collaudati sistemi di controllo della glicemia a gestione interamente infermieristica.

Con l'utilizzo del protocollo di Yale si è arrivati a modificare lo stesso sulla base delle caratteristiche del paziente ricoverato per SCA con iperglicemia da stress che esso sia affetto da diabete o meno, definendo un Protocollo modificato denominato "Protocollo di Yale ACS".

Il Protocollo di Yale ACS si basa sulla rilevazione periodica dei valori glicemici e sulla regolazione della velocità di infusione dell'insulina sulla base di uno schema predefinito della variazione assoluta nella concentrazione del glucosio e della velocità di infusione di insulina in atto.

11:50 - 11:55

4783

NUTRIZIONE ENTERALE, RISTAGNO GASTRICO E VAP NEL PAZIENTE IN TERAPIA INTENSIVA: SONO DAVVERO CORRELATI TRA LORO?

Guglielmo Imbriaco

AUSL di Bologna - guglielmo.imbriaco.work@gmail.com

Introduzione

Il ristagno gastrico è abitualmente utilizzato come indicatore indiretto della tolleranza alla nutrizione enterale nelle persone assistite in terapia intensiva. Numerosi studi hanno associato il ristagno gastrico a un incremento del rischio di Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) nei pazienti sottoposti a ventilazione meccanica invasiva. Il timore del rischio di VAP, considerata una delle complicanze più gravi del ricovero intensivo, comporta spesso interruzioni della nutrizione enterale, riducendo il supporto nutrizionale. Nonostante l'ampia disponibilità di letteratura, i dati relativi alla rilevazione di una quantità di ristagno gastrico positivo risultano estremamente variabili. Alcune complicanze correlate a una gestione non ottimale della nutrizione enterale possono comportare un aggravamento degli esiti clinici e degli outcome sensibili alle cure infermieristiche.

Obiettivo

L'obiettivo di questa relazione è analizzare la letteratura disponibile sul tema, individuando elementi critici e promuovendo comportamenti di best practice inerenti la gestione della nutrizione enterale.

Metodo

Revisione critica della letteratura.

Risultati

I diversi studi analizzati hanno riportato ampia variabilità nella quantità di ristagno gastrico considerato positivo, e di conseguenza a rischio, variabili tra 150 e 500mL. Una delle principali azioni preventive che abitualmente viene attuata è rappresentata dalla riduzione o dalla sospensione della nutrizione enterale, per ridurre il rischio di vomito e inalazione ma comportando al contempo una drastica riduzione dell'apporto calorico e nutrizionale al paziente. I risultati di alcuni studi mostrano che la quantità di ristagno gastrico non è associata allo sviluppo di VAP.

Conclusioni

È indispensabile che gli infermieri siano consapevoli dei rischi connessi alla nutrizione enterale e di identificare precocemente situazioni di rischio. L'attuazione di semplici azioni preventive, come la postura o l'utilizzo di diverse tipologie di sonde gastriche, consente di ridurre le potenziali complicanze e di ottimizzare gli esiti.

11:55 - 12:00

4816

L'IMPATTO DELLA FORMAZIONE POST-BASE IN AMBITO DI EMERGENZA ED URGENZA

Luca D'Antonio, Massimiliano Di Biagio.

ARES 118 Lazio - luca.dantonio88@gmail.com

Introduzione

Con l'evolvere delle metodiche di formazione e con la settorializzazione degli studi post-base, vi è ad oggi l'esigenza di valutare l'impatto del "Coaching" e del "no Coaching" sull'insegnamento in ambito sanitario e sul livello ultimo di preparazione; in particolar modo per quanto concerne le professioni sanitarie, l'infermieristica su tutte, nell'ambito dell'emergenza-urgenza. Attraverso la ricerca si è puntato ad inquadrare la metodica di insegnamento andando a offrire in modo critico una visione sulla suddetta ed a valutare la fattibilità di inserimento in un mondo universitario e post-laurea che troppo spesso si ritrova incatenato a una realtà oramai superata e troppo spesso poco contestualizzata.

L'indagine ha avuto come obiettivo quello di valutare l'importanza di questo moderno meta-paradigma in un contesto di facilitazione verso il discente in ambito di formazione sanitaria.

Materiali e metodi

È stata condotta una revisione della letteratura di studi primari e secondari nel rispetto del PICOS Framework, riguardo l'efficacia degli interventi educativi svolti attraverso la metodica del coaching e del no coaching. Sono state consultate le banche dati Medline (Pubmed), Cochrane Database of Systematic Re-view, e Cinahl, da febbraio a maggio 2021 in modo retroattivo di dieci anni. I risultati sono stati sintetizzati con modalità narrativa.

Risultati

21 studi, di differente qualità metodologica e rischio bias, hanno rispettato i criteri di inclusione (più della metà dagli USA). In tutti gli studi si è evidenziata una notevole compliance da parte dei discenti delle due metodiche materia dello studio di ricerca; inoltre, alcuni studi evidenziano come siano inscindibili il coaching ed il no coaching, andando a sottolineare peraltro l'esser sequenziali per una corretta applicazione del metodo di formazione. La capacità di apprendimento, ma soprattutto quella di rispondere alle varianti durante il percorso, è risultata elevata.

Discussione

Bisogna sottolineare che in tutti gli articoli è emerso preponderante il concetto che, aprioristicamente dalle figure coinvolte, il discente alla fine del percorso risultava notevolmente migliorato per quanto concerne le "non technical skills". I discenti hanno sviluppato una valida capacità di resistenza e di resilienza, specialmente grazie alla capacità del coaching di lavorare sulla sfera umana nella gestione dell'autostima. Emerge preponderante la capacità adattativa maggiorata di rispondere alle varianti, la quale risulta uno degli elementi principalmente richiesti in ambito di emergenza urgenza.

Tutto ciò che viene evidenziato dallo studio di ricerca, trova le sue fondamenta in studi provenienti dall'estero; emerge quindi come elemento critico la provenienza degli studi, non solo per quanto concerne la parte geografica, fortemente ad appannaggio orientale e nord-americana, ma anche per quanto riguarda le figure professionali coinvolte. Risulta fortemente ridotta la componente infermieristica. Nei vari articoli la menzione al no coaching risulta estremamente ridotta; pertanto, la tesi mostra il fianco per quanto concerne la carenza di materiali di ricerca.

Conclusioni

In ambito sanitario, per quanto concerne gli ambiti di emergenza e urgenza di altre nazioni, la metodica del coaching e del no coaching ad oggi viene considerata una delle più eccellenti tecniche di formazione post-base. Proprio per questo la maggior parte dei più validi e avanzati sistemi sanitari mondiali, dopo averne riconosciuto il potenziale, si sono adoperati per introdurla all'interno dei propri percorsi di aggiornamento e di formazione post-base.

Parole chiave

Coaching; emergency education; medical education; faculty development; formative feedback.

Bibliografia

Artenstein AW, et al. Promoting high value inpatient care via a coaching model of structured, interdisciplinary team rounds. Br J Hosp Med (Lond) 2015 [consultato Gennaio 2021];76 (1):41-5.

Clay AS, et al. CaPOW! Using problem sets in a capstone course to improve fourth-year medical students' confidence in selfdirected learning. Acad Med 2017[consultato Gennaio 2021];92 (3):380-4.

Rego P, et al. Using a structured clinical coaching programme to improve clinical skills training and assessment, as well as teachers' and students' satisfaction. Med Teach 2009 [consultato Febbraio 2021];31 (12):586-95.

Sargeant J, et al. Facilitated reflective performance feedback: developing an evidence- and theory-based model that builds relationship, explores reactions and content, and coaches for performance change (R2C2). Acad Med 2015 [consultato Febbraio 2021];90 (12):1698-706.

Janes WCI, Silvey D, Dubrowski A. Are educators actually coaches? The implication of teaching and learning via simulation in education in healthcare professions. Muacevic A, Adler JR, eds. Cureus 2016 [consultato Febbraio 2021];8 (8): e734.

12:00 - 12:05

4853

RIFLESSIONE SULLE COMPETENZE AVANZATE SPECIALISTICHE IN AREA CRITICA PER LA PROGETTAZIONE DI UN MASTER

Claudia Casumaro

Azienda Osp.Universitaria di Padova - claudia.casumaro@unipd.it

Introduzione

Gli studi sul concetto di "competenza" hanno iniziato a svilupparsi tra gli anni '70 e '80 e hanno portato a cambiamenti nel mondo del lavoro, promuovendo la sostituzione del modello fordista caratterizzato da subordinazione e stabilità, con un approccio più globale e flessibile, in cui diventa centrale la performance come la capacità di gestione dell'incertezza attraverso l'assunzione di responsabilità e di maggior autonomia da parte del singolo lavoratore¹. L'approccio per competenze nel mondo delle professioni sanitarie si è sviluppato dagli anni '90 e ha significato porre al centro il professionista, valorizzare la sua esperienza e il suo percorso di apprendimento inteso come formazione continua². Si sono delineati quindi molti metodi e strumenti per mappare le competenze e valutarle^{3,4}. Tuttavia le strutture sanitarie impiegano tali metodologie nell'ambito del management delle risorse umane. In Italia, per quanto riguarda l'infermieristica, il percorso di ampliamento delle competenze è stato parallelo allo sviluppo giuridico e formativo della professione, i quali hanno permesso il conferimento di un maggior campo di responsabilità e autonomia sia in ambito clinico che organizzativo^{5,6}.

Il termine "competenza": competenza deriva dal verbo latino competere, "chiedere a qualcuno, dirigersi verso qualcosa" mentre l'aggettivo competente deriva dal suo corrispettivo competens che ha l'accezione giuridica di colui che è responsabile e qualificato ad esercitare un determinato ufficio in quanto in possesso di conoscenza, capacità ed esperienza. La lingua italiana traslittera il termine latino competenza e fa proprie tutte queste sfumature di significato sedimentate con l'evoluzione del linguaggio. L'essere competente sta indicare, in una visione più giuridica, l'idoneità e l'autorità di risolvere determinate questioni mentre da un punto di vista puramente professionale la piena capacità di orientarsi in un determinato campo. La psicologia del lavoro e il management propongono più di 160 definizioni, una tra quelle maggiormente condivise è quella proposta da Klemp nel 1980 e ripresa da Boyatzis afferma: "la competenza è una caratteristica intrinseca individuale causalmente collegata ad una performance efficace o superiore in un mansione o in una situazione che è misurata sulla base di un criterio predefinito"⁷. Nel 1993 Spencer & Spencer concettualizzano il modello ad iceberg nel quale si sedimentano ed emergono come elementi visibili abilità e nozioni sopra a parti sommerse quali motivazioni, tratti e immagine di sé proprie dell'individuo⁸. È interessante anche la dimensione temporale rappresentata da Boam e Sparrow nel 1996 che distingue le competenze in emergenti, mature, transitorie e permanenti⁹.

Aspetti normativi e deontologici

La legislatura italiana introduce il concetto di "competenza specialistica" nell'ambito infermieristico mediante la L.n. 43/2006, la quale enuncia come i professionisti si suddividono in base al loro grado di formazione definendo come "specialisti" coloro in possesso del master di primo livello. Nonostante ciò, la normativa per molti anni regola le competenze post-base solo in campo delle funzioni gestionali, vedi la funzione di coordinamento e il relativo master. Occorre attendere la L.n. 190/2014 per veder promosso le competenze specialistiche anche in ambito clinico. L'attuazione di un tangibile cambiamento avviene mediante il Contratto Collettivo Nazionale dei Lavoratori (CCNL) del comparto sanità 2016-2018 in quanto identifica la possibilità di conferimento degli "incarichi di funzione professionale" di "specialista" (in possesso del master di primo livello) ed "esperto" (in possesso di percorsi formativi complementari regionali), prevedendo la possibilità di recepire una retribuzione aggiuntiva. L'attuale CCNL del 2019-2021 rinforza la definizione degli incarichi di funzione professionale prevedendo una maggior graduazione del compenso economico in base ai criteri di bassa, media e elevata qualificazione degli incarichi conferiti. Il Codice Deontologico 2019 introduce il concetto che l'infermiere agisce sulla base del proprio livello di competenza e, se necessario, ricorre alla consulenza di infermieri esperti o specialisti.

Dati dalla letteratura

In Italia il dibattito sul tema della competenze cliniche specialistiche è emerso tardivamente per una serie di motivi: l'incertezza nel riconoscimento delle competenze, le criticità nella formazione e nella prassi, il difficile ricambio generazionale e i conflitti che da esso si generano, la mancanza di incentivi economici, il sovraccarico di lavoro, il divario tra teoria e prassi e l'iter normativo. Anche se alcuni di questi aspetti grazie alle recenti giurisprudenza si stanno definendo, è un processo ancora in essere e in alcune aree di Italia non ancora avviato¹⁰. In ambito internazionale l'American Nurse's Association definisce il Clinical Nurse Specialist (CNS) come un professionista che è educatore, consulente, ricercatore, agente di cambiamento, leader clinico e difensore del paziente all'interno della propria realtà lavorativa. I paesi dove il CNS è una realtà diffusa e affermata sono: Stati Uniti, Gran Bretagna, Canada e Nuova Zelanda. Alcuni paesi europei annoverano questa figura all'interno delle loro organizzazioni anche se in maniera meno pervasiva rispetto alle realtà anglosassoni. In molti studi è reso evidente come la presenza di un infermiere specialista nell'organizzazione possa essere un guadagno in termini di miglior livelli di salute dei pazienti nei setting intensivi¹¹ e diminuzione della durata della degenza¹².

Competenza specialistica: esperta o avanzata? Concettualmente la competenza specialistica può essere definita come esperta o avanzata. I professionisti esperti, di fronte a una situazione da affrontare, dimostrano buona capacità di inquadramento della stessa, riconoscendone analogie e differenze con esperienze pregresse e dimostrano buona capacità nell'affrontare una strategia operativa, ancorandola a soluzioni già sperimentate con successo¹³. I professionisti con competenza avanzata sono soggetti già esperti che affrontano le situazioni non solo utilizzando le proprie esperienze pregresse, ma anche identificando, progettando, negoziando e realizzando, anche in termini multi professionali, nuove strategie operative, quando quelle disponibili non sono sufficienti o convincenti.

La progettazione di un piano didattico basato sulle competenze specialistiche avanzate in area critica incrociando queste analisi si è individuato un pannello di competenze avanzate per l'infermiere specialista in area intensiva e dell'e-

mergenza, le cui caratteristiche sono quelle di non essere patrimonio di tutti i professionisti che lavorano in setting di cura intensivi e dell'area emergenza-urgenza ma solo di coloro che hanno sviluppato abilità cliniche attraverso una formazione post-base strutturata in teoria e training tracciato, necessari per l'acquisizione delle stesse. Le competenze specialistiche avanzate individuate sono oggetto del piano didattico del master in "Assistenza infermieristica in area intensiva e dell'emergenza" dell'Università degli studi di Padova:

- gestione avanzata delle vie aeree: intubazione con presidi sopraglottici, modalità di svezzamento dalla ventilazione meccanica e/o dalla Ventilazione Non Invasiva;
- gestione emodinamica avanzata: gestione di paziente con dispositivi di sostegno al circolo (VAD, ECMO, massaggiatore esterno, IABP);
- reperimento di accessi vascolari periferici per via ecografica;
- gestione della terapia renale sostitutiva in Terapia Intensiva;
- reperimento e gestione dell'accesso intraosseo;
- esecuzione di Eco-fast.

Dalla definizione di questo core competence, si è progettato il piano formativo composto da piano didattico e di tirocinio. Il piano didattico si divide in tre macro aree (area cardio-respiratoria, area specialistica, diritto e ricerca) ognuna delle quali comprende diversi moduli di insegnamento e ogni modulo è formulato secondo funzioni e/o sistemi corporei tipici del modello di valutazione clinica "ABCDE" e non secondo i tradizionali Settori Scientifico Disciplinari propri della disciplina medica. Tra i docenti, oltre a medici e infermieri esperti, si annoverano altri professionisti quali tecnico della perfusione cardiovascolare, tecnico di neurofisiopatologia, fisioterapista e dietista. È composto da 400 ore, di cui 100 di laboratori pratici ed esercitazioni, e mira all'acquisizione delle competenze avanzate di tipo trasversale. Il tirocinio si orienta alle competenze avanzate specialistiche tramite la possibile scelta di due percorsi, della durata ognuno di 200 ore:

- gestione avanzate delle vie aeree;
- gestione dell'emodinamica avanzata;
- tecniche di ecografia;
- gestione della terapia renale sostitutiva;
- gestione delle emergenze extra-ospedaliere e del trauma.

Questi percorsi ricalcano il core competence sopra descritto e coinvolgono le unità operative di area critica dell'Az.Osp.Univ. di Padova. Ognuno non equivale ad un setting assistenziale preciso, bensì all'acquisizione di una competenza che può avvenire in vari setting assistenziali che permettono allo studente di venire a contatto con diverse casistiche.

Bibliografia

1. Benadussi L, Molina S (2018). Le competenze. Una mappa per orientarsi. Bologna, Il Mulino
2. Conte A, Fiorani G (2015). Rendere conto ai cittadini. La gestione delle risorse umane in sanità: il modello di gestione per competenze
3. Sponton A et al. (2013). Mappare le competenze infermieristiche per lo sviluppo organizzativo: utilizzo della Nursing Competence Scale. Evidence, 5(4):1-5
4. Meretoja R, Isoaho H, Leino-Kilpi H. (2004). Journal of Advanced Nursing 47(2):124-133
5. Camera M, Mascolo MR (2012). Le competenze infermieristiche e ostetriche, metodi e strumenti per costruirle e comunicarle. Libreriauniversitaria.it
6. Pescatori E (2015). Le competenze essenziali in ambito sanitario: definizione di un modello di riferimento, Azienda Ulss 22 Regione Veneto
7. Boyatzis RE (1982). The competent manager: a model for effective performance. New York, Wiley
8. Spencer LM, Spencer SM (1993). Competenza nel lavoro. Milano, Franco Angeli Editore
9. Boam R, Sparrow P (1996). Disegnare competenze organizzative. Milano, Franco Angeli Editore
10. Caruso S, Pittella F, Ghizzardi G (2016). Che cosa ostacola l'implementazione di competenze specialistiche per l'infermiere? La prospettiva degli infermieri clinici: uno studio esplorativo e descrittivo. L'Infermiere, 53(2):29-38
11. Kelly DM et al. (2014). Impact of critical care nursing on 30-day mortality of mechanically ventilated older adults. Critical Care Medicine, 42(5):1089-95
12. Butler M et al. (2019). Hospital nurse staffing models and patient and staff-related outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews Intervention
13. FNOPI, Evoluzione delle competenze infermieristiche, 2015

12:05 - 12:10

4858

CONFIGURAZIONE IDEALE PER LA CPAP IN MASCHERA FACCIALE: UNO STUDIO FIOLOGICO SU VOLONTARI SANI

Giada Romeo, Stefano Arosio, Eros Baietti, Luca Baruffato, Davide Magni, Emanuele Rezoagli, Alberto Lucchini.

ASST dei Laghi, Varese - giadaromeo31@libero.it

Introduzione

Pur essendo largamente utilizzata, la modalità CPAP in maschera ha nel panorama poche raccomandazioni che ne definiscano il set-up ideale.

Obiettivo

Identificare su volontari sani come l'applicazione di un reservoir da 25 litri contribuisca a ridurre lo swing inspiratorio e verificare se vi sia la necessità di implementazione di un sistema di umidificazione attiva durante CPAP in maschera.

Materiali e metodi

Studio prospettico cross-over su 5 volontari sani. Sono state definite 3 fasi di raccolta dati nelle quali sono state rilevate temperatura, umidità relativa ed umidità assoluta in diversi punti del circuito respiratorio mediante l'utilizzo di due differenti configurazioni di maschera total face (IN/OUT ed Y), con e senza l'utilizzo del pallone reservoir e dell'umidificatore attivo. Sono stati inoltre rilevati frequenza respiratoria, tidal volume e swing pressioni per la valutazione dello sforzo inspiratorio.

Risultati

La pressione negativa inspiratoria media si è attestata a $-2,32 \pm 1,05$ cmH₂O in assenza di reservoir e a $-1,22 \pm 0,80$ cmH₂O in presenza del pallone. Con il reservoir lo swing di pressione è stato pari a $-1,21 \pm 0,74$ con la maschera IN/OUT e di $-1 \pm 0,86$ con la configurazione ad Y. In assenza del pallone lo swing è risultato essere pari a $-2,14 \pm 0,99$ con la maschera IN/OUT versus $-2,5 \pm 1,08$ con la maschera ad Y. Senza condizionamento dei gas medicali, la temperatura registrata è di $28,32^\circ\text{C} \pm 0,85$ con un'umidità assoluta (UA) di $8,09 \pm 5,36$ mg/L contro $30,31^\circ\text{C} \pm 2,33$ ed un'umidità assoluta di $14,29 \pm 8,54$ con l'umidificazione attiva. Nello step senza umidificatore l'UA è di $6,01 \pm 3,78$ mg/L con maschera IN/OUT e di $9,57 \pm 6$ mg/L con quella ad Y. Nello step con l'umidificatore si registrano un'UA di $20,72 \pm 4,22$ mg/L per l'assetto IN/OUT e di $21,47 \pm 5,02$ mg/L per l'assetto ad Y.

Conclusioni

Nei soggetti sani coinvolti nello studio il reservoir si è rivelato fondamentale per la riduzione dello swing inspiratorio. Senza condizionamento dei gas ispirati, i valori medi di umidità assoluta risultano lievemente inferiori ai 10 mg/Litro raccomandati. L'utilizzo di un umidificatore attivo con modalità NIV consente di aumentare l'umidità assoluta senza eccessivo sviluppo di condensa. La modalità con maschera IN/OUT, rimuovendo più CO₂, ha registrato valori inferiori di umidità nei vari step investigati.

12:10 - 12:15

4859

INCIDENZA E FATTORI DI RISCHIO PER LO SVILUPPO DI LESIONI DA PRESSIONE NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI AD ECMO

Giuseppe Ponzetta, Valentina Fiorica, Francesca Alongi, Barbara Lipani, Marta Villa, Veronica Vigo, Alberto Lucchini.

Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori, Monza - giuseppeponzetta@hotmail.it

Obiettivo

Lo scopo principale di questo elaborato è quello di indagare l'incidenza delle lesioni da pressione (LdP) in una popolazione di pazienti sottoposti a ECMO in una terapia intensiva polivalente, identificando le zone maggiormente esposte; l'obiettivo secondario è stato quello di valutare se la diagnosi di COVID-19 espone o meno ad un maggior rischio di sviluppo delle LdP.

Materiali e metodi

È stato condotto uno studio osservazionale retrospettivo. I dati sono stati raccolti in forma anonima dalle cartelle di ciascun paziente e poi sono stati inseriti in un database elettronico.

Risultati

Tra il 1° Gennaio 2012 e il 31 Agosto 2022, sono stati sottoposti a trattamento ECMO 232 pazienti. Di 132 pazienti i dati relativi alle LdP sono risultati incompleti o mancati e per questo sono stati esclusi. Sono stati inclusi i pazienti affetti da Covid-19. Il campione preso in esame comprende 100 pazienti, sia adulti che pediatrici; il 68% ha sviluppato almeno una LdP durante la degenza in Terapia Intensiva e ben il 44% è stato trattato per diagnosi di ARDS dovuta al Covid-19. La regione sacrale (48%) è sicuramente quella più interessata, seguita dal mento (17%), torace (16%), labbro inferiore (13%) e ginocchio (10%). L'analisi non ha mostrato una correlazione statisticamente significativa tra lo sviluppo delle lesioni e fattori come l'infezione da COVID-19. L'analisi multivariata ha evidenziato che i giorni di trattamento ECMO sono risultati un fattore determinante nello sviluppo delle lesioni da pressione mostrando un valore estimate (95% C.I.) $1,15$ ($1,04$ - $1,25$) (p value $\leq 0,0001$). È emerso inoltre che, per ogni punto di incremento del rapporto pO₂/FiO₂ prima dell'inizio del trattamento ECMO si riduce la probabilità di sviluppare LdP [Estimate : $-0,02$ ($-0,04$ - $-0,01$) (p value $0,009$)].

L'analisi non ha mostrato una correlazione statisticamente significativa tra lo sviluppo delle lesioni e fattori come l'infezione da COVID-19, la CRRT durante il trattamento ECMO, l'inserzione della cannula giugulare e la posizione prona durante l'ECMO.

Conclusioni

Il ruolo dell'infermiere esperto nell'assistenza di questi pazienti è fondamentale ma l'emergenza Covid-19 ci ha costretti a mettere in campo personale non formato in materia, rendendo difficile/impossibile l'attuazione di protocolli preventivi che comprendessero anche cicli di mobilitazione, fondamentali per ridurre la pressione a cui sono sottoposti i vari distretti corporei e minimizzare il rischio di sviluppo di LdP. L'incidenza rilevata è risultata alta poiché le problematiche che portano allo sviluppo delle LdP sono particolarmente legate alla gravità del paziente.

12:15 - 12:20

4866

INDAGINE CONOSCITIVA TRA GLI INFERMIERI DI PRONTO SOCCORSO DELL'AST 5 SULLA VALUTAZIONE E GESTIONE DELLA SEPSI NELL'ADULTO

Lorenza Stipa, Marida Andreucci.

Università Politecnica delle Marche - lori.stipa@gmail.com

Introduzione

La sepsi è una disfunzione d'organo pericolosa per la vita, causata da una risposta disregolata dell'ospite all'infezione, può portare allo shock settico dove profonde anomalie circolatorie metaboliche e cellulari si associano ad un rischio maggiore di mortalità. Esse sono patologie caratterizzate da un'alta incidenza e da un'elevata mortalità. Il riconoscimento e la risposta precoci da parte degli infermieri nei punti iniziali di cura supportano una rapida escalation del trattamento, riducendo al minimo il deterioramento del paziente e la morte. Obiettivo dello studio è quello di analizzare il livello di conoscenza degli infermieri circa la gestione della patologia in emergenza/urgenza, evidenziare la frequenza con la quale partecipano a corsi di aggiornamento e se di conseguenza vengono applicati strumenti per la prevenzione e il trattamento nella pratica clinica quotidiana.

Materiali e metodi

È stato condotto uno studio di tipo osservazionale, cross sectional, multicentrico, tramite la somministrazione di un questionario validato (Stamatakis P et al, 2014) ad un campione di infermieri afferenti alle UU.OO di Pronto Soccorso, Triage, Osservazione Temporanea degli S.O. di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto (Area Vasta 5). Il questionario è costituito da una sezione socio anagrafica, una sezione formativa sulla gestione tecnico-assistenziale infermieristica, e una sezione che valuta le conoscenze degli infermieri sulle caratteristiche cliniche della sepsi.

Risultati

Dall'analisi dei dati è emerso che la maggior parte dei partecipanti (94,4%), ritengono sia necessario avere una posizione più attiva nel team multidisciplinare, partecipando ai briefing di confronto con l'equipe medica. Solo il 43,7% del campione ha dichiarato di applicare nel quotidiano nuovi dati inerenti il trattamento della sepsi. Dall'analisi emerge inoltre che il 53,5% dei partecipanti ha dichiarato di non aver partecipato a nessun evento formativo circa la gestione della sepsi in emergenza-urgenza. Nella domanda "quale dei seguenti è/sono segni/sintomi presenti nella definizione di risposta infiammatoria sistemica" il 58% dei soggetti risponde "temperatura corporea >38°C o temperatura corporea e Globuli Bianchi 12.000/mm3.

Nella domanda che va ad indagare su quale segni aumentano il sospetto di un paziente in sepsi, il 66% del campione risponde "la caduta della pressione arteriosa media <70 mmHg. Le risposte corrette sull'importanza di elevati livelli di glucosio plasmatico e ferritina sierica risultano basse: 7% e 1%. L'87,3% degli infermieri sono in grado di riconoscere un paziente in shock settico nel caso in cui, al ripristino dell'ipotensione con fluidi, essa persista.

Ad oggi, per il riconoscimento della sepsi, si utilizza un sistema di valutazione per punteggio, purtroppo però il 47,9% del campione ha risposto di non utilizzarlo ed il 23, % dichiara di non esserne a conoscenza.

Discussione

Dallo studio si evince che gli infermieri possono identificare prontamente un paziente settico attraverso cambiamenti di temperatura, aumento o riduzione del numero di globuli bianchi, diminuzione della pressione sanguigna media e diminuzione del volume delle urine. Tuttavia solo il 32% il 25% del campione totale era consapevole dell'importanza della tachicardia e della tachipnea e ancora meno partecipanti, il 7% e il 1%, erano consapevoli del significato di alti livelli di glucosio plasmatico e ferritina nella sepsi. Dallo studio si evidenzia una carenza nell'utilizzo di sistemi di allerta rapidi/scale di valutazione che aiuterebbero l'infermiere a individuare precocemente quei pazienti a rischio (47,9% del campione afferma di non utilizzarli), una scarsa conoscenza circa i sistemi di screening e su quanto poco essi vengano sfruttati, suggerendo appunto una valutazione più dettagliata in fase di riconoscimento. Lo studio ha dimostrato inoltre una scarsa partecipazione da parte degli infermieri ad eventi formativi (il 53,2% dichiara di non aver mai partecipato). Ciò nonostante, il 97,2% è interessato a partecipare a lezioni/workshop/conferenze/seminari per approfondire il trattamento della sepsi, il che dimostra quanto questa malattia non sia sottovalutata ma, semplicemente, poco approfondita.

Conclusioni

Lo studio ha messo in luce la necessità di aumentare la formazione del personale organizzando corsi di aggiornamento riguardo la gestione della sepsi ed effettuare un approfondimento sull'utilizzo delle scale di valutazione utili ad uno screening precoce nelle prime fasi della malattia. È necessario evidenziare che questo studio si è concentrato su un setting ristretto alle UU.OO di Pronto Soccorso; un'ulteriore raccomandazione per ricerche future potrebbe essere quella di ampliare lo studio a tutti gli infermieri afferenti al Dipartimento di Emergenza al fine di uniformare la gestione assistenziale nel percorso territorio-ospedale.

Parole chiave

Sepsis, septic shock, nurse role, emergency department.

Bibliografia

Caironi G., Pinto F. (2021). Infermieristica in emergenza urgenza. editore Sorbona
Gavelli F., Castello LM., Avanzi GC. (2021). Gestione della sepsi e dello shock settico in pronto soccorso. Internal and Emergency Medicine 16, 1649-61.
Harley A. Johnston A.N.B., Denny K.J., Keijzers G., Crilly J., Massey D., (2019). Emergency nurses' knowledge and understanding of their role in recognising and responding to patients with sepsis: A qualitative study, International Emergency Nursing, Vol.43, 106-12.
Stamatakis P., et al. (2014). Knowledge regarding assessment of sepsis among Greek nurses. Journal of Infection Prevention

12:20 - 12:25

4918

VALUTAZIONE DELLA GLASGOW COMA SCALE (GCS) DA PARTE DEGLI OPERATORI SANITARI DEL SISTEMA DI EMERGENZA SANITARIA PREOSPEDALIERO DELLA REGIONE PIEMONTE: INDAGINE SUGLI ERRORI PREANALITICI E ANALITICI

Fabrizio Pignatta, Jacopo Maria Olagnero, Cristina Aguiari, Marco Pappalardo.

Città della salute e della scienza di Torino - fabrizio.pignatta@gmail.com

Background

L'obiettivo di questo studio prospettico osservazionale anonimo è stato quello di valutare il corretto uso, interpretazione e conoscenza della scala GCS da parte degli operatori sanitari EMS piemontesi (infermieri e medici). L'obiettivo finale dello studio è quello di progettare interventi formativi sulla base dei bisogni identificati e percepiti dagli operatori sanitari.

Materiali e metodi

Non essendo stato trovato in letteratura alcun questionario specifico all'esigenza di studio, è stato strutturato un questionario ad hoc organizzato in tre sezioni: una prima sezione composta da 7 domande che andava ad indagare le conoscenze teoriche su scala GCS; una seconda parte nella quale venivano presentati 3 casi clinici; una terza parte, in chiusura, in cui sono state proposte 4 domande sull'interesse educativo relativo al GCS. Lo strumento di indagine è stato approvato da un gruppo di esperti, medici e infermieri, ed è testato su un gruppo di 8 professionisti.

Risultati

Sono state raccolte complessivamente 359 risposte valide (257 infermieri e 102 medici), con un'aderenza complessiva allo studio del 45,91%. Gli operatori sanitari EMS hanno una lunga esperienza in area critica (18,14 ±9,7 anni). Sulle 10 domande cliniche relative alla conoscenza della scala GCS, è stata riscontrata un'incidenza di risposte errate del 40,11%, che risente significativamente di imprecisioni nella valutazione della "risposta motoria", che è stata indicata anche come la voce più difficile nella sezione di auto-valutazione. Rispetto alle domande teoriche, è stata calcolata una performance migliore nei casi clinici, con un'incidenza di errore del 16,71%.

Conclusione

Lo studio ha evidenziato la necessità di un intervento formativo per gli operatori sanitari EMS piemontesi che attualmente non possiedono tutte le nozioni utili ad evitare errori pre-analitici e analitici legati alla scala GCS; affrontare il gap dal punto di vista formativo avrebbe effetti positivi sulla gestione clinica e logistica del paziente.

Parole chiave

Glasgow Coma Scale, Servizi medici di emergenza, Trauma, Cure di emergenza, Cure di emergenza preospedaliere, Lesioni cerebrali, Istruzione.

12:25 - 12:30

4929

L'INFERMIERE GESTORE DEL PROCESSO ASSISTENZIALE (G.P.A) IN PRONTO SOCCORSO

Rodrigo Lopez, M. Laprocina, C. Sorriso, L. Bellandi, P. Pacenti, S. Zerini, M. Vanneschi, A. Palermo.

Az.Osp.Univ. di Siena - Rolp@me.com

Background

Un evento, tanto conosciuto quanto preoccupante negli ospedali, è l'iperafflusso di pazienti in Pronto Soccorso (PS). Questo fenomeno ha connotazioni critiche a livello internazionale, nazionale e locale. Il Ministero della Salute lo definisce come un fenomeno caratterizzato da un numero che supera il 91° percentile dei pazienti che mediamente si presentano per un tempo definito (calcolato sulla distribuzione degli accessi dei 12 mesi precedenti). In letteratura si utilizzano i termini "crowding" e "overcrowding" proprio per indicare questo fenomeno; il secondo è meno utilizzato per via della sua caratteristica ulteriormente negativa. Dalle analisi riportate nell'articolo di Gianni R. et al., in questi ultimi anni abbiamo assistito a una netta riduzione del numero degli ospedali, ma soprattutto a una diminuzione dei posti letto ospedalieri.

Obiettivo

Dimostrare che l'infermiere di processo in PS è una figura importante, che aiuta nella gestione del flusso dei pazienti e riducendo quindi il sovraffollamento.

Materiali e metodi

Sono state consultate tutte le pubblicazioni reperite su database quali Pubmed, Medline, Cinahl e la letteratura grigia, dal Gennaio 2019 a Dicembre 2020. Le ricerche sono state effettuate usando seguenti parole chiave, combinandole con gli operatori booleani "OR/AND": "nurse", "emergency", "overcrowding", "crowding". La rilevazione di dati comprende il periodo luglio 2019-ottobre 2022.

Discussione

Secondo uno studio condotto da Alborghetti et al. nel 2018 in merito all'infermiere di processo è stato affermato che non è necessario ridisegnare il layout strutturale dei PS o ridisegnare i percorsi, ma è fondamentale che i professionisti seguano allo stesso modo questo cambiamento al pari con l'organizzazione. L'infermiere di processo ha infatti il ruolo principale di saper gestire i tempi di attesa e il processo in sé, ma non solo, deve essere il tramite tra i diversi professionisti in modo da evitare ciò che finora abbiamo descritto, il crowding.

Conclusioni

L'elaborato si prefigge di mettere in luce uno dei problemi più frequenti negli ospedali, il sovraffollamento nei PS dei Dipartimenti di emergenza-accettazione e come la nuova figura dell'Infermiere GPA sia di fondamentale necessità affinché il paziente abbia le giuste cure nei giusti tempi. Il GPA infatti si occupa di gestire tutto quello che riguarda i trasferimenti, le urgenze, i posti letto, i ricoveri mentre l'infermiere di cellula, o postazione, si dedica esclusivamente alle cure del paziente, garantendogli una massima assistenza. Questa figura rappresenta l'evoluzione delle competenze professionali all'interno di un nuovo contesto.

12:30 - 12:35

4964

INTRODUZIONE DI UNA BROCHURE INFORMATIVA PER RIDURRE ANSIA E STRESS POST TRAUMATICO IN ICU

Simona Saddi, Melissa Farghali, Stefania Sabena, Agnese Fagnani.

Citta della salute e della scienza di Torino - missaddi@gmail.com

Introduzione

La realtà di una ICU (Unità di Terapia Intensiva) è molto complessa, a volte difficile da accettare per i familiari, poiché avere un proprio caro ricoverato in ICU spesso può disorientare e stravolgere la propria vita, partendo proprio dal setting in cui avviene il ricovero. Una buona comunicazione tra parenti e personale sanitario, può ridurre notevolmente il verificarsi di un disordine post-traumatico, depressione, ansia e l'insoddisfazione verso i sanitari. Il carico emotivo, che ha il familiare ogni qualvolta fa visita al proprio caro, può aumentare sempre più. La sofferenza nei familiari compare già dopo 3-5 giorni dall'ammissione in ICU, se non subito, e può rimanere presente fino a 5 anni dopo il ricovero. Per questo motivo la conoscenza di questo contesto e l'utilizzo di determinati mezzi e strumenti di comunicazione, permettono di non lasciarsi coinvolgere e sommergere dalla situazione difficile.

Obiettivo

L'obiettivo principale di questo intervento in una ICU del Piemonte è la creazione e l'introduzione di una brochure informativa da somministrare ai familiari e caregivers, dei parenti ricoverati in una neuroranimazione di un ospedale torinese allo scopo di ridurre gli effetti della sindrome post traumatica da stress, l'ansia e migliorare la comunicazione tra gli operatori e i caregivers. Tale intervento vorrebbe essere successivamente affiancato ad altre strategie comunicative raccomandate dalla letteratura analizzata.

Materiali e metodi

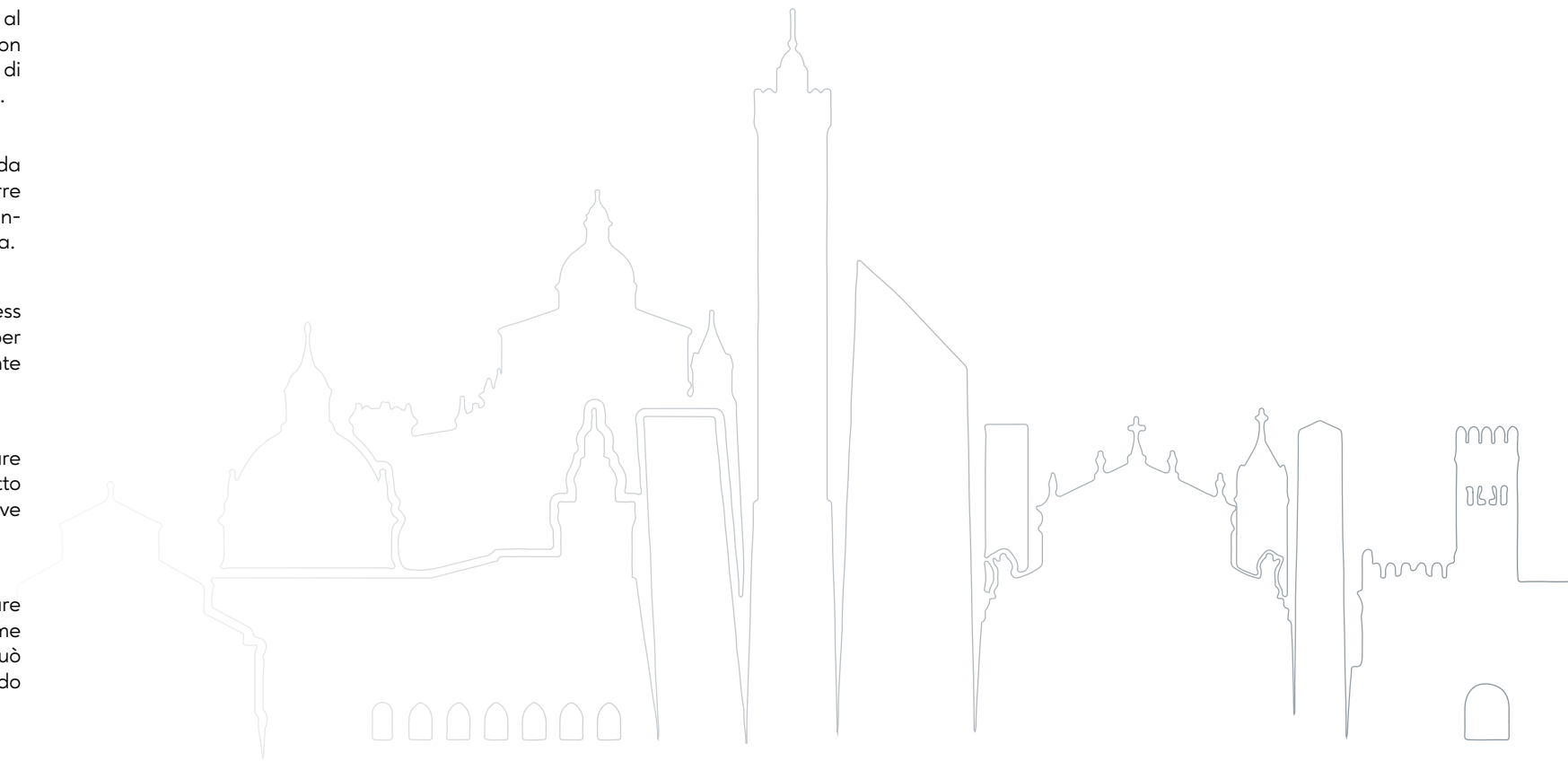
E' stata condotta una ricerca bibliografica con le parole chiave Communication strategies, ICU families, Post-traumatic stress disorder, Critically ill patients. La ricerca ha prodotto 13 risultati tra cui studi randomizzati e multicentrici, di cui 8 selezionati per l'attinenza con l'argomento specifico, pubblicati tra 2005 e 2020. Gli altri sono stati esclusi perché non pertinenti ed uno inerente all'età pediatrica.

Risultati

Gli studi presi in considerazione riportano delle prove di evidenza sull'efficacia della comunicazione tramite l'ausilio di brochure informative per ridurre la sindrome da stress post traumatica. In uno studio italiano RCT multicentrico pubblicato nel 2019, condotto da Intensiva 2.0 che ha coinvolto 300 ICU, si analizzano gli effetti nel prima e dopo l'introduzione di alcune strategie comunicative per migliorare la compliance con i familiari tra cui l'utilizzo di una brochure informativa per i familiari/caregivers.

Conclusioni

Dalla letteratura si evince che la comunicazione tra operatore ed i familiari incida molto sulla qualità di vita durante e dopo le cure intensive con sintomi d'ansia e depressione. Tutti gli studi dimostrano che grazie all'utilizzo di materiale informativo specifico, come brochure esplicative, siti internet, locandine/poster da inserire nelle sale d'attesa o nelle aree comuni, il caregiver e/o familiare può capire meglio il contesto in cui il suo caro si trova e questo può avere un impatto positivo sul suo stato emozionale, sviluppando sentimento di fiducia e compliance tra familiare e operatori sanitario.





P1

4729

LA GESTIONE DEL PAZIENTE TRAUMATIZZATO IN AMBIENTE EXTRA ED INTRA OSPEDALIERO: STUDIO PILOTA PER L'IMPLEMENTAZIONE DI UN APPLICATIVO UNIFICATO

Manuel Pinzi¹, Valentina Iannibelli², Elena Sembolon³, Simona Lucia Narcotino⁴, Anita Giannini⁵, Giaele Tilli⁶, Lorenzo Righi¹ - manuel.pinzi@hotmail.it

1 U.A. Centrale Operativa 118 Siena-Grosseto, Siena, Azienda USL Toscana Sud Est

2 Area Medica Ospedale di Campostaggia - Poggibonsi, Azienda USL Toscana Sud Est

3 U.O. Unità Spinale, Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi - Firenze

4 U.O. Nefrologia, dialisi e trapianto renale, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese

5 U.O. Pronto Soccorso Ospedale di Campostaggia - Poggibonsi, Azienda USL Toscana Sud Est

6 DEA Ospedale Santa Maria Annunziata - Bagno a Ripoli, Azienda USL Toscana Centro

Background

La frequenza e l'impatto dell'evento traumatico richiedono un tempestivo e mirato trattamento con l'obiettivo di ridurre la mortalità e gli esiti invalidanti associati alle lesioni che ne conseguono. Elementi fondamentali per la corretta gestione del paziente traumatizzato, sono rappresentati da una rapida valutazione primaria con simultanea identificazione e rianimazione delle condizioni pericolose per la sopravvivenza (American College of Surgeons, 2018). L'uso di un processo mnemonico standardizzato come l'AB-CDE, reso fruibile in forma digitalizzata e sotto forma di App, può migliorare l'aderenza e il flusso di lavoro durante l'approccio al trauma con l'aumentata possibilità di sopravvivenza per i pazienti gravemente feriti; da alcuni studi si evince come l'utilizzo di uno strumento digitalizzato migliori la gestione di alcune condizioni patologiche e faciliti gli strumenti di handover.

Metodi

Revisione di EBP dei principali approcci al trauma a livello nazionale e mondiale individuati prevalentemente all'interno dei seguenti manuali: ATLS® (Advanced Trauma Life Support), PTC® (Prehospital Trauma Care), ATCN® (Advanced trauma Care for Nurses), ITLS® (International Trauma Life Support), PHTLS® (Prehospital Trauma Life Support). Successivamente, è stato effettuato un cross referencing dei contenuti e quindi dei vari approcci al paziente traumatizzato.

Risultati

E' stato creato uno strumento unificato sotto forma di una flow chart costruita secondo il metodo mnemonico ABCDE da utilizzare come check list interattiva durante l'intervento, reale e/o in didattica e post intervento per ripercorrere il lavoro svolto, e la cui revisione finale nei vari passaggi e negli interventi attuati possa essere utilizzata per l'handover tra extra ed intraospedaliero o struttura specialistica verso cui il paziente traumatizzato sarà centralizzato e trattato.

Conclusioni

Le aspettative future ci portano a pensare che l'uso di un'App costituita da una flow chart interattiva, integrata ai vari algoritmi e processi mnemonici di handover, possa migliorare sia il lavoro di equipe di tutto il personale che agisce in condizione di emergenza, sia la riduzione dei near miss che si possono maggiormente presentare in situazioni di stress elevato, nonché facilitare il passaggio di consegne e la relativa presa in carico del paziente nel modo più immediato e completo possibile.

P2

4735

PRIMO SOCCORSO NEGLI INCIDENTI DI CACCIA: PROGETTO PILOTA TRA AUSL TOSCANA SUD EST E ATC 3 SIENA NORD

Francesco Radi, Marcello Montomali, Enrico Corsi, Stefano Dami, Lorenzo Righi, Michela Gronchi, Perla Azzurra Buonaccorsi, Enkeleda Dule, Giuseppe Panzardi.

Azienda USL Toscana Sud Est - f.radi93@libero.it

Introduzione

L'Ambito Territoriale di Caccia (ATC) è un'associazione pubblica per la programmazione dell'attività venatoria e la gestione della fauna selvatica su una porzione di territorio sub-provinciale. Nella Provincia di Siena sono presenti l'ATC 3 Siena Nord e l'ATC 8 Siena Sud. Nell'area dell'ATC 3, che si estende per oltre 222 mila ettari, sono presenti 54 squadre di caccia al cinghiale con 3032 cacciatori iscritti. Gli incidenti di caccia rappresentano un problema complesso, considerando l'ambiente impervio e l'aumento dell'età media dei cacciatori. Nonostante si sia registrata una diminuzione degli incidenti di caccia negli ultimi 5 anni, rimane prioritario compiere interventi atti ad aumentare le misure di sicurezza e condurre un efficace primo soccorso. Scopo del progetto è diffondere la cultura e le competenze tecniche del primo soccorso tramite formazione ad un gruppo di cacciatori.

Materiali e Metodi

Questo progetto si articola in 3 fasi.

- Fase 1 - collaborazione tra ATC 3 e l'UOC Centrale Operativa 118 Siena-Grosseto per l'effettuazione del corso di formazione teorico-pratico "BLS per soccorritori laici e primo soccorso outdoor" da parte di Medici e Infermieri dell'UOC. Il corso, della durata di 7 ore, ha coinvolto 2 membri per ognuna delle 54 squadre di caccia al cinghiale e si è svolto nel periodo Aprile-Maggio 2022. Sono state descritte le caratteristiche e finalità del Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale, l'attivazione dei soccorsi tramite il Numero Unico di Emergenza 112, i principali malori e traumatismi in ambito di Emergenza-Urgenza, esecuzione delle manovre laiche di Basic Life Support, gestione delle emorragie (applicazione tourniquet, garza emostatica, benda israeliana) e utilizzo del telo portaferiti.

- Fase 2 - individuazione dei Punti di Rendez-Vous (PRV) per il soccorso e produzione di cartelli identificativi con le coordinate per la geolocalizzazione.

- Fase 3 - distribuzione degli zaini di primo soccorso, cartellonistica e attestati di partecipazione al corso.

Ogni zaino, donato dall'ATC ad ogni squadra, contiene: tourniquet, benda israeliana, garza emostatica, garze sterili, disinfettante, guanti, forbici tagliavestiti, cerotto a nastro, telo termico.

Risultati

Nella prima edizione sono stati formati 110 cacciatori, distribuiti 54 zaini di primo soccorso, individuati 380 PRV. Un primo outcome pratico si è avuto l'11 Dicembre 2022: la C.O. 118 Siena-Grosseto è stata allertata tramite NUE 112 per un cacciatore caricato e morso da un cinghiale in due punti della parte mediale della coscia (con segni di sanguinamento arterioso) durante una battuta di caccia nei pressi di Montalcino. Prima dell'arrivo dell'ambulanza medicalizzata di Montalcino, alla persona erano già stati applicati un tourniquet e la benda israeliana presenti nello zaino di primo soccorso in dotazione alla squadra. Il ferito è stato stabilizzato dal personale sanitario ed è stato trasferito presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese tramite l'elisoccorso.

Conclusioni

La collaborazione tra enti e associazioni ha consentito il coordinamento dei soccorsi. La formazione attuata e la disponibilità di presidi di primo soccorso hanno reso possibile il proficuo intervento dei componenti della squadra di caccia, che hanno dimostrato autocontrollo, autoefficacia e competenza.

Prospettive future: oltre all'estensione del numero dei cacciatori formati, continuando con l'attività formativa, nelle prossime edizioni è prevista formazione BLS-D, con incentivi economici da parte di ATC 3 per le sue squadre di caccia per l'acquisto di defibrillatori semiautomatici.

P3

4768

LE ISTRUZIONI PRE-ARRIVO NELLE CHIAMATE DI EMERGENZA: IL VISSUTO DEGLI INFERMIERI DELLA CENTRALE OPERATIVA SIENA-GROSSETO

Anna Lisi, Francesco Radi, Lorenzo Righi.

IdealCoop Casa di Ottavina - anna.lisi.ita@gmail.com

Introduzione

Questo studio si pone l'obiettivo di indagare il vissuto emotivo ed esperienziale degli Infermieri di Centrale Operativa di Emergenza Sanitaria che, nel corso di una chiamata di emergenza, impartiscono telefonicamente le Istruzioni Pre-Arrivo (IPA) in modo tale da permettere agli astanti di effettuare le manovre salvavita (quali Rianimazione Cardio-Polmonare RCP e Manovra di Heimlich). Sono state analizzate le sensazioni che l'operatore sperimenta in queste situazioni nonostante non vi sia un contatto diretto con l'interlocutore, le tecniche per sviluppare l'efficacia della comunicazione e le eventuali difficoltà incontrate durante lo svolgimento di questo scenario.

Materiali e Metodi

Lo studio è stato realizzato attraverso un breve questionario finalizzato al reclutamento di soggetti idonei alla ricerca e un'intervista semi-strutturata volta a comprendere il vissuto esperienziale in un campione di convenienza di infermieri. Garantendo l'anonimato, l'intervista è stata audio registrata tramite smartphone e poi trascritta in modo da poter effettuare una migliore comprensione del vissuto. Sono state raccolte 10 interviste, in seguito analizzate secondo i principi dell'analisi tematica.

Risultati

Dalle interviste sono stati estrapolati sei temi: emozioni emerse durante il racconto, vissuto durante la chiamata, vissuto alla fine della chiamata, esito positivo delle IPA - punti di forza e utente, esito positivo delle IPA - punti di forza dell'infermiere, difficoltà incontrate.

Discussione e conclusione

Dai temi estrapolati, emerge che gli intervistati per la maggior parte si sono dimostrati complianti alle situazioni di forte stress emotivo; si trovano d'accordo sul fatto che un utente istruito ed un buon uso della dialettica migliori la performance. Entrare in contatto con l'interlocutore rende più facile la collaborazione, e l'esperienza fatta sul campo è più utile dei corsi specifici. Svolgere un defusing al termine di particolari situazioni vissute, aiuta a decomprimere lo stress e arricchisce il bagaglio esperienziale.

Parole chiave

infermiere, chiamata emergenza, vissuto, istruzioni pre-arrivo.

P 4

4780

CONTROLLO DELLE EMORRAGIE ESTERNE POST-TRAUMATICHE: ANALISI DESCRITTIVA TRA INFERMIERI DI EMERGENZA-URGENZA TOSCANI SULLA CAMPAGNA STOP THE BLEED

Lorenzo Caietti, Cinzia Garofalo, Silvia Cini, Roberto Maggi, Cristian Ramacciani Iseman, Lorenzo Righi.
Randstad Italia - caietti.lorenzo9@gmail.com

Introduzione

Le emorragie esterne, pur rappresentando una causa di morte prevenibile, sono responsabili nel mondo di oltre 5 milioni di decessi all'anno. Le conoscenze sulle metodiche di primo intervento restano però scarse tra la popolazione e l'American College of Surgeons ha proposto la campagna Stop the Bleed (STB), con l'obiettivo di educare professionisti e cittadini sulle tecniche di controllo delle emorragie. In Italia, solo in tempi recenti si è vista l'integrazione tra militari, civili e personale sanitario per diffondere le tecniche di base per il controllo delle emorragie. Per indagare le conoscenze dei professionisti ed evidenziare possibili aree di miglioramento, pertanto, è stato proposto questo studio.

Materiali e metodi

È stata predisposta una survey descrittiva per gli infermieri di emergenza-urgenza dell'Azienda USL Toscana sud est, con un questionario autocostruito composto da 16 domande a risposta chiusa, sulla campagna STB.

Risultati

La maggior parte del campione ha riferito di conoscere il protocollo STB ma un quinto del campione non ha mai sentito parlare dell'arresto delle emorragie in emergenza/urgenza durante il proprio percorso di studi; la maggior parte degli intervistati infatti è venuto in contatto con il protocollo STB solo in corsi di formazione continua o post-base. Circa un terzo degli infermieri ha avuto modo di utilizzare il protocollo STB, specialmente attraverso il Combat tourniquet. I partecipanti hanno ritenuto importante la predisposizione e la messa a disposizione di kit per il controllo delle emorragie esterne e la necessità di formare con il protocollo STB tutti gli operatori, anche laici, che operano nel territorio nell'ambito dell'emergenza-urgenza.

Discussione e conclusioni

Nei paesi anglosassoni si sono sviluppati programmi di formazione estesi STB già in età scolastica, anche con modalità educative a distanza e utilizzando manichini più realistici. Appaiono opportuni, pertanto, una diffusione della campagna STB già nei corsi universitari di base, nelle scuole superiori e nei gruppi più a rischio di emorragie esterne, una capillare messa a disposizione di kit salvavita e la predisposizione di un adeguato cruscotto di monitoraggio.

P 5

4785

LA VENTILAZIONE NON INVASIVA IN AMBITO EXTRA - OSPEDALIERO COME STRATEGIA PER PREVENIRE GLI ESITI NEGATIVI: UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA ED ANALISI DI UN CASO CLINICO

Carlo Chirizzi, Lorenzo Righi, Perla Azzurra Buonaccorsi.
Ospedale San Raffaele - carloschirizzi@gmail.com

Introduzione

La ventilazione non invasiva (NIV) risulta essere una terapia efficace per il trattamento delle insufficienze respiratorie in ambito pre-ospedaliero; in particolare, la modalità CPAP (Continuous positive airway pressure - Pressione positiva continua delle vie aeree) garantisce al paziente una pressione positiva di fine espirazione (PEEP), offrendo la possibilità di reclutare un maggior numero di alveoli e di migliorarne nettamente gli scambi respiratori. Negli scenari di emergenza, la CPAP è una metodica spesso utilizzata nei casi di difficoltà respiratoria acuta, spesso causata da edema polmonare acuto cardiogeno o da riacutizzazione di BPCO (broncopneumopatia cronica ostruttiva).

Obiettivi dello studio

L'obiettivo dello studio è quello di dimostrare come l'applicazione della ventilazione non invasiva in un contesto di emergenza extra - ospedaliera possa prevenire gli esiti negativi della difficoltà respiratoria acuta come l'intubazione endotracheale e le conseguenti complicanze.

Materiali e metodi

E' stata condotta una ricerca in letteratura tramite la consultazione di banche dati quali PubMed, Web of Science strategy nel periodo compreso tra il 1° giugno 2022 e il 31 ottobre 2022; i risultati sono stati riportati seguendo le linee guida Prisma.

Discussione

In questo studio sono stati selezionati ed analizzati 15 articoli; da questi è emerso come le modalità di ventilazione non invasiva, in particolare CPAP e BiPAP, siano la strategia da preferire per poter migliorare la compliance del paziente in insufficienza respiratoria acuta, riducendo notevolmente gli esiti negativi. A tal proposito è stato analizzato un caso clinico che si riferisce ad un evento critico riguardo un paziente in difficoltà respiratoria soccorso da un mezzo di soccorso avanzato con a bordo personale infermieristico, il quale grazie all'utilizzo del protocollo infermieristico "Difficoltà respiratoria" ha potuto applicare il sistema di ventilazione non invasiva in dotazione al servizio di emergenza urgenza 118 della Usl Toscana Sud Est e migliorare gli esiti post trattamento extraospedaliero.

Conclusioni

Sulla base di questa ricerca si può affermare che la ventilazione non invasiva (in modalità CPAP e BiPAP) rappresenta la modalità di ventilazione più sicura ed efficace in ambito pre-ospedaliero, avendo evidenziato il netto miglioramento dei parametri respiratori fisiologici (pH, lattati, PaCO₂, PaO₂, HCO₃⁻) dei pazienti che ne hanno beneficiato; è inoltre evidente come l'applicazione di CPAP possa tradursi in una riduzione marcata dei tassi di intubazione e delle giornate di degenza, andando a incidere sugli esiti assistenziali in termini di mortalità ospedaliera con una drastica riduzione delle infezioni nosocomiali come la VAP.

Parole chiave

Continuous Positive Airway Pressure, Respiratory Insufficiency, Respiratory Failure, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Pulmonary Edema.

P 6

4810

L'INTEGRAZIONE DELLE COMPETENZE GESTIONALI E PROFESSIONALI TRASVERSALI: ANALISI DELL'ESPERIENZA IN ICU AZIENDA USL TOSCANA SUD EST DURANTE LA PANDEMIA DA SARS_COVID19

Roberto Bindì, Sandroni Sara² roberto.bindi@uslsudest.toscana.it

¹ Rianimazione P.O. San Donato Arezzo, Azienda USL Toscana sud est

² Responsabile Rete Aziendale Infermieri Specialisti Lesioni Cutanee, Azienda USL Toscana sud est

Background

La pandemia da SARS-COVID19 ha comportato una riorganizzazione globale del management assistenziale all'interno dei setting ospedalieri con il preciso scopo di trattare, contenere ed assistere nel migliore dei modi un numero non pianificabile di assistiti affetti da una nuova patologia virale in assenza di percorsi ed esperienza diretta. Questo ha comportato una riorganizzazione radicale dei ruoli e delle funzioni del personale infermieristico anche impiegato in setting diversi e con profili di responsabilità diverse accentrandolo tutte le potenzialità disponibili nelle aree assistenziali potenzialmente bersaglio.

Metodi

Nella fase della riorganizzazione, nella vision di mantenere un elevato livello assistenziale, gestionale, tecnico, professionale con la mission di garantire appropriatezza e sicurezza, si è scelto di affiancare alla posizione di organizzazione gestionale un profilo professionale trasversale aziendale. Il mantenimento di questo assetto è stato confermato anche nella Fase 2 dell'evento pandemico. L'ICU del PO San Donato Arezzo si configura nel contesto della risposta all'emergenza COVID-19 come una realtà modulabile e flessibile in relazione agli scenari epidemiologici ed alla domanda di ricovero per pazienti con infezione da SARS-CoV-2.

Risultati

L'analisi preliminare ha espresso come l'attribuzione di competenze diverse alla posizione professionale nel setting accogliente, ha dimostrato come si è potuto strutturare una organizzazione efficace ed efficiente dei percorsi evoluta e variabile in base alla complessità.

Nello specifico, nel periodo di riferimento 4 marzo 2020 - 28 maggio 2020:

1. Totale assistiti: 111, COVID+ 67
2. Incremento dotazione organica personale infermieristico del 159%
3. Near Miss: 4
4. Presa in carico complessa di assistito maschio COVID+ per lesione da pressione sacrale, non stadiabile, area >50 cm², trattata in base a protocolli evoluti di applicazione di tecnologie avanzate non utilizzate, né applicate precedentemente (medicazioni bioattive ad alto impatto, TPNi a diversa tipologia di pressione e liquido instillato).
5. Pianificazione e esecuzione di formazione on the job per i neoassunti/neoinseriti con integrazione della posizione professionale come tutor per l'affiancamento in setting assistenziale.
6. Tasso mortalità: 16% (Benchmark Regioni Nord 50%).
7. Tasso infezioni: 26,61% (Benchmark Mondiale 16-30%).
8. Tasso infezione operatori: 0.
9. Costruzione percorso post trasferimento in area medica, riduzione dell'area della lesione cutanea <30 cm², abbattimento della carica microbica, miglioramento fondo della lesione secondo la classificazione TIME-WBP.

Conclusioni

Il processo di integrazione della doppia postazione gestionale con la professionale ha consentito:

1. il raggiungimento dei risultati espressi, dovuto al fatto che la doppia presenza ha garantito un miglior monitoraggio di tutti i processi;
2. la costruzione di un percorso clinico assistenziale complesso; la strutturazione di una nuova modalità organizzativa-assistenziale
3. l'incremento delle competenze professionali degli infermieri di setting, che sono stati affiancati dalla postazione professionale;
4. la progettazione di una linea di gestione binaria con pianificazione professionale per revisione delle istruzioni operative e attività di formazione strutturata con simulazione;
5. una maggiore integrazione nel Presidio Ospedaliero per attività di consulenza clinica da parte della Postazione Professionale essendo assegnata alla ICU.

Bibliografia

Yang X et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *Lancet Respir Med.* 2020 May;8(5):475-481.

P 7

4824

PROGETTO PILOTA PER IL MIGLIORAMENTO DEL MANAGMENT INFERMIERISTICO DEGLI ACCESSI CENTRALI A BREVE TERMINE NON TUNNELLIZZATI (CICC) ALL'INTERNO DEL ICU POLICLINICO SAN MARTINO

Carmen Mirabelli Badenier, Federico Aula.

Ospedale Policlinico San Martino, Genova - carmen.mirabellibadenier@hsanmartino.it

Background

L'impiego degli accessi venosi centrali a breve termine non tunnellizzati (CICC) è un aspetto di rilievo nella cura della maggior parte dei pazienti in terapia intensiva nelle strutture ospedaliere. Per questa ragione il ricorso a tali dispositivi è indispensabile per poter garantire al paziente in condizioni gravi, di ricevere le terapie necessarie per gli sforzi rianimatori. Tuttavia, se tali dispositivi non ricevono una gestione infermieristica adeguata, possono andare incontro a complicanze in alcuni casi anche gravi per il paziente, fino alla morte. Esiste, infatti, una percezione diffusa tra gli operatori sanitari che negli ultimi anni vi sia stato un incremento delle loro complicanze di gestione, con particolare riguardo alle infezioni.

Metodi

Trattasi di uno studio prospettico articolato in tre fasi consecutive. L'obiettivo è quello di analizzare se l'introduzione di bundle, creati ad hoc in materia di dressing della medicazione e di governo del device vascolare e della linea infusione, siano in grado di ridurre le complicanze legate ai CICC. Per la creazione dei bundle verrà condotta una indagine circa le conoscenze di soglia del personale infermieristico attraverso la somministrazione di un questionario.

Risultati attesi

Gli obiettivi attesi da questo progetto sono diversi:

1. riduzione delle complicanze legate all'utilizzo di questi device;
2. riduzione dei costi di gestione degli accessi vascolari;
3. aumento delle competenze del personale infermieristico in tema di governo dell'accesso vascolare.

P 8

4828

IL MONITORAGGIO DELL'ETCO2: UNA GESTIONE INFERMIERISTICA

Ylenia Ciapparelli, Stefano Valdrighi, Giorgio Ciccioli.

ASST-Ovest Milanese Legnano - ylenia1996@icloud.com

Introduzione

Il monitoraggio è un'attività che vede come protagonista la figura dell'infermiere, un ruolo che prevede un'alta responsabilità professionale. Nello specifico, si parla del monitoraggio dell'anidride carbonica di fine espirazione (EtCO2) che rileva la concentrazione di CO2 durante il ciclo respiratorio. Tale dato è considerato un gold standard per la verifica del corretto posizionamento dei presidi di mantenimento della pervietà delle vie aeree, per ottimizzare la ventilazione e per analizzare le condizioni di circolazione, ventilazione e metaboliche. Vi sono diversi studi medici che trattano del dato; tuttavia la figura dell'infermiere è sempre poco descritta. Lo scopo è quello di andare ad indagare nei pazienti ai quali viene erogata una ventilazione invasiva o meno, quale sia l'autonomia e la responsabilità dell'infermiere durante l'assistenza alla persona in ambito intra ed extraospedaliero.

Materiali e metodi

Si è condotta una ricerca bibliografica utilizzando la banca dati Pubmed e il motore di ricerca Google Scholar; il libro "Urgenze ed Emergenze" 2016 di Maurizio Chiaranda e la Guida al monitoraggio in Area Critica, di ANIARTI 2014. Sono state consultate riviste come SIMEU, Scenario®, British Journal of Nursing, Italian Journal of Emergency Medicine, Nurse Time, e linee guida quali AHA del 2010 e 2020, ERC 2021 e dell'American Association of Respiratory Care 2012.

Risultati

Per questo elaborato sono stati presi in considerazione un totale di 41 fonti, nella prima ne vengono citati 17, nei quali viene definito il ruolo fondamentale dell'infermiere identificandolo come figura responsabile del monitoraggio. Affermano che le abilità e le conoscenze dell'operatore portano ad un differente risultato di monitoraggio ed interpretazione del dato, e che gli strumenti utilizzati devono essere di qualità; difatti si parla di implementazione della capnografia, basandosi sul reperimento di buone attrezzature e buona conoscenza attraverso una formazione e aggiornamento continuo. Nella seconda parte, sono utilizzate un totale di 26 fonti nelle quali viene definito l'uso dell'EtCO2 in ambito extraospedaliero, domiciliare e intraospedaliero.

Discussione

Sul territorio, attraverso l'EtCO2, l'infermiere è in grado di riconoscere il corretto posizionamento del tubo endotracheale collaborando con il medico; è capace autonomamente di posizionare una maschera laringea o altri dispositivi non invasivi, valutare l'efficacia delle compressioni toraciche e la ripresa del ROSC. Durante il trasporto la rilevazione di CO2 permette di ottimizzare la ventilazione durante il tragitto e indica una dislocazione del presidio; permettendo un trasferimento in sicurezza. Si è parlato di

ventilazione domiciliare e telemedicina; si tratta di un monitoraggio a distanza fatto di colloqui cadenzati tra paziente/cargiver e infermiere, in grado di raccogliere e valutare i parametri vitali. In ospedale la rilevazione dell'EtCO2 fornisce in maniera opportuna dati relativi allo stato clinico della persona: permette di valutare gli improvvisi cambiamenti che portano l'operatore ad agire autonomamente o in collaborazione con le figure mediche. In tutti gli ambiti affrontati l'infermiere deve essere adeguatamente formato con continui aggiornamenti, che gli permettano l'utilizzo di strumenti e tecnologie di buona qualità e calibrati. I limiti di questo studio sono la mancanza di letteratura relativi all'EtCO2 applicata ai pazienti in respiro spontaneo, l'utilizzo inappropriato dello strumento a causa della scarsa istruzione e il malcontento del personale determinato dall'aumento del carico di lavoro.

Conclusioni

La capnometria e la capnografia sono risultate indispensabili durante l'assistenza ad un paziente critico sottoposto a ventilazione. L'infermiere è sempre in prima linea in tale attività; competenze, capacità, conoscenze e esperienze acquisite nel tempo di questo nuovo parametro vitale, permettono al professionista di valutare la persona nella sua complessità assistenziale e gestirne le criticità. L'AHA approva il dato in ambito di rianimazione cardiopolmonare; per tale motivo potrebbe essere un'attrezzatura indispensabile in tutti i carrelli d'urgenza. Per quanto riguarda la ventilazione non invasiva mancano studi che potrebbero implementare tale rilevazione, al fine di prevenire gli eventi avversi e garantire maggior sicurezza alla persona assistita e all'infermiere che lo assiste.

Parole chiave

Capnography and capnometry, vital signs, nurse and capnography.

Bibliografia

A cura di Giusti G.D., Benetton M. Guida al monitoraggio in Area Critica, ANIARTI; Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna, 2014.

Connor, N., McArthur, D., & Camargo Plazas, P. Reflections on vital sign measurement in nursing practice. *Nursing philosophy: an international journal for healthcare professionals* 2021. 22(1).

ERC – European Resuscitation Council linee guida (2021). Disponibile da: https://www.ircouncil.it/wp-content/uploads/2022/03/LG-ERC-2021_Capitolo-6_CircSpeciali.pdf [ultimo accesso: 11.12.2022]

NURSE TIMES. Capnometria e capnografia sono utili in ambito extraospedaliero? (2017). Disponibile da: <https://nursesnurses.org/capnometria-capnografia-utili-ambito-extraospedaliero/34001> [ultimo accesso: 12.12.2022]

AHA - American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. (2020) Disponibile da: https://cpr.heart.org/-/media/CPR-Files/CPR-Guidelines-Files/Highlights/Hghlghts_2020ECCGuidelines_Italian.pdf. [ultimo accesso: 12.12.2022]

P 9

4864

RCP IN ASSENZA DI GRAVITÀ: UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA

Francesca Luciani, Marida Andreucci.

Università Politecnica delle Marche - francesca96luciani@gmail.com

Introduzione

La NASA (National Aeronautics and Space Administration) e l'ESA (Agenzia Spaziale Europea) stanno preparando l'invio di astronauti sulla Luna (missione Artemis) per preparare l'umanità al suo prossimo passo ovvero l'invio di astronauti su Marte. Il viaggio durerà fino a nove mesi per ogni tratta, causando un estremo isolamento e, quindi, di conseguenza, una totale autonomia dell'equipaggio per quasi tre anni. Dato il ritardo nella trasmissione dei dati l'evacuazione e il supporto telemedico non saranno possibili/disponibili in caso di grave emergenza medica. Sebbene finora non siano stati segnalati arresti cardiaci, il rischio teorico che si verifichi un evento cardiaco o neurologico pericoloso in microgravità rimane, anche se è basso grazie al rigoroso screening e all'ampio addestramento degli astronauti. Il rischio di condizioni acute e pericolose per la vita aumenta anche con la durata della missione e la distanza dalla Terra. Diventa essenziale quindi l'insegnamento delle tecniche di primo soccorso allo staff aerospaziale (già obiettivo della Space Nursing Society) per la salvaguardia dello stato di salute della squadra. Ad oggi non è assolutamente possibile trascurare questi trattamenti poiché è bene ricordare che il ritorno presso un ospedale o presso una base operativa sulla Terra è impraticabile in breve tempo. Lo scopo dello studio è quello di sintetizzare gli studi disponibili relativamente ai metodi di rianimazione cardiopolmonare da mettere in pratica in ambiente di microgravità.

Materiali e metodi

È stata effettuata una revisione narrativa della letteratura degli studi primari indicizzati. Per la strategia di ricerca è stato interrogato il database MEDLINE (attraverso PubMed) e l'archivio full-text NIH/NLM (attraverso PubMed Central). Nella revisione sono stati inclusi tutti gli studi che riguardano le tecniche di rianimazione cardiopolmonare in ambiente aerospaziale, pubblicati in letteratura negli ultimi dieci anni. La ricerca è avvenuta attraverso la combinazione delle seguenti parole chiave: Cardiopulmonary resuscitation; space flight; weightlessness; weightlessness simulation e tali termini sono stati utilizzati sia per la ricerca libera che per termini MeSH, sia singolarmente che in combinazione con l'operatore booleano "AND".

Risultati

I 6 articoli eleggibili vanno ad indagare:

1. le diverse tecniche di rianimazione cardiopolmonare in microgravità in relazione alla qualità della rianimazione stessa;
2. l'efficacia del metodo MR (Mackaill-Russomano) CPR nell'erogazione della RCP in ipogravità simulata, sia in ambienti gravitazionali simulati sulla Luna che su Marte, per verificare se questo metodo sia in grado di raggiungere le linee guida del 2015 dello

UK Resuscitation Council;

3. le sfide della RCP in microgravità rivedendo, analizzando e valutando le evidenze scientifiche disponibili;
4. un dispositivo di compressione toracica automatizzato (ACCD) che fornisca compressioni toraciche (CT) di alta qualità durante la simulazione di condizioni di micro e ipergravità;
5. due nuovi metodi di RCP in microgravità ovvero Schmitz-Hinkelbein method e Cologne method;
6. l'ultimo studio va ad indagare l'efficacia e la fattibilità delle CT come parte della RCP secondo le attuali linee guida terrestri in condizioni di ipogravità come quelle che si incontrano sulle superfici planetarie o lunari.

Discussione

I risultati ottenuti mostrano miglioramenti in termini di qualità della RCP tramite metodo HS ed in alternativa metodo ER (due delle cinque nuove tecniche ideate e testate), RCP con e senza l'uso di bretelle per limitare la flessione del braccio per determinare se ciò influenzasse la qualità della RCP erogata, RCP in microgravità con stesura di nuove Linee Guida (che introducono l'implicazione di BLS, ALS, RCP, utilizzo del DAE, utilizzo di dispositivi sovraglottici di seconda generazione per la gestione delle vie aeree, accesso venoso periferico/intraosseo e somministrazione di farmaci) che costituiscono un quadro di riferimento per la definizione delle future priorità di ricerca nella medicina spaziale d'emergenza, erogazione continua di CT di alta qualità in condizioni di micro e ipergravità tramite l'uso di ACCD (Automated Chest Compression Device), metodi di RCP fattibili senza alcuna attrezzatura durante l'arresto cardiaco in microgravità (anche in uno scenario con un solo soccorritore), tecniche alternative per un minor sforzo fisico durante l'RCP in ipogravità.

Conclusioni

Ad oggi, non c'è stata ancora la possibilità di applicare le sopracitate tecniche e raccomandazioni nella pratica clinica, poiché non si sono realizzati eventi che ne richiedessero la messa in atto. Tuttavia, la possibilità che si verifichi un arresto cardiocircolatorio in ambiente aerospaziale è potenzialmente reale, visto anche l'incremento di domanda per i futuri voli turistici. Dalla revisione si evince che seppur la decisione di portare un carico supplementare come un ACCD non sia ovvia, esso consenta l'erogazione continua di CT di alta qualità anche in condizioni di microgravità e ipergravità (ad oggi è necessario cambiare il rianimatore più frequentemente di quanto consigliato dalle linee guida terrestri poiché vi è un affaticamento più rapido durante la rianimazione in microgravità). È urgente ampliare la ricerca per determinare la reale portata delle attuali limitazioni dei viaggi spaziali a lungo termine e sviluppare potenziali applicazioni e contromisure per l'esplorazione e la colonizzazione dello spazio profondo. I ricercatori devono sfruttare le tecnologie emergenti, come l'intelligenza artificiale, per far progredire la nostra capacità diagnostica e fornire cure mediche di alta qualità nell'ambiente spaziale. Sarebbe auspicabile, in un futuro prossimo, che parte delle risorse economiche a disposizione vengano investite per l'introduzione e la formazione della figura dell'infermiere aerospaziale che può aggregarsi alle nozioni più perspicaci della scienza tecnologica e dell'ingegneria per creare un team a sostegno dell'intera popolazione, sempre più bisognosa di maggior assistenza.

Bibliografia

- Schmitz, J., et al. (2022). Randomized Comparison of Two New Methods for Chest Compressions during CPR in Microgravity-A Manikin Study. *Journal of clinical medicine*, 11(3), 646.
- Braunecker, S., Douglas, B., Hinkelbein, J. (2015). Comparison of different techniques for in microgravity-a simple mathematic estimation of cardiopulmonary resuscitation quality for space environment. *The American journal of emergency medicine*, 33(7), 920-924.
- Mackaill, C., et al. (2018). A new method for the performance of external chest compressions during hypogravity simulation. *Life sciences in space research*, 18, 72-79.
- Hinkelbein, J., et al. (2020). Cardiopulmonary resuscitation (CPR) during spaceflight - a guideline for CPR in microgravity from the German Society of Aerospace Medicine (DGLRM) and the European Society of Aerospace Medicine Space Medicine Group (ESAM-SMG). *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 28(1), 108.
- Forti, A., van Veelen, M. J., Scquizzato, T., Dal Cappello, T., Palma, M., Strapazzon, G. (2022). Mechanical cardiopulmonary resuscitation in microgravity and hypergravity conditions: A manikin study during parabolic flight. *The American journal of emergency medicine*, 53, 54-58.
- Overbeek, R., Schmitz, J., Rehnberg, L., Benyoucef, Y., Dusse, F., Russomano, T., Hinkelbein, J. (2022). Effectiveness of CPR in Hypogravity Conditions-A Systematic Review. *Life (Basel, Switzerland)*, 12(12), 1958.
- Krittana Wong, C., et al. (2022). Human Health during Space Travel: State-of-the-Art Review. *Cells*, 12(1), 40

P 10

4865

L'EMOGASANALISI IN EMERGENZA PREOSPEDALIERA: UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA

Beatrice Marozzi, Marida Andreucci.

Università Politecnica delle Marche - bea99bea@yahoo.it

Introduzione

L'analisi point-of-care è sempre più applicata nella scena preospedaliera. Ottenere un elettrocardiogramma ed iniziare la trombolisi, è ormai una parte consolidata del trattamento preospedaliero nell'occlusione coronarica. Sempre più spesso l'ecografia e la tomografia computerizzata preospedaliera della testa e la conseguente trombolisi in caso di ictus, si sta sempre più avvicinando come modalità di trattamento. L'analisi preospedaliera dei campioni di sangue per parametri selezionati è già applicata in alcune circostanze, in particolare la misurazione della glicemia, ma anche della troponina ed del lattato. Tuttavia, l'emogasanalisi com-

pleta nei servizi preospedalieri richiede una configurazione più ampia di quella descritta in precedenza; è, quindi, una delle tante nuove iniziative che si aggiungono agli strumenti diagnostici preospedalieri. L'obiettivo dello studio è quello di revisionare gli studi pubblicati relativi al possibile implemento dell'emogasanalizzatore in emergenza pre-ospedaliera con l'intento di migliorare sensibilmente l'assistenza al paziente attraverso l'identificazione preventiva della patologia.

Materiali e metodi

È stata effettuata una revisione narrativa della letteratura degli studi primari indicizzati. Per la strategia di ricerca è stato interrogato il database Medline (attraverso PubMed e Cinahl) e Google Scholar. Sono state utilizzate le parole chiave Blood Gas Analysis, Emergency, Ambulance, Prehospital blood gas analysis, Diagnostic aids on the prehospital scene. Attraverso gli operatori booleani AND e OR i termini sono stati utilizzati sia per la ricerca libera che per termini MeSH, sia singolarmente che in combinazione. Sono stati inclusi nello studio tutti gli articoli che riguardavano il setting dell'emergenza preospedaliera e di pazienti sottoposti ad emogasanalisi.

Risultati

Dei 196 articoli eleggibili, 10 hanno rispettato le caratteristiche di inclusione. Dei dieci articoli selezionati, due trattano la capacità diagnostica circa l'esecuzione di un'emogasanalisi nell'unità mobile di emergenza; due analizzano l'accuratezza e le prestazioni di un emogasanalizzatore portatile, installato nelle unità mobili, messo a confronto con un dispositivo stazionario convalidato; due si limitano a valutare l'uso e la percezione dei servizi medici di emergenza in elicottero del Regno Unito, in relazione ad un eventuale inserimento di un emogasanalizzatore (ABG) in HEMS (Helicopter Emergency Medical Service); uno studio vuole approfondire le indicazioni e le conseguenze terapeutiche dell'inserimento di una linea arteriosa preospedaliera; uno esamina le misurazioni degli elettroliti durante il trasporto di emergenza, prima del ricovero in ospedale, con il sistema di analisi del sangue IRMA; gli ultimi due studi, invece, vanno ad indagare se le misurazioni dei gas nel sangue arterioso durante la rianimazione con shock preospedaliero forniscano informazioni utili sulla risposta emodinamica e l'eventuale possibilità della compensazione preospedaliera dell'acidosi grave, basandosi su diversi sistemi di monitoraggio.

Discussione

Dalla revisione è emerso l'essenzialità e la fattibilità dell'analisi dei gas del sangue in emergenza preospedaliera per una successiva terapia immediata ed accurata, riducendo ospedalizzazioni non necessarie e velocizzando terapie vitali. Nello studio condotto, sono emersi cambiamenti radicali là dove si è reso possibile l'implemento di un emogasanalizzatore nel preospedaliero, arrivando addirittura ad effettuare interventi terapeutici che non potrebbero essere effettuati nel caso in cui l'emogasanalizzatore non fosse stato disponibile in unità mobile.

Conclusioni

L'emergenza preospedaliera necessita di continui aggiornamenti in quanto è il primo approccio ad un paziente in potenziale pericolo di vita.

L'analisi preospedaliera di campioni di sangue per parametri selezionati è già applicata in alcune circostanze, ma l'emogasanalisi completa nei servizi preospedalieri richiede una configurazione più ampia.

Si auspica pertanto che in un futuro prossimo venga implementato l'ABG in emergenza preospedaliera in quanto il dispendio economico del dispositivo e di quello che concerne la sua applicazione nel setting oggetto di studio, diventerebbe un guadagno in termini di minor affluenza sia nelle unità operative di Pronto Soccorso che nei ricoveri ordinari, riducendo il tasso di ospedalizzazione ad aumentando notevolmente la qualità dell'assistenza ospedaliera percepita ed erogata.

P 11

4868

IL SETTING DELLA SALA OPERATORIA NELLA CHIRURGIA MAGGIORE DEL NEONATO ESTREMAMENTE PRETERMINE (ELBWI): L'ESPERIENZA DELLA CHIRURGIA PEDIATRICA DI NIGUARDA

Michele Stellabotte, Marcello Monteleone, Monica Capoferri, Marco Danelli, Alessandra Fornasieri, Giuseppe Bontorno, Paolo Stora, Luigi Montagnini, Marta Somaini, Francesco Macchini, Andrea Zanini, Carlo Ferrari, Stefano Mazzoleni.

ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda - michelestellabotte@gmail.com

I neonati prematuri che necessitano di trattamento chirurgico pongono due problemi principali: la criticità clinico-chirurgica e le difficoltà del trasporto in sala operatoria, con il rischio di dislocamento dei presidi (tubo endotracheale e cateteri vascolari) e le difficoltà di mantenimento della omeostasi. Tali condizioni determinano in alcuni casi la necessità di eseguire l'intervento al letto del paziente (bedside surgery). È però dimostrato un aumento di complicanze, soprattutto infettive, dopo interventi in terapia intensiva neonatale (TIN). Attualmente non ci sono delle raccomandazioni chiare sui pazienti candidabili alla bedside surgery in TIN oppure al trasporto in sala operatoria. Ciò che rende candidabile o no un bambino alla bedside surgery sono le sue condizioni. Infatti, instabilità emodinamica, dipendenza dalla ventilazione oscillatoria ad alta frequenza, ECMO, terapia con ossido nitrico inalatorio, sono controindicazioni relative al trasporto in sala operatoria del paziente.

Il presente lavoro analizza le peculiarità del trasporto e del setting della sala operatoria di un ELBWI (EG 28°, peso alla nascita 700 gr) affetto da Tertralogia di Fallot, sottoposto in seconda giornata di vita, a correzione di atresia esofagea con fistola tracheo-esofagea distale. L'intervento eseguito è stato la chiusura della fistola e l'anastomosi esofago-esofagea termino-terminale con accesso toracotomico. Prima dell'intervento l'equipe multidisciplinare composta da chirurghi, anestesisti, neonatologi ed infermieri si è riunita per planning preoperatorio su strategie terapeutiche, strumentazione operatoria e gestione anestesiológica. Il trasporto in sala operatoria è stato possibile date la stabilità emodinamica del neonato e la breve distanza dalla TIN: il paziente è arrivato nella pro-

pria culla intubato, collegato al ventilatore neonatale in Pressione Controllata a Volume Garantito (RR 45 atti/min PEEP 5 cmH₂O PIP 20 cmH₂O VT 7 ml FiO₂ 35%). Erano già in sede un accesso venoso periferico, un catetere ombelicale, sono stati posizionati in sala operatoria, un catetere vescicale 6 CH, il monitoraggio di NIRS e CO₂ transcutanea. Il trasporto non ha presentato criticità e l'intervento si è svolto in sicurezza.

L'intervento si è svolto posizionando il bambino nella sua incubatrice sul decubito laterale sinistro. Per prevenire l'ipotermia si è posizionato un materassino ad aria riscaldato ed è stato sfruttato il sistema automatico di riscaldamento dell'incubatrice che consiste di una lampada radiante ed un sensore cutaneo con un target di temperatura impostato a 37°. La temperatura ambientale della sala operatoria è stata impostata a 23°. L'intervento si è svolto con successo, senza complicanze nell'immediato post-operatorio e senza eventi avversi di alcun tipo (dislocazione dei presidi, ipotermia o eventi cardiorespiratori severi).

L'esperienza descritta evidenzia come una logistica favorevole e una adeguata pianificazione multidisciplinare rendano possibile eseguire con successo in sala operatoria procedure complesse anche su ELBWI quando trasportabili in sicurezza: indipendenza da ventilazione oscillatoria ad alta frequenza, ECMO o ossido nitrico inalatorio.

P 12

4870

PROGETTO FORMATIVO SCOMPENSO CARDIACO E MALATTIE RARE AD INTERESSAMENTO CARDIOLOGICO: NUOVO MODELLO OPERATIVO DI INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO CON STRUMENTI DI TELEMEDICINA

Roberta Sturaro, Clara Occhiena, Isabella Santomauro, Stefano Chirivì, Salvatore Di Gioia, Enrica Lonni, Patrizia Milazzotto, Diego Targhetta Dur, Alessandra Truffa Giachet, Walter Grosso Marra.

ASL Torino 4 - roberta.sturaro@unito.it

Introduzione

Il Piano Nazionale Esiti sottolinea come “una corretta gestione a livello territoriale dei pazienti con scompenso cardiaco, anche attraverso la definizione di protocolli adeguati alla gestione ambulatoriale, permetta di ridurre la progressione della patologia e di evitare il ricorso all'ospedalizzazione”. L'approccio alle malattie rare necessita di inclusione e condivisione dei percorsi diagnostico terapeutici con tutte le figure professionali. Tali percorsi spesso iniziano in ospedale o in fase di acuzie durante ricovero o presso gli ambulatori specialistici, ma spesso si dimentica che il momento della presa in carico della cronicità rappresenta uno step molto delicato, quasi più importante della fase acuta. Una gestione integrata tra medicina territoriale e ospedale può offrire un miglior percorso diagnostico-terapeutico nei pazienti con malattie rare cardiovascolari, riducendone le recidive di eventi acuti e quindi la necessità di ospedalizzazione. Di qui emerge la necessità di creare nuove reti di collaborazione tra le diverse figure impegnate nel trattamento di questi pazienti (lo specialista ospedaliero, l'infermiere dell'Area Critica Cardiologica o di reparto, l'infermiere dell'ambulatorio, l'infermiere di Famiglia e Comunità) col fine di portare l'ospedale a casa del paziente o presso la casa della salute di riferimento. In questo ambito, non possiamo non sfruttare le opportunità che le nuove tecnologie ci offrono nell'ambito della telemedicina. L'obiettivo sarà quello di creare una sinergia tra gli infermieri ospedalieri e quelli territoriali per poter garantire all'assistito una continuità delle cure evitando cure mancate o accessi inappropriati in ospedale.

Obiettivo

Il progetto vuole, attraverso un corso di formazione continua in medicina (ECM), far acquisire competenze efficaci di assistenza infermieristica della persona con scompenso cardiaco e malattie rare ad interesse cardiologico in ambito ospedaliero e territoriale per poi sperimentare il nuovo modello operativo nel territorio di Ivrea (TO).

Materiali e metodi

Il progetto formativo andrà da Aprile 2023 a Giugno 2023 con una durata complessiva di 88 ore nella quale anche i discenti saranno anche docenti. Le lezioni si svolgeranno con una modalità didattica di tipo frontale e laboratoriale. Ai discenti verrà presentata la fisiopatologia, l'eziologia e le strategie di intervento della gestione dello scompenso e delle malattie rare ad interesse cardiologico attraverso lezioni frontali. Successivamente nelle ore di laboratorio verranno loro presentati casi clinici nel quale potranno sperimentarsi attraverso simulazioni con quanto appreso durante le lezioni frontali. L'apprendimento e le competenze acquisite durante il laboratorio, saranno valutate al termine dello stesso attraverso un test finale.

Risultati attesi

Formare i professionisti sanitari in riferimento alla tematica trattata e migliorare la qualità dell'attuale presa in carico ospedale territorio di pazienti fragili e con una possibile evoluzione di instabilità emodinamica. Nello specifico gli obiettivi rivolti alle persone assistite saranno:

- migliorare la compliance alla politerapia;
- garantire un'aderenza terapeutica;
- verifica costante dello stato di salute e dei bisogni di cura;
- procedere alla titolazione farmacologica a domicilio;
- mantenimento o miglioramento dell'autonomia nelle ADL e IADL.

Conclusioni

L'elaborazione di questo progetto formativo vuole trattare una tematica rilevante all'interno del contesto eporediese, territoriale e ospedaliero. L'obiettivo sarà il miglioramento della qualità assistenziale rispetto alla presa in carico di persone assistite fragili con scompenso cardiaco e/o malattie rare a interesse cardiologico. Il progetto formativo permetterà di acquisire competenze e conoscenze per la presa in carico territoriale e ospedaliera dell'assistito in ambito cardiologico, area critica e di telemedicina.

Parole chiave

Infermieristica; Scompenso Cardiaco; Formazione; Heart Failure; Nursing.

Bibliografia

1. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure
2. Dati Piano Nazionale Esiti AGENAS Disponibile su: https://pne.agenas.it/main/doc/Report_PNE_2022.pdf [citato il 07 Giugno 2023]

P 13

4872

“TELEHEART” PERCORSO ASSISTENZIALE DELLO SCOMPENSO CARDIACO E DELLE MALATTIE RARE A INTERESSAMENTO CARDIOLOGICO: STUDIO PILOTA QUASI-SPERIMENTALE

Roberta Sturaro, Clara Occhiena, Isabella Santomauro, Stefano Chirivì, Alessandro Girardi, Enrica Lonni, Patrizia Milazzotto, Diego Targhetta Dur, Alessandra Truffa Giachet, Walter Grosso Marra.

ASL Torino 4 - roberta.sturaro@unito.it

Introduzione

Il ricorso all'assistenza sanitaria ospedaliera nei pazienti affetti da patologie croniche è elevato e comporta un onore significativo per il Sistema Sanitario Nazionale. Durante la pandemia Covid-19, ci si è resi conto della necessità di rivedere il modello assistenziale: passare da un modello “face to face” ad un modello che possa prevedere l'uso della tecnologia come strumento di promozione del self-care a distanza. Si tratta quindi di muovere le prestazioni anziché muovere le persone. L'ambito cardiologico è stato il setting più esplorato per la realizzazione di modelli assistenziali innovativi caratterizzati da sistemi di teleassistenza. Riconoscere precocemente eventuali complicanze e/o segni di instabilità clinica della persona, favorire un supporto assistenziale anche a distanza, il counselling, l'educazione al self care diviene cruciale nell'assistenza della persona con scompenso cardiaco sul territorio. Data la prevalenza di persone assistite affette da malattie cardiache diventa necessario creare una sinergia tra ospedale e territorio per gestire le persone affette da scompenso cardiaco e/o malattie rare ad interessamento cardiologico per ridurre le frequenti ospedalizzazione e/o riacutizzazioni della patologia. Alla luce di queste considerazioni, verrà condotto uno studio pilota quasi-sperimentale avente come setting di riferimento il territorio di Ivrea afferente all'Azienda Sanitaria Locale Torino 4 (ASL TO4).

Obiettivo

L'obiettivo di questo studio pilota è di favorire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio con una presa in carico dell'infermiere di famiglia e comunità sul territorio e l'utilizzo della telemedicina, per migliorare la qualità di vita degli assistiti e la qualità di assistenza fornita.

Materiali e metodi

Il protocollo di ricerca è stato redatto e approvato dal Comitato Etico. Verrà condotto un disegno di studio pilota quasi-sperimentale, pre-test/post-test non randomizzato, monocentrico, prospettico, presso il territorio afferente all'Azienda Sanitaria Locale Torino 4. La popolazione individuata sarà composta da assistiti dimessi dalla S. C. Cardiologia di Ivrea con evento acuto per scompenso cardiaco o malattia rara ad interessamento cardiologico dell'ASL TO4 Ivrea. Per il reclutamento del campione sarà attuato un campionamento probabilistico di convenienza e la dimensione campionaria è di 15 persone. Ai soggetti del campione sarà fornita una presa in carico infermieristica e medica con l'uso della telemedicina. Saranno espletati i seguenti interventi: televisita, teleassistenza, telemonitoraggio e telecontrollo, teleconsulto.

Risultati attesi

I risultati attesi dello studio saranno i seguenti: aumento dell'aderenza e compliance terapeutica; riduzione di accessi ambulatoriali e ricoveri ospedalieri per scompenso cardiaco; accesso inappropriati nei servizi di Emergenza-Urgenza.

Conclusioni

Questo studio verrà condotto mantenendo una coerenza e aderenza con i tre concetti fondamentali sui quali si fonda: l'importanza dell'integrazione ospedale-territorio dall'acuzie in terapia intensiva al rientro al domicilio, l'importanza del caregiver nel prendersi in carico un parente affetto da scompenso cardiaco e/o malattie rare ad interesse cardiologico e le qualità del Tele Nursing e della Telemedicina come strumento di supporto e non sostitutivo alla relazione d'aiuto.

Parole chiave

Infermieristica; Scompenso Cardiaco; Continuità Assistenziale; Heart Failure; Nursing.

Bibliografia

- McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Baumbach A, Böhm M, Burri H, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*. 2021;42(36):3599–726.
- Ades PA, Keteyian SJ, Balady GJ, Houston-Miller N, Kitzman DW, Mancini DM, et al. Cardiac Rehabilitation Exercise and Self-Care for Chronic Heart Failure. *JACC: Heart Failure*. 2013;1(6):540–7.
- Inglis SC, Clark RA, Dierckx R, Prieto-Merino D, Cleland JGF. Structured telephone support or non-invasive telemonitoring for patients with heart failure. *Heart*. 2017;103(4):255–7.

P 14

4874

ANALISI DEI FLUSSI DI ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO: STUDIO OSSERVAZIONALE RETROSPETTIVO DEI DATI DI ACCESSO PRESSO IL DEA DI I LIVELLO DEL PRESIDIO OSPEDALIERO SS. TRINITÀ DI BORGOMANERO (NO)

Isabella Santomauro, Silvia Caristia, Laura Ferraris, Alberto Dal Molin, Fabrizio Faggiano.

ASL Torino 4 - isabella.santomauro@uniupo.it

Introduzione

Il ricorso improprio al servizio ospedaliero è un fattore predominante e contribuente al sovraffollamento nei Dipartimenti di Emergenza. Dalla letteratura emerge indirettamente la fragilità capillare della rete territoriale in cui vi è una difficoltà a rispondere a una preponderante domanda clinico-assistenziale da parte di una popolazione sempre più longeva. L'implementazione e lo sviluppo dell'Infermiere di Famiglia e Comunità (IfFeC) affiancata da una rete territoriale integrata di servizi, potrebbe portare a una minore pressione dei servizi ospedalieri e ad una maggiore appropriatezza all'uso dei Dipartimenti di Emergenza. Alla luce di queste considerazioni, è stato condotto uno studio osservazionale retrospettivo dei dati di accesso presso il Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) di I livello del P.O. di Borgomanero (NO).

Obiettivo

L'obiettivo dello studio è stimare l'impatto dell'implementazione della figura dell'IfFeC nelle Case della Comunità nella riduzione degli accessi impropri nei DEA. Nello specifico:

1. descrivere il flusso di popolazione afferente al Dipartimento di Emergenza del P.O. di Borgomanero (NO);
2. esplorare il numero di accessi differibili e non differibili in DEA;
3. ipotizzare quali accessi sarebbero stati prevenibili con una presa in carico dell'IfFeC in collaborazione con il personale e i servizi offerti dalla Casa della Comunità.

Materiali e metodi

Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico Interaziendale di Novara. Dal database aziendale Med Track, che registra tutti gli accessi al DEA, sono stati estratti e analizzati dati relativi agli accessi e agli utenti dal 1° gennaio 2022 al 31° dicembre 2022. Lo studio è stato strutturato in tre fasi:

Fase I: analisi descrittiva dei dati anagrafici e clinici relativi all'ammissione e alla dimissione dei pazienti che hanno avuto accesso al DEA nel periodo considerato;

Fase II: individuazione di una popolazione di accessi potenzialmente prevenibile attraverso l'IfFeC operante nelle Case della Comunità;

Fase III: dalla popolazione eleggibile, secondo criteri definiti in fase II, è stato estratto un campione casuale stratificato di mille accessi e valutato in maniera indipendente da due revisori esperti in Infermieristica di Comunità, al fine di identificare tra gli accessi differibili (ovvero gli accessi classificati come non urgenti, di minore urgenza e differibili corrispondenti ai codici colore di triage bianco, verde e azzurro) quelli che sarebbero stati prevenuti dirottando l'utenza presso il servizio dell'IfFeC nelle Case della Comunità.

Risultati

Il DEA del P.O. di Borgomanero (NO) ha registrato durante l'anno 2022 un flusso pari a 43.437 accessi totali con il passaggio di 39.089 persone. Gli accessi non differibili (codici triage arancione e rosso) sono stati l'8,23%, mentre il 91,77% sono stati accessi differibili, di cui il 74,6% sono stati codici verdi. L'88,9% degli accessi ha avuto una valutazione di triage e dimissione concorde (i codici colore del triage sono stati confermati alle dimissioni, K di Cohen 0,812 p<0,0001). I codici bianco al triage sono stati quelli che sono cambiati maggiormente alle dimissioni diventando per lo più verdi (22,6%), ma non cambiando grado di urgenza (appena l'1% dei codici bianco e verde e il 4% degli azzurri alle dimissioni sono stati trasformati in codici urgenti, ovvero arancione e/o rosso). Dall'analisi dei sintomi, del problema principale di accesso e della presenza di patologie pregresse dell'utente, è stata estratta una popolazione di accessi potenzialmente prevenibili dall'IfFeC di 24.797 accessi avvenuta nelle ore diurne in giorni feriali, ovvero in momenti di attività dei servizi di cura primaria. Il campione casuale estratto, stratificato per età e codice colore al triage (bianco, verde e azzurro), è stato analizzato per la valutazione degli accessi prevenibili. Il processo di valutazione in cieco ha individuato 731 accessi su 1000 (ipoteticamente) prevenibili con la figura dell'IfFeC nella Casa della Comunità. Gli accessi riguardano per lo più adulti (14-69 anni) e bambini 4 (0-14) con sintomatologia febbrile, traumi minori, sintomi oculistici, sintomi ORL, sintomi urologici, dolori muscolo-scheletrici, diabetici e ipertensione in soggetti ipertesi noti.

Conclusioni

I risultati ottenuti dallo studio indicano come la maggior parte degli accessi presso il DEA nell'anno 2022 siano stati codici differibili. Questo potrebbe essere sintomatico di una mancanza di servizi integrati di cure attive sul territorio che lavorino anche in modo proattivo. Secondo i risultati dello studio, un'implementazione dell'IfFeC con ruolo di orientamento ai servizi e di costruttore di reti, in un contesto come le Case della Comunità in cui operano diversi servizi di cura primaria e specialistica, avrebbe potuto prevenire circa il 68,3% degli accessi differibili (non urgenti e di minore urgenza) avvenuti in DEA nel corso del 2022.

Parole chiave

Emergenza-Urgenza; Infermieristica; Territorio; Emergency Service,Hospital; Nursing.

P 15

4875

CHILD ABUSE: LE COMPETENZE E LE RESPONSABILITA' INFERMIERISTICHE IN PRONTO SOCCORSO. UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA

Alessia Piccinini, Marida Andreucci.

Università Politecnica delle Marche - pialessia7@gmail.com

Introduzione

Molti bambini che hanno riportato ferite gravi al momento della diagnosi di abuso fisico hanno precedentemente presentato lesioni meno gravi e l'abuso fisico è stato trascurato. Gli infermieri del pronto soccorso sono spesso i primi membri del personale a interagire con i pazienti e le famiglie mentre aspettano di incontrare il medico. Tuttavia, è essenziale che essi abbiano le conoscenze e le abilità necessarie per identificare un bambino a rischio. La mancata considerazione della possibilità di abuso significherebbe che non viene fatta la diagnosi appropriata e il bambino viene riportato in un ambiente abusante. La formazione per i professionisti per migliorare la segnalazione di abusi e negligenza sui minori è una parte essenziale di una risposta globale di salute pubblica. Tutti i professionisti che hanno un contatto diretto con i bambini e le famiglie richiedono questa formazione per dotarli delle conoscenze, attitudini e abilità necessarie per denunciare casi di abuso e abbandono di minori ed evitare di fare segnalazioni ingiustificate. L'obiettivo del presente studio è quello di revisionare gli studi pubblicati relativi al riconoscimento del bambino maltrattato che giunge in Pronto Soccorso (PS), per comprendere se una buona preparazione teorico/pratica degli infermieri può rendere più veloce ed efficace il riconoscimento del bambino maltrattato.

Materiali e metodi

È stata effettuata una revisione narrativa della letteratura degli studi primari indicizzati. Per la strategia di ricerca è stato interrogato il database MEDLINE (attraverso PubMed) Cochrane, Library e Cinahl. La ricerca è avvenuta attraverso la combinazione delle seguenti parole chiave: child abuse, emergency room nurse, recognition, education. Tali termini sono stati utilizzati sia per la ricerca libera che per termini MeSH, sia singolarmente che in combinazione con l'operatore booleano "AND". Sono stati inclusi nello studio gli articoli che includevano solo pazienti pediatrici e quelli afferenti all'UU.OO di PS che riportavano segni e sintomi di tipo sia fisico che psicologico riconducibili a maltrattamento. Tra questi possiamo individuare: ecchimosi, morsi, ustioni, fratture, alterazione dei genitali e altri.

Risultati

Dei 12 articoli selezionati, quattro riguardano, le conoscenze e le abilità degli infermieri di pronto soccorso, nel caso in cui si individui un possibile abuso su minori; sei osservano se la progettazione di un programma comunitario ha il potenziale per migliorare il riconoscimento degli abusi su minori nei dipartimenti d'emergenza; uno tratta i fattori che influenzano l'identificazione e la segnalazione di sospette NAI (lesioni non accidentali) nei bambini in PS e come si può migliorarne il riconoscimento, l'ultimo mira a verificare il cambiamento dell'atteggiamento degli operatori sanitari di PS dopo l'educazione agli abusi sui minori.

Discussione

Il risultato della ricerca fornisce informazioni circa l'utilizzo anche solo di un semplice diagramma di flusso di promemoria nelle note dei bambini, il quale aumenta la consapevolezza, la considerazione e la documentazione di lesioni intenzionali. Inoltre risultano necessari cambiamenti organizzativi, come la creazione di un database nazionale condiviso e una migliore formazione per il personale di PS in modo che sia consapevole dei fattori di rischio sociali e clinici. Altresì, l'utilizzo di un programma di apprendimento elettronico (e-learning) sulle prestazioni infermieristiche nel riconoscimento degli abusi sui minori, ha mostrato maggiore autoefficacia e un aumento significativo delle prestazioni. Infine, il riconoscimento del bambino "critico" può essere promosso formando del personale di dipartimento d'emergenza e nominando anche un'assistente specifico.

Conclusioni

L'elaborato ha preso in considerazione la relazione tra gli abusi subiti durante la minor età e il riconoscimento da parte dei professionisti infermieri durante l'accesso al PS. Gli studi che si sono interessati a questa relazione negli ultimi 24 anni sono risultati pochi, facendo emergere come questo argomento possa essere ulteriormente indagato. Dall'analisi della letteratura è emerso che, c'è bisogno di una modificazione del sistema formativo per far fronte all'atteggiamento del personale di emergenza. Nello studio condotto sono emersi gruppi di operatori sanitari, formati e no, dove si è riscontrato un effettivo cambiamento nell'approccio al bambino giunto in PS che potrebbe essere una potenziale vittima. Si è riscontrato un cambiamento sulla volontà di denuncia e una maggiore fiducia nel sistema giuridico. In conclusione, questi tipi di programmi non solo aumenteranno la conoscenza, la fiducia e l'autoefficacia degli infermieri di emergenza nello screening e nel riconoscimento degli abusi fisici sui minori, ma possono anche comportare un migliore rilevamento delle lesioni infantili non accidentali nell'ambiente del PS. Queste implicazioni possono essere di vasta portata, posizionando gli infermieri di emergenza in prima linea nella diagnosi precoce e nel trattamento degli abusi fisici sui minori.

Bibliografia

BMJ Paediatrics Open 2021;5:e000796. doi: 10.1136/bmjpo-2020-000796

BMJ 2002;324:780 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7340.780>

Fagan D. Child abuse and neglect: the knowledge and practice of the nurse. Accident and emergency nursing. 1998;6(1), 30-35.

Fava P. Il referto e il rapporto: facciamo chiarezza. 2018. <https://www.nursetimes.org/il-referto-e-ilrapporto-facciamo-chiarezza/51521/amp> ultimo accesso 29 ottobre 2020

Flemington, T., Fraser, J. Building workforce capacity to detect and respond to child abuse and neglect cases: A training intervention for staff working in emergency settings in Vietnam. International emergency nursing. 2017, 34, 29-35.

Fraser JA, Mathews B, Walsh K, Chen L, Dunne M. Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: a multivariate analysis. *Int J Nurs Stud.* 2010 Feb;47(2):146-53.

Gupta M. A Review of somatic symptoms in post-traumatic stress disorder. *International review of psychiatry* (Abingdon, England). 2013, 25(1), 86-99.

Herrmann, B., Banaschak, S., Csorba, R., Navratil, F., & Dettmeyer, R. Physical Examination in Child Sexual Abuse: Approaches and Current Evidence. *Deutsches Ärzteblatt International*, 2014, 111(41), 692-703.

Hollen L, Bennett V, Nuttall D, et al. Evaluation of the efficacy and impact of a clinical prediction tool to identify maltreatment associated with children's burns <https://bmjpaedsopen.bmj.com/content/5/1/e000796.citation-tools>

Mathews B, Yang C, Lehman EB, Mincemoyer C, Verdiglione N, Levi BH. Educating early childhood care and education providers to improve knowledge and attitudes about reporting child maltreatment: A randomized controlled trial. *PLoS ONE* 2017,12(5): e0177777.

P 16

4879

LE DRPU (ULCERE DA PRESSIONE CORRELATE AI DISPOSITIVI), UNA NUOVA SFIDA PER GLI INFERMIERI DI AREA CRITICA: UNO STUDIO OSSERVAZIONALE RETROSPETTIVO

Maria Josè Cosimi, Roberto Bindi, Elenia Rinaldi.

Azienda Usl Toscana Sud Est - mariajose.cosimi@uslsudest.toscana.it

Introduzione

Le lesioni cutanee rappresentano un problema assistenziale sia per gli infermieri che per i pazienti che ne sono portatori. Sono sicuramente un fenomeno in via di espansione dato l'invecchiamento della popolazione e la sua derivante fragilità. Lo studio delle lesioni device correlate ha suscitato interesse solo negli ultimi decenni, per questo lo si può definire "giovane". In termini di assistenza fanno parte di un pacchetto che richiede impegno e progettualità da parte del team infermieristico. In qualunque setting assistenziale, l'infermiere dovrebbe essere correttamente formato e competente in merito a trattamento e prevenzione, soprattutto nelle aree di alta intensità, dove dalla letteratura viene riportata la maggior incidenza di lesioni a cause delle caratteristiche dei pazienti che maggiormente si prestano allo sviluppo di DRPU (Device Related Pressure Ulcers).

Il concetto "device related" si riferisce all'origine delle lesioni da pressione, causate dagli oggetti di uso quotidiano nella pratica clinica, che vanno a creare pressioni sulla pelle dei pazienti. In questi casi gli studi suggeriscono di registrare anche il nome del dispositivo che ha provocato l'UdP (Ulceri da Pressione), al fine di tenere traccia del device che ha causato il danno.

In letteratura emerge che le lesioni device correlate si sono verificate in percentuale del 62,3% nella regione della testa e del collo. Tra i dispositivi medici che hanno causato DRPU al volto, i tubi endotracheali, i sondini nasogastrici e le maschere non invasive sono stati i più frequentemente riportati. Tuttavia la letteratura individua le DRPU come prevenibili. La cute sottostante il device dovrebbe essere ispezionata per individuare eventuali segni di pressione dovuti al dispositivo, non visibili quando è ancora in posizione. Infatti tre quarti (74%) delle UdP correlate a dispositivi non sono state identificate fino allo stadio III, IV o non stadiabile. Le lesioni in oggetto sono considerate specifiche e diverse dalle classiche lesioni da pressione a causa della loro natura e rappresentano una quota importante delle lesioni totali trattate in letteratura, tanto da meritare un capitolo a sé, rappresentando il 10% di tutte le UdP; in termini di localizzazione anatomica si verificano con maggiore frequenza al viso. Sono quindi degne di interesse e studio le strategie preventive atte a scongiurare la loro comparsa.

Poiché legate necessariamente all'uso di device quotidianamente usati per supportare le funzioni vitali dei pazienti e quindi necessari alla loro sopravvivenza, le UdP che ne derivano si sviluppano con la stessa configurazione del dispositivo che le ha generate. Sono dovute a una serie di ragioni: le caratteristiche dei materiali utilizzati per la costruzione del dispositivo (nonostante gli sforzi dei produttori per migliorarne il comfort), le difficoltà di regolazione o di fissaggio al corpo del paziente, la pressione prolungata nello stesso punto e le forze di pressione, che causano un edema locale. L'umidità della pelle inoltre, dovuta alla diaforesi o alle secrezioni, può macerare la cute rendendola suscettibile alla formazione di UdP. Il 68% delle DRPU è associato a device respiratori. I dispositivi più comunemente usati nei reparti di Rianimazione, come i tubi endotracheali e i sondini nasogastrici, le maschere per la ventilazione non invasiva, le cannule tracheotomiche, sono maggiormente associati a DRPU. Questo richiede anche un approccio multidisciplinare, in cui ogni professionista sanitario ne fa una priorità. Gli studi suggeriscono di incorporare le DRPU nella documentazione del setting, in modo che si dia visibilità al problema.

Materiali e metodi

Nella Rianimazione dell'ospedale di Arezzo è stato condotto uno studio retrospettivo osservazionale sul fenomeno. I dati relativi alle lesioni totali sono stati estrapolati, previo iter autorizzativo, dalle cartelle cliniche sul sistema informativo Margherita 3 nell'intervallo di tempo Gennaio 2019-Dicembre 2022.

Risultati

Sono così state prese in considerazione 3353 lesioni. In questo triennio la Rianimazione di Arezzo ha assistito 2445 persone (310 nel 2019, 615, nel 2020, 715, nel 2021, 815 nel 2022). Delle 3353 lesioni, 521 si riferiscono a pazienti con patologia COVID-19 associata; 1924 si riferiscono a pazienti con patologia COVID-19 non associata. Il punteggio Braden associato ai portatori di lesioni è stato per 2267 rischio alto, per 353 rischio altissimo. Le lesioni sviluppate durante il ricovero sono 1767. Di queste, 1097 associate a patologia COVID-19; 670 non associate a patologia COVID-19.

Sono stati quindi creati dei cluster in base alle zone anatomiche colpite, che hanno mostrato come le lesioni del volto siano prevalenti rispetto alle altre, rappresentando il 29% del totale. Di 687 lesioni del volto, 521 erano insorte durante la degenza in Rianimazione, le altre 166 erano già presenti al momento dell'ingresso del paziente. Confermato anche dall'utilizzo del principio di Pareto, si è scelto di attenzionare le lesioni del volto che hanno un tasso di prevalenza compreso tra il 16 e il 29% e la loro incidenza è del 16%.

dallo studio delle cartelle cliniche e le schede relative alle singole lesioni si è dedotto che le lesioni al volto insorte sono riconducibili per il 75% al device. Possiamo quindi parlare con certezza di DRPU. Nello specifico, la correlazione alla patologia COVID (237), risulta sovrapponibile alla patologia Non COVID (284). Le specifiche zone si suddividono in: 125 labbra, 100 naso, 98 collo, 71 zigomo, 53 mento, 28 nuca/cranio, 27 orecchio, 10 arcata sopraciliare, 9 fronte. Rispetto alla causa, si stratificano in: 60 da pronazione, 28 tubo endotracheale, 27 ventilazione non invasiva, 19 sonda nasogastrica, 18 cannula tracheostomica, 36 multifattoriali, 25 altro.

Discussione

Sulla base di questi dati è stata svolta una revisione della letteratura volta ad analizzare le possibilità di miglioramento e colmare il gap tra la pratica clinica quotidiana e gli standard indicati. È stato creato un progetto di miglioramento che consenta agli operatori l'accrescimento delle proprie conoscenze e l'implementazione della clinica, mirata in particolar modo alle metodiche di prevenzione.

La prevenzione rispetto a DRPU dovrebbe tendere ad adottare misure che riducano al minimo il rischio di sviluppo delle stesse, formare il team di cura rispetto alla problematica emergente, effettuare la valutazione del rischio specifico per il dispositivo in uso come parte della routine, segnalare le lesioni correlate al dispositivo e sviluppare protocolli per la valutazione del rischio e l'uso dei dispositivi. Per questo la letteratura consiglia di concentrarsi sulla creazione di protocolli mirati alle DRPU, improvement della pratica clinica con sensibilizzazione del personale sanitario, corsi di formazione specifici e approvvigionamento di materiale maggiormente performante. Inoltre si descrivono come metodiche preventive, la rotazione e il riposizionamento del device quando possibile, la riduzione delle pressioni di forze di attrito e taglio attraverso supporti e l'uso di medicazioni profilattiche, nonché l'interruzione dell'uso del dispositivo appena è clinicamente possibile. Tutto ciò deve essere corredato di documentazione clinica riguardante il dispositivo e il suo livello di rischio.

Conclusioni

Considerati le evidenze emerse, il progetto di miglioramento è stato volto a colmare le lacune relative alla pratica clinica quotidiana con le migliori offerte della letteratura. Per fare ciò sono stati creati una brochure di sensibilizzazione per il team di cura e un nuovo Protocollo Operativo sulle DRPU. Inoltre è stato progettato un corso di formazione per il riconoscimento, la prevenzione e il trattamento delle DRPU, seguito dall'implementazione della scheda di sorveglianza delle lesioni cutanee a partire dal 2024.

P 17

4880

L'UTILIZZO DELLA E-FAST IN AMBIENTE EXTRA-OSPEDALIERO: PRESENTE O FUTURO PROSSIMO?:

Martina Di Antonio, Marida Andreucci.

Università Politecnica delle Marche - diantoniomartina0@gmail.com

Introduzione

L'Eco-FAST (acronimo di Focused Assessment with Sonography for Trauma) è un protocollo ecografico nato negli anni Settanta finalizzato a identificare un versamento addominale o pericardico nel paziente traumatizzato, soprattutto se emodinamicamente instabile. Trova ulteriore applicazione nel follow-up di tali pazienti, aumentando notevolmente la sensibilità con esami seriali. Viene usualmente eseguito nei dipartimenti di emergenza e in quelli di terapia intensiva. Il protocollo FAST, nato per permettere il riconoscimento dell'emoperitoneo e dell'emopericardio, si è esteso nel tempo ad altre applicazioni cliniche mirate, sempre caratterizzate dalla rapidità di esecuzione. Negli anni 2000 è stata sviluppata un'estensione del protocollo FAST, l'E-FAST (Extended-FAST), finalizzata a incrementare la valutazione della cavità toracica per la ricerca di pneumotorace e versamenti pleurici, precedentemente limitata alle valutazioni del cuore e della parete addominale. Successivamente si sono sviluppati altri protocolli ecografici (BLUE, RADIUS, RUSH) per lo studio in emergenza della dispnea, dello shock e dell'ipotensione. La E-FAST esamina 6 scansioni ecografiche, ha una buona sensibilità (69-98%) ed una elevata specificità (94-100%) per il rilevamento di fluido libero. La sua sensibilità per pneumotorace ed emotorace è superiore a quella della radiografia del torace, con sensibilità del 100% e specificità del 98% per il rilevamento del pneumotorace.

Materiali e metodi

È stata effettuata una revisione della letteratura sulle principali banche dati Pubmed, Cinahl plus, Cochrane library, Ingury e Google scholar. I termini utilizzati per la ricerca sono stati: E-Fast, ambulance, ultrasound, ultrasonic doppler, prehospital care e trauma. Tali termini sono stati utilizzati sia per la ricerca libera che per termini MeSH, sia singolarmente che in combinazione con l'operatore booleano "And" per formulare le stringhe di ricerca. Sono stati inclusi studi riguardanti soggetti di tutte le fasce di età (adulti e pediatrici), senza restrizione di etnia o sesso, tutti gli studi riguardanti il setting preospedaliero pubblicati tra il 2015 e il 2022.

Risultati

I 10 articoli selezionati vanno ad indagare ambiti diversi: il primo tratta l'impatto clinico per una mirata estensione dell'utilizzo del E Fast, quattro studi vanno ad indagare l'importanza dell'ecografia di emergenza come utile strumento diagnostico in grado di fornire informazioni cruciali per la gestione dei pazienti critici e feriti e l'aiuto che può apportare ai medici che la utilizzano per fare una tempestiva diagnosi; uno studio propone la fattibilità della trasmissione di dati in tempo reale e la supervisione dell'E-FAST (POCUS) in un ambiente urbano e quindi un miglioramento nella sicurezza dei pazienti; uno studio analizza le prestazioni diagnostiche circa l'acquisizione e valutazione paramedica di immagini ecografiche toraciche in ambiente preospedaliero, soprattutto per il rilevamento delle linee B in insufficienza cardiaca congestizia (CHF); uno descrive come la guida di un'ambulanza in varie condizioni (stazionaria, accelerazione costante, serpentina e start-stop) ha un impatto sulla capacità dei paramedici di eseguire la LUS su un paziente; uno studia le prestazioni eseguite e documentate sull'E-FAST somministrato a persone con attivazione

traumatica; uno studio valuta i benefici dello sviluppo di un classificatore di visualizzazione del deep learning accurato utilizzando un ampio set di dati eterogeneo di FAST pediatrico eseguito dai medici di emergenza; l'ultimo studio indaga le caratteristiche ecografiche registrate da ecografi palmari utilizzati nelle cure pre-ospedaliere e l'accuratezza diagnostica degli ultrasuoni per pazienti pre-ospedalieri.

Discussione

I risultati ottenuti dallo studio mostrano miglioramenti in termini di accuratezza diagnostica sui pazienti con trauma maggiore per un precoce trattamento, con conseguente riduzione dei tempi di attesa. E' emerso che l'utilizzo dell'ecofast in ambiente pre-ospedaliero è di significativa importanza a livello tempo - diagnostico. Importante risulta essere l'interpretazione degli esami ecografici point-of-care da parte di paramedici poiché ridurrebbe ancor di più il fattore tempo. Inoltre si evince che una buona formazione da parte dei professionisti attraverso dei corsi di formazione teorici e in role-play, gioca un aspetto vincente per la diagnosi, il trattamento e la stabilizzazione del paziente. Infine l'E-FAST sui pazienti pediatrici dimostra che il classificatore di visualizzazione FAST di deep learning ha una accurata sensibilità nella diagnosi del trauma infantile suggerendone così l'utilizzo.

Conclusioni

L'utilizzo dell'ecografo in ambiente pre-ospedaliero apporta beneficio sia da un punto di vista di innovazione nella pratica clinica, sia da un punto di vista di risorse, sia per ottimizzare i tempi di trattamento dei pazienti politraumatizzati. Gli studi che si sono interessati a questo argomento negli ultimi anni sono in continua crescita, facendo emergere come questa tematica sia attuale. L'utilizzo dell'E-FAST non solo aumenterebbe la conoscenza, la fiducia e l'auto efficacia degli infermieri di emergenza nello screening e nel riconoscimento di una complicanza in maniera precoce, ma potrebbe anche apportare un migliore rilevamento delle lesioni accidentali in ambiente extra ospedaliero. Quindi, in un futuro prossimo, si auspica che venga inserito nelle ambulanze un dispositivo ecografico portatile al fine di migliorare il trattamento pre ospedaliero, per una diagnosi e un trattamento precoce. A ciò si andrebbe ad aggiungere un percorso formativo specifico per gli stessi infermieri che sono impegnati quotidianamente nel soccorso pre-ospedaliero.

Parole chiave

E-FAST, ambulance, ultrasound, ultrasonic doppler, prehospital care e trauma.

Bibliografia

Alberto A., American College of Surgeons Committee On Trauma. PHTLS, ed7, 2011
Burns, K., Bohrer-Clancy, J. I., & Moore, C. L. (2021). Paramedic-performed Prehospital Point-of-care Ultrasound for Patients with Undifferentiated Dyspnea: A Pilot Study. *The western journal of emergency medicine*, 22(3), 750–755.
Ianniello, S., Piccolo, C. L., Trinci, M., Ajmone Cat, C. A., Miele, V. (2019). Extended-FAST plus MDCT in pneumothorax diagnosis of major trauma: time to revisit ATLS imaging approach?. *Journal of ultrasound*, 22(4), 461–469.
Ienghong K, Cheung LW, Tiamkao S, Bhudhisawasdi V, Apiratwarakul K. The Utilization of Handheld Ultrasound Devices in a Prehospital Setting. *Prehosp Disaster Med*. 2022 Jun;37(3):355-359.
Kornblith, A. E. et al. (2022). Development and Validation of a Deep Learning Strategy for Automated View Classification of Pediatric Focused Assessment With Sonography for Trauma. *Journal of ultrasound in medicine*, 41(8), 1915–1924.
Lucas, B., et al. (2022). Prehospital FAST reduces time to admission and operative treatment: a prospective, randomized, multicenter trial. *European journal of trauma and emergency surgery*, 48(4), 2701–2708.
Maloney, L. M., et al. (2021). Utility of Different Lung Ultrasound Simulation Modalities Used by Paramedics during Varied Ambulance Driving Conditions. *Prehospital and disaster medicine*, 36(1), 42–46.
Scharonow, M., Weibach, C. (2018). Prehospital point-of-care emergency ultrasound: a cohort study. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 26(1), 49.
Schoeneck, J. H., et al. (2021). Paramedic-performed Prehospital Point-of-care Ultrasound for Patients with Undifferentiated Dyspnea: A Pilot Study. *The western journal of emergency medicine*, 22(3), 750–755.
Shwe, S., Witchey, L., Lahham, S., Kunstadt, E., Shniter, I., Fox, J. C. (2020). Retrospective analysis of eFAST ultrasounds performed on trauma activations at an academic level-1 trauma center. *World journal of emergency medicine*, 11(1), 12–17.
Tamburrini, S., et al. The “Black Pattern”, a Simplified Ultrasound Approach to Non-Traumatic Abdominal Emergencies. *Tomography* 2022, 8, 798-814.

P 18

4883

COMPLICANZE EMORRAGICHE NEI PAZIENTI CON ARDS SOTTOPOSTI A PRONAZIONE

Filippo Binda, Federica Marelli, Alessandro Galazzi, Mario Zappa, Lucia Villa, Alessandra Brambilla, Barbara Necchi, Linda Ferrari, Andrea Ulisse, Andrea Cislighi, Ileana Adamini, Dario Laquintana.

Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano - filippo.binda@policlinico.mi.it

Introduzione e obiettivo

La posizione prona è un intervento terapeutico per migliorare l'ossigenazione nei pazienti affetti da sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS).1 Numerosi trial clinici hanno dimostrato l'efficacia e la sicurezza della posizione prona nei pazienti sottoposti a ventilazione meccanica; tuttavia, è stata riportata un'elevata frequenza di eventi trombotici ed emorragici (soprattutto nel paziente critico affetto da COVID-19).2 Lo scopo dello studio è descrivere la prevalenza e le caratteristiche degli eventi emorragici occorsi durante la pronazione nei pazienti affetti da ARDS.

Materiali e metodi

Studio osservazionale retrospettivo che include tutti i pazienti sottoposti a pronazione ricoverati nella Terapia Intensiva della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano nel periodo 2017-2021. Sono stati registrati i dati demografici e le caratteristiche cliniche (episodi di sanguinamento, durata del ricovero e mortalità). Tutti i pazienti sono stati sottoposti a coagulazione profilattica o terapeutica in base ai fattori di rischio per lo sviluppo di trombosi.

Risultati

Nel periodo considerato, 339 pazienti sono stati sottoposti a pronazione: in 63 (18.6%) pazienti si è verificato almeno un evento emorragico. Nel sottogruppo di 63 pazienti sono stati registrati in totale 337 cicli di pronazione e la durata media di ciascun ciclo è stata di 18.8 (5.7) ore. Nella maggior parte dei pazienti (84.1%, 53/63) si è verificato un sanguinamento dalle vie aeree superiori (naso e cavo orale), in 26.9% (17/63) un sanguinamento endobronchiale e in 23.8% (15/63) un sanguinamento del sito di inserzione dei cateteri vascolari. Per 8 pazienti (12.7%) è stato necessario interrompere la pronazione per gestire il sanguinamento.

Conclusioni

Il sanguinamento delle vie aeree superiori (naso e cavo orale) è una complicanza frequente che può richiedere l'interruzione del ciclo di pronazione. La valutazione del rischio emorragico, l'attenta gestione della terapia anticoagulante e la cura della mucosa nasale e orale (limitando manovre traumatiche come l'aspirazione) potrebbero contribuire a ridurre l'insorgenza di queste complicanze.

Bibliografia

Gattinoni L, Busana M, Giosa L, et al. Prone positioning in acute respiratory distress syndrome. *Semin Respir Crit Care Med*. 2019 Feb;40(1):94-100.
Godier A, Clausse D, Meslin S, et al. Major bleeding complications in critically ill patients with COVID-19 pneumonia. *J Thromb Thrombolysis*. 2021 Jul;52(1):18-21.

P 19

4884

LA CARTELLA INFORMATIZZATA DI SALA OPERATORIA: MONITORAGGIO DEL PROCESSO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Ileana Adamini, Marianna Lombardo, Stefania Mosconi, Stefania Giuffrè, Ilaria Angelini, Caterina Ferradini, Angelo Palomba, Alessandro Caputo, Angelica Perazzoli.

Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano - ileana.adamini@policlinico.mi.it

Introduzione

Nell'ambito delle sale operatorie il professionista infermiere riveste un ruolo strategico e gestisce l'assistenza infermieristica della persona sottoposta ad intervento chirurgico nelle diverse funzioni (infermiere della recovery, di sala e strumentista). Nell'ambito dell'attività di sala operatoria, l'infermiere si occupa di raccogliere una serie di dati che rende tracciabile tutto il percorso chirurgico e la cui analisi diventa strumento di miglioramento della qualità dell'assistenza erogata.

Obiettivo

Disporre di report periodici per monitorare alcuni aspetti del processo di assistenza infermieristica che caratterizzano il percorso del paziente chirurgico in sala operatoria.

Materiali e metodi

Studio osservazionale retrospettivo monocentrico realizzato nei blocchi operatori della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano. Tutti i dati relativi all'assistenza infermieristica del paziente chirurgico che accede ai blocchi operatori sono stati registrati con l'applicativo Ormaweb4Care (Dedalus Italia S.p.A.) da gennaio a dicembre 2022.

Risultati

Nel corso del 2022 nelle 24 sale operatorie sono stati sottoposti ad intervento chirurgico un numero complessivo di 14.315 pazienti per un totale di 14.936 interventi chirurgici.

Discussione

L'implementazione dello strumento ha permesso una miglior tracciabilità del processo di assistenza infermieristica all'interno delle sale operatorie. La registrazione dei dati ha consentito di condividerne i contenuti con le diverse figure professionali coinvolte nel processo. L'analisi critica ha permesso di identificare le criticità all'interno del percorso (esecuzione della tricotomia in blocco operatorio, rimozione della protesi in blocco operatorio, scarso utilizzo dei presidi antidecubito). Grazie alle criticità rilevate è stato anche possibile apportare alcune modifiche alla cartella clinica informatizzata, migliorandone la fruibilità e la leggibilità, come per esempio l'inserimento dell'obbligatorietà di compilazione per alcuni dati che non risultavano registrati.

Conclusioni

La tracciabilità dell'attività nei blocchi operatori e la raccolta di alcuni dati di carattere clinico assistenziale hanno consentito di identificare alcune criticità e di mettere in atto interventi specifici finalizzati alla risoluzione dei problemi e al miglioramento delle prestazioni erogate, condividendo le problematiche anche con i reparti di degenza chirurgica.

Bibliografia

Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Check-list. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, aggiornamento del 2013

P 20

4886

GESTIONE DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALARIA GRAVE: QUALI SONO I PUNTI CARDINE DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Federica Fiorello, Martina Di Stefano, Francesca Parentela, Mariella Massucci, Federica Sicurezza, Natalia Schiattarella, Chiara Agliata.

INMI - L. Spallanzani, Roma - f.fiorello90@gmail.com

Introduzione

La malaria è un'infezione causata da protozoi e rappresenta ancora oggi un'emergenza di sanità globale. Infatti, nonostante in Italia sia stata debellata nel 1950, risulta endemica in diverse regioni dell'Africa subsahariana, Paesi del sud America ed America centrale, nonché del Pacifico orientale. Proprio per questo motivo, negli ultimi vent'anni, sono state promosse campagne per debellarla. Sebbene tale obiettivo sia stato raggiunto in molti Paesi, che sono diventati malaria free, l'incidenza dei contagi, non solo nelle popolazioni autoctone, ma anche e soprattutto nei viaggiatori, risulta aver ancora un impatto notevole. La malaria è caratterizzata da una rapida evoluzione che, se non prontamente diagnosticata e trattata, può evolvere in quella che viene definita malaria grave, tale da richiedere il ricovero in unità intensive specializzate. Si definisce malaria grave una malaria microbiologicamente confermata con striscio, goccia spessa o test rapido, associata ad almeno una delle seguenti condizioni: interessamento cerebrale con alterazione dello stato di coscienza, emoglobinuria, collasso cardiocircolatorio, shock o ipotensione, iperparassitemia, anemia grave, emorragie, convulsioni, insufficienza respiratoria, sanguinamento spontaneo o coagulazione intravascolare disseminata (CID).

Obiettivo

L'obiettivo principale della ricerca è quello di individuare i capisaldi dell'assistenza infermieristica ai pazienti affetti da malaria grave che necessitano di ricovero presso Unità Intensive.

Materiali e metodi

È stata seguita la metodologia Scoping Review, rispettando le indicazioni presenti nella checklist PRISMA ScR, secondo metodo PCC. La ricerca si è basata sulla consultazione di tre banche dati biomediche online: Pubmed, CINAHL e Scopus. Successivamente, gli articoli riscontrati sono stati esportati nel Citation Manager Zotero e quindi sottoposti ad un'attenta analisi affinché venissero rispettati i criteri di inclusione.

Risultati

La mortalità in caso di malaria grave oscilla tra il 5 e il 50%. Su tale fattore incidono: la diagnosi precoce, la pronta disponibilità di terapia adeguata e l'interessamento degli organi vitali, primi fra tutti reni e fegato. Dall'analisi della letteratura emergono le criticità legate ai pazienti affetti da malaria grave, ma allo stesso tempo non vi è letteratura infermieristica.

Conclusioni

La malaria grave rappresenta ancora oggi un'emergenza in molti Paesi, nonostante le campagne di sensibilizzazione, tra cui il Malaria World Day. La ricerca infermieristica dovrebbe essere rivolta ad individuare i punti cardine dell'assistenza ai pazienti con malaria grave ricoverati presso gli ambienti intensivi, in quanto rappresenta una zona grigia poco trattata, ma allo stesso tempo di fondamentale importanza in quanto andrebbe ad incidere positivamente sull'assistenza ai pazienti.

Parole chiave

Malaria, malaria grave, assistenza infermieristica, ICU.

P 21

4887

L'UTILIZZO DELLA CARTELLA INFORMATIZZATA PER LA PROGRAMMAZIONE DEL PERCORSO CHIRURGICO

Matteo Franguelli A. Miola, V. Acerboni, N. Saiz-Aja Franco, M. Crescimbeni.

Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano - matteophx@gmail.com

Introduzione

Il miglioramento della gestione dei blocchi operatori rappresenta una priorità strategica nel contesto sanitario. Nell'ambito delle sale operatorie il professionista infermiere ricopre un ruolo strategico poiché gestisce l'assistenza infermieristica della persona sottoposta ad intervento chirurgico durante tutto il percorso. L'utilizzo della cartella informatizzata facilita infatti la registrazione di ogni fase del percorso chirurgico del paziente che transita presso il blocco operatorio e permette di ottimizzare la pianificazione del programma operatorio.

Obiettivo

Monitorare i tempi di preparazione del paziente, anestesia, intervento chirurgico, pulizia della sala operatoria e permanenza in recovery al fine migliorare la gestione dell'attività chirurgica.

Materiali e metodi

Studio osservazionale retrospettivo monocentrico realizzato nei blocchi operatori della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano. Tutti i dati relativi all'attività (svolta sia in regime di elezione che urgenza) dei blocchi operatori sono stati registrati con l'applicativo Ormaweb4Care (Dedalus Italia S.p.A.) nel corso del 2022.

Risultati

Nel corso del 2022 sono stati effettuati 14.936 interventi chirurgici complessivamente. Le principali specialità sono: ginecologia (3236, 21.7%), otorino-laringoiatria (1367, 9.2%), chirurgia generale (1107, 7.4%), neurochirurgia (932, 6.2%), urologia (930, 6.2%), chirurgia pediatrica (907, 6.1%), ortopedia (797, 5.3%), chirurgia senologica (793, 5.3%), chirurgia d'urgenza (747, 5.0%), chirurgia toracica (579, 3.9%). Il monitoraggio dei tempi di attività è stato inoltre possibile grazie agli alert presenti nell'applicativo che hanno reso obbligatoria la compilazione di campi specifici definiti dalle raccomandazioni ministeriali (tempi, equipe, conta). Nella tabella sono stati riportati i tempi medi (suddivisi per ciascuna specialità chirurgica) di preparazione del paziente, anestesia, intervento chirurgico, pulizia della sala operatoria e permanenza in recovery.

Discussione

Le specialità chirurgiche che prevedono interventi più complessi richiedono tempi maggiori di preparazione anestesiológica (superiori a 30 minuti) di cui è utile tenere conto nella pianificazione del programma chirurgico. La stima dei tempi chirurgici in fase di pianificazione è sempre difficoltosa in quanto non tutti gli interventi sono standardizzabili, oltre alle complicanze impreviste. L'utilizzo della cartella informatizzata, che registra ogni fase del percorso chirurgico, consente però di stimare con maggior precisione i tempi chirurgici di ogni singolo intervento e quindi programmare meglio l'attività chirurgica. Anche il tempo di sanificazione della sala operatoria è utile per stimare con maggior precisione (salvo particolari situazioni come il trasporto del paziente in terapia intensiva) l'intervallo temporale che intercorre tra i diversi interventi.

Conclusioni

La miglior tracciabilità dell'attività nei blocchi operatori e il monitoraggio sistematico dei tempi di erogazione delle prestazioni di tutti i professionisti coinvolti nel percorso chirurgico hanno permesso di ottimizzare la pianificazione delle liste operatorie.

Bibliografia

Manuale per la Sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Check-list. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, aggiornamento del 2013

P 22

4891

L'ACCESSO IN CODICE ROSA AL PRONTO SOCCORSO. UN'INDAGINE ESPLORATIVA SUL FENOMENO E SULLA PRESA IN CARICO NELLA REGIONE UMBRIA

Letizia Dozzini, Valerio Di Nardo.

Ass. Umbra per la lotta contro il cancro (AUCC), Perugia - letizia.dozzini@gmail.com

Introduzione

La violenza di genere, oltre a rappresentare una violazione dei diritti umani, va a sottolineare la condizione di inferiorità attribuita alla figura femminile, fenomeno che caratterizza tutt'oggi la nostra società². Secondo i rapporti dell'ISTAT³ circa 1 donna su 3 subisce, nel corso della propria vita, qualche forma di violenza fisica e/o sessuale. Emerge inoltre che la violenza di genere rappresenta una delle maggiori cause di morte al mondo tra i 15 e i 44 anni⁴. Le notevoli dimensioni del fenomeno hanno condotto all'attuazione di misure normative e all'identificazione di diversi sistemi di risposta a cui le vittime possono rivolgersi per ricevere aiuto. Tra questi vi è l'accesso al Pronto Soccorso (PS, che può rappresentare per molte donne il primo anello della catena di uscita dalla violenza. Le Linee Guida nazionali hanno previsto l'attivazione di un "percorso per le donne che subiscono violenza", conosciuto anche come Codice Rosa, ovvero un percorso dedicato, volto a garantire una tempestiva e adeguata presa in carico delle donne a partire dal triage, fino al loro accompagnamento/orientamento ai servizi dedicati⁵. La seguente indagine, condotta nella Regione Umbria, si pone i seguenti obiettivi:

1. quantificare il fenomeno degli accessi in PS delle donne vittime di violenza;
2. analizzare il sistema di risposta all'interno dei Pronto Soccorso presenti sul territorio regionale.

Materiali e metodi

Per fornire una panoramica utile a determinare la dimensione del fenomeno sono stati richiesti alle 4 aziende sanitarie regionali i dati relativi agli accessi in PS per Codice Rosa dal 2018 al 2021, così da avere un quadro sull'andamento del fenomeno anche in relazione alla pandemia da Sars-CoV-2. I dati richiesti sono stati forniti soltanto dalle 2 Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni. Considerata però la loro rilevanza sul territorio regionale, in quanto rappresentano i due nosocomi di maggiori dimensioni con il maggior numero di accessi al PS, nonché sedi di Dipartimento di Emergenza e Accettazione di II livello, è stato ritenuto opportuno procedere all'analisi dei dati. Per analizzare il sistema di risposta che i PS della Regione offrono alla vittima che vi si presenta, è stato somministrato un breve questionario semi-strutturato, via posta elettronica, ai Coordinatori Infermieristici. Questo si componeva di 4 domande che andavano ad analizzare: la formazione del personale, la presenza di una procedura specifica, la presenza di una stanza dedicata al Codice Rosa e l'eventuale supporto fornito alla donna al termine dell'iter di PS.

Risultati

In riferimento all'obiettivo 1, si evince che nei 4 anni presi in considerazione gli accessi registrati in codice rosa sono stati 365 presso l'ospedale di Perugia e 349 presso l'ospedale di Terni. Per quanto concerne il secondo obiettivo hanno aderito all'indagine 7 coordinatori degli 11 ai quali è stato inviato il questionario. In riferimento alla formazione nel riconoscere/assistere donne vittime di violenza negli ultimi 5 anni, è emerso un parziale impedimento dovuto in particolare modo all'emergenza pandemica. Per quanto concerne l'esistenza di una procedura e/o percorso dedicato al Codice Rosa, questa risulta presente in tutto il campione preso in esame. In relazione alla presenza di una stanza dedicata, non risulta identificata in tutti i PS e spesso viene individuata "al momento" in rela-

zione alle esigenze e alle possibilità logistiche e strutturali offerte dalla struttura. Per quanto riguarda il sostegno al termine dell'iter non risultano attivi percorsi standardizzati e, nella maggior parte dei casi, la donna viene indirizzata verso i Centri Anti Violenza o verso le forze dell'ordine.

Conclusioni

Le vittime di violenza ricorrono spesso ai servizi sanitari che rivestono, quindi, un ruolo fondamentale nel riconoscimento e nella gestione del fenomeno. È molto probabile che i dati ottenuti da questa indagine siano sottostimati a causa dell'assenza degli accessi registrati presso i presidi ospedalieri delle 2 Aziende Sanitarie Locali. Dall'indagine condotta, l'Umbria può essere ritenuta attenta a questa tematica e in linea con le indicazioni nazionali, ma azioni migliorative potrebbero essere messe in atto. La mancata identificazione di un'area dedicata ai Codici Rosa è probabilmente riconducibile ai limiti strutturali dei PS, nonché al fenomeno dell'overcrowding che caratterizza sempre di più questa tipologia di servizi. Elemento di miglioramento potrebbe essere rappresentato da una maggiore collaborazione con i Centri Antiviolenza e dall'identificazione di una linea d'azione unitaria per l'intero territorio regionale, volto a standardizzare gli interventi da fornire una volta concluso l'iter in PS. La formazione dell'infermiere triagista è fondamentale nel riconoscimento precoce della donna vittima di violenza e pertanto non deve essere trascurata, né posta in secondo piano. A tal proposito risulta interessante l'ipotesi suggerita da uno studio condotto presso un policlinico milanese secondo cui gli operatori di PS, durante la fase pandemica, potrebbero aver presentato una temporanea diminuzione della sensibilità e dell'attenzione nel riconoscimento dei segni di violenza. Ulteriori indagini volte ad indagare l'aderenza delle strutture ospedaliere alle Linee Guida nazionali in tema di violenza sulle donne sono necessarie.

Bibliografia

Consiglio d'Europa. Convenzione del Consiglio d'Europa sulla prevenzione e la lotta contro la violenza nei confronti delle donne e la violenza domestica. ISTAT. [Online] 11 Maggio 2011. <https://www.istat.it/it/files/2017/11/ISTANBUL-Convenzione-ConsiglioEuropa.pdf>. [Riportato: 26 agosto 2022.]
Adami Cristina, et al. Libertà femminile e violenza sulle donne. Milano: Franco Angeli, 2000.
ISTAT. La violenza contro le donne dentro e fuori la famiglia. ISTAT, Istituto Nazionale di Statistica. [Online] 05 giugno 2015. [Riportato: 25 Agosto 2022.] https://www.istat.it/it/files/2015/06/Violenze_contro_le_donne.pdf.
WHO, World Health Organization. Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Ginevra: s.n., 2021.
Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri. Roma : s.n., 24 novembre 2017.

P 23

4892

TAMPONE CUTANEO E DECONTAMINAZIONE DELLA CUTE CON CLOREXIDINA AL 2% PER IL CONTROLLO DEI GERMI MDR IN TERAPIA INTENSIVA: NOSTRA ESPERIENZA INIZIALE

Irene Rosini, A. Frattari.

AUSL Pescara - irene.rosini@gmail.com

Introduzione

I pazienti ricoverati in unità di terapia intensiva sono a più alto rischio di acquisire infezioni da germi Gram-negativi resistenti per la prolungata ospedalizzazione, per le procedure invasive a cui devono essere sottoposti, per il posizionamento di dispositivi endovascolari e di altro tipo, per le malattie croniche spesso multiple preesistenti all'evento acuto. *Klebsiella pneumoniae*, *Acinetobacter baumannii* e *Pseudomonas aeruginosa*, sono difficilmente trattabili a causa degli elevati livelli di antimicrobico-resistenza (AMR) e sono associati ad elevata mortalità. Nonostante le misure di Infection Control implementate negli ultimi anni (tampone nasale e rettale all'ingresso e settimanalmente, aspirato tracheale due volte a settimana, igiene delle mani e precauzioni da contatto nei pazienti con MDR), l'incidenza di colonizzazione/infezione da germi difficili è una impresa complessa da gestire in una Rianimazione polivalente come la nostra. Abbiamo pertanto inteso valutare l'impatto dell'implementazione del monitoraggio sistematico del tampone cutaneo, della decontaminazione della cute del paziente con clorexidina al 2% e del potenziamento delle pulizie ambientali.

Materiale e metodi

Il tampone cutaneo (ascella + inguine), all'ingresso e settimanalmente, il primo a positivizzarsi per MDR dopo contaminazione del paziente da trasmissione orizzontale, è stato introdotto dal 1 gennaio 2023. La decontaminazione della cute del paziente con soluzione a base di clorexidina al 2% è stata praticata a giorni alterni e quotidianamente in caso di tampone positivo. Dal 1 gennaio inoltre viene effettuato un doppio passaggio di pulizia, per garantire la più bassa carica microbica sulle superfici ambientali. La nostra unità di terapia intensiva ha 16 posti letto, è dotata di 2 box singoli e 2 aree open space di 8 e 6 posti letto ciascuna.

Risultati

Abbiamo analizzato due periodi, pre e post introduzione delle misure indicate nei metodi su 173 pazienti (nel 2022) e su 171 pazienti nel 2023 (1 gennaio -30 aprile) ed effettuato una prima valutazione dell'impatto del tampone cutaneo di recente introduzione, considerando il solo tasso di positività complessivo per i 3 germi MDR. Sono stati individuati 33 pazienti positivi al tampone cutaneo (33 su 171 pari al 19%): di questi 15 erano contaminati all'ingresso e 18 alla dimissione. Il tasso complessivo di positività degli altri tamponi mostra un trend in riduzione rispetto al periodo precedente di confronto, da analizzare dopo opportuna stratificazione per fattori di rischio e complessità clinica.

Conclusioni

Il tampone cutaneo introdotto si è dimostrato strumento efficace nel rilevare precocemente la presenza di germi MDR in un quinto dei pazienti, e quindi deve essere senz'altro mantenuto come buona pratica clinica per guidare ed integrare tutte le altre misure di controllo delle infezioni. La decontaminazione cutanea va analogamente mantenuta, vista la complessiva tendenza alla diminuzione degli MDR. Il raggiungimento di un obiettivo di zero MDR nella nostra Rianimazione come atteso appare comunque obiettivo complesso e multifattoriale su cui continuare a investire.

P 24

4894

ANALISI DEL VISSUTO ESPERIENZIALE NEI SOPRAVVISSUTI ALLE CURE INTENSIVE - POST INTENSIVE CARE SYNDROME: UN PROTOCOLLO DI STUDIO

Francesco Gravante PhD student¹, Francesca Trotta PhD student¹, Salvatore Latina PhD student¹, Rosaria Alvaro MSN, FAAN, FESC¹, Ercole Vellone PhD, FAAN, FESC¹, Silvio Simeone PhD², Gianluca Pucciarelli PhD, FAHA¹

francesco.gravante@students.uniroma2.eu - fra.gravante83@gmail.com

¹ Dipartimento di Biomedicine e di Prevenzione, Università degli studi di Roma "Tor Vergata", Roma

² Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università Magna Grecia, Catanzaro

Introduzione

La sindrome da cure post-intensive (PICS) viene definita come una nuova compromissione o un peggioramento dello stato di salute fisica (ad esempio, riduzione tono neuromuscolare acquisita in terapia intensiva), cognitiva (pensiero e giudizio) o mentale che si manifesta dopo una malattia e/o cure intensive e persiste oltre la dimissione ospedaliera a domicilio^{1,2}. La PICS descrive la disabilità che insorge nel quotidiano nel paziente dimesso dalla terapia intensiva (TI) dopo la malattia critica³. La PICS colpisce tra il 50-70% dei sopravvissuti alla TI e i suoi effetti possono persistere in un intervallo compreso tra 5-15 anni dopo il ricovero in TI⁴. Inoltre la PICS ha un impatto negativo anche sulla famiglia e sul caregiver formale del paziente^{1,5,6}.

Dalla letteratura internazionale emerge che i pazienti dimessi dalla TI riportano un vissuto esperienziale emotivamente impegnativo con ripercussioni sulla sfera personale a lungo termine^{7,8}. Karlsson e colleghi, in un'analisi dell'esperienza sul ricovero nei pazienti dimessi dalla TI riportano i temi più significativi sintetizzandoli, nella difficoltà di eseguire i compiti di vita quotidiana (lavarsi, vestirsi e fare le pulizie), nel ritorno nel proprio ambiente "dove ci si sente a casa", nella consapevolezza di sentirsi guariti, ma con disagi e sintomi ancora persistenti⁸. Ad oggi il vissuto esperienziale dei pazienti dimessi dalla TI con sintomi riconducibili alla PICS è ancora poco indagato e la presa in carico dei pazienti con ripercussioni del proprio vissuto esperienziale in TI sembra non essere un argomento da spiegare. Pertanto, l'obiettivo di questo studio è descrivere l'esperienza del ricovero in TI dal punto di vista dei pazienti dimessi.

Materiali e metodi

Sarà utilizzato un approccio qualitativo di tipo fenomenologico, utilizzando la metodologia di Cohen, attraverso interviste strutturate ai pazienti dimessi a 1 mese dalla TI. Il reclutamento, con la sottoscrizione del consenso informato, avverrà al momento della dimissione dalla TI. In seguito, i pazienti saranno ricontattati per le interviste. Lo studio qualitativo fenomenologico sarà condotto secondo la metodologia di Cohen, che combina la fenomenologia descrittiva (husserliana) e interpretativa (gadameriana). Sarà utilizzato un campionamento di tipo propositivo. I criteri di inclusione saranno: pazienti di entrambi i sessi di età maggiore 18 anni, con funzionalità linguistica conservata al momento della dimissione, intubati/tracheotomizzati e non, sottoposti a ventilazione meccanica invasiva e non per un periodo maggiore o uguale a 48 ore durante le cure intensive. Per tale studio il campionamento continuerà sino alla saturazione dati. Verrà annotato sul diario del ricercatore le note di campo riguardanti l'ambiente, l'impostazione del colloquio, il linguaggio del corpo ed eventualmente le proprie riflessioni. Le analisi delle trascrizioni delle interviste verranno eseguite con il software Nvivo. Lo studio è stato approvato dal comitato etico Cardarelli/Federico II di Napoli (Prot.N. 00014635 - 31/05/2023).

Risultati attesi e implicazione per la pratica infermieristica

I risultati della ricerca ci consentirebbero di acquisire elementi conoscitivi riguardanti una sindrome ancora oggi sottovalutata. Le strategie di riduzione della PICS come i diari di terapia intensiva da parte dei membri della famiglia e degli operatori sanitari o di entrambi durante la degenza in TI del paziente hanno dimostrato di ridurre i sintomi riconducibili alla PICS e può essere utilizzato come intervento non farmacologico per fornire supporto e assistenza al paziente e alla famiglia⁹. La promozione di ambienti post-TI consentirebbero a medici e personale infermieristico di fornire ai pazienti e ai loro familiari, interventi informativi ed educativi sulla PICS, al fine di promuovere la riabilitazione fisica, cognitiva e mentale dopo la dimissione ospedaliera¹⁰. Tali interventi potrebbero essere inseriti nelle attività svolte in un ambulatorio infermieristico afferente alla TI, garantendo così, la continuità assistenziale per le disabilità generate dalla PICS nei pazienti dimessi verso il domicilio.

Bibliografia

1. Needham DM, Davidson J, Cohen H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: Report from a stakeholders conference*. Critical Care Medicine. 2012;40(2):502-509.
2. Wang S, Allen D, Perkins A, et al. Validation of a New Clinical Tool for Post-Intensive Care Syndrome. Am J Crit Care. 2019;28(1):10-18.
3. Rawal G, Yadav S, Kumar R. Post-intensive care syndrome: An overview. Journal of Translational Internal Medicine. 2017;5(2):90-92.
4. Desai SV, Law TJ, Needham DM. Long-term complications of critical care: Critical Care Medicine. 2011;39(2):371-379.
5. Davidson JE, Jones C, Bienvu OJ. Family response to critical illness: Postintensive care syndrome-family. Critical Care Medicine. 2012;40(2):618-624.

6. Schmidt M, Azoulay E. Having a loved one in the ICU: the forgotten family. *Current Opinion in Critical Care*. 2012;18(5):540-547.
7. Bein T, Bienvenu OJ, Hopkins RO. Focus on long-term cognitive, psychological and physical impairments after critical illness. *Intensive Care Med*. 2019;45(10):1466-1468.
8. Karlsson V, Bergbom I, Ringdal M, Jonsson A. After discharge home: a qualitative analysis of older ICU patients' experiences and care needs. *Scand J Caring Sci*. 2016;30(4):749-756.
9. Garrouste-Orgeas M, Périer A, Mouricou P, et al. Writing In and Reading ICU Diaries: Qualitative Study of Families' Experience in the ICU. *Harris F, ed. PLoS ONE*. 2014;9(10):e110146.
10. Mehlhorn J, Freytag A, Schmidt K, et al. Rehabilitation Interventions for Postintensive Care Syndrome: A Systematic Review*. *Critical Care Medicine*. 2014;42(5):1263-1271.

P 25

4895

LA FUNZIONE DI BED MANAGEMENT PRESSO L'ASL TORINO 4: PROGETTAZIONE DEL PROTOCOLLO E STUDIO PILOTA

Kristine Solito, C. Dello Russo, M. Fontana, C. Occhiena, P. Franzese, R. Ippolito, A. Girardi.

ASL Torino 4 - ksolito@aslto4.piemonte.it

Introduzione

I servizi del Pronto Soccorso (PS) rappresentano la risposta ai bisogni sanitari urgenti della popolazione. I dati AGENAS (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali) del 2020 riportano 25 milioni di accessi all'anno, con un tasso di ricovero del 15%, dimostrando come le strutture di PS, di OBI (Osservazione Breve Intensiva) e di Medicina d'Urgenza siano centrali nel sistema di emergenza - urgenza ospedaliera. In questo contesto si colloca l'esigenza di far fronte al problema sempre più rilevante del sovraffollamento dei PS italiani: nello specifico l'attenzione va posta all'identificazione di strategie efficaci per la gestione del boarding. La regione Piemonte ha definito, con apposita delibera, che ogni Azienda deve elaborare il proprio sistema di governance della risorsa posto letto per migliorare il processo di ricovero mediante l'istituzione della funzione di bed management le cui regole di funzionamento, le modalità organizzative e le attività specifiche devono essere individuate con apposito regolamento aziendale.

Obiettivo

Predisposizione di un protocollo progettuale di bed management all'interno del pronto soccorso dell'ASL TO4 per facilitare il processo di ricovero, secondo appropriatezza e ottimizzazione della gestione dei posti letto disponibili nei singoli presidi ospedalieri.

Materiali e metodi

Sono state seguite le seguenti fasi.

1. Ricerca di letteratura scientifica su banca dati internazionale Medline tramite Pubmed.
2. Confronto tra i vigenti protocolli dell'ASL di Rieti, l'ASL di Matera e il P.O. Mauriziano di Torino. Adeguamento del protocollo ai riferimenti normativi vigenti: Atto 143 Conferenza Stato-Regioni del 01/08/19; DGR 7-3088 Regione Piemonte del 16/04/21; DGR 23-6428 Regione Piemonte del 16/01/23; Circolare 22082/A1403A del 28/10/2016 della Direzione Sanità.
3. Identificazione degli strumenti organizzativi utili alla funzione del bed management rispetto all'analisi dello stato di boarding del pronto soccorso e alla gestione della risorsa posto letto.
4. Presentazione e condivisione della proposta progettuale alle Direzioni Aziendali.

Risultati

Redazione di un protocollo di attivazione del servizio di Bed Management composto da istruzioni operative, che coinvolgono tutte le Unità Operative del Presidio Ospedaliero di Chivasso (ASL TO4 - Regione Piemonte).

Discussione

Il paziente in boarding va ricoverato in tempi celeri nel reparto d'elezione e, qualora non ci sia posto letto disponibile, nel dipartimento d'elezione o anche in un altro dipartimento ospedaliero nel caso non ci sia altro posto disponibile. Questo modello di gestione va commisurato al livello di sovraffollamento rilevato mediante il confronto con soglie di criticità predefinite, utilizzando l'indice di NEDOCS.

Conclusione

In conclusione, è evidente come sia necessario integrare la gestione dei flussi con un servizio dedicato. Non sono disponibili soluzioni semplici, condivise e trasferibili in realtà omogenee per affrontare il problema del sovraffollamento; non va considerato un problema esclusivo del dipartimento di emergenza, ma è un problema dell'intero ospedale.

P 26

4900

MAPPATURA DELLE COMPETENZE INFERMIERISTICHE NEL DIPARTIMENTO DI EMERGENZA-URGENZA DEL P.O. DI CHIVASSO (TO): STUDIO OSSERVAZIONALE PROSPETTICO

Daniela Berardo, C. Dello Russo, I. Santomauro, R. Sturaro, V. Tiozzo, M. Fontana, C. Occhiena, P. Franzese, R. Ippolito, A. Girardi.

ASL Torino 4 - berardo.daniela@gmail.com

Introduzione

L'interesse verso la mappatura delle competenze nasce nell'ambito della gestione delle risorse umane, che negli ultimi anni ha

dato particolare rilevanza all'approccio competency- based. Il concetto di competenza applicato all'infermieristica risulta essere l'unione di aspetti tipici del profilo professionale dell'infermiere, quali le conoscenze, le abilità, le performance, i valori e le attitudini; questo porta ad abbandonare la divisione dicotomica tra aspetti di performance e psicologici, accogliendo così una definizione più olistica, che racchiuda tutti gli aspetti che rendono peculiare la professione infermieristica. L'utilizzo di questo approccio può fornire diverse possibilità di utilizzo; sul piano personale può consentire di rilevare e valorizzare abilità e competenze individuali funzionali alla realizzazione della performance mentre, sul piano organizzativo, la sua applicazione può apparire funzionale nel reclutamento del personale e per la certificazione delle competenze del professionista. Il Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) di I livello di Chivasso (TO) è composto in otto divisioni funzionali in cui il personale infermieristico viene impiegato trasversalmente in queste aree e ciò implica l'acquisizione di competenze diverse e specifiche per ogni settore. In questo setting ospedaliero, attualmente manca un'identificazione delle attività clinico-assistenziali e dei comportamenti richiesti che sottostanno alle competenze infermieristiche di cui necessita questo contesto. Alla luce di queste considerazioni, è stato condotto uno studio osservazionale prospettico presso il DEA del P.O. di Chivasso in cui l'attenzione si è concentrata sui professionisti che operano nel settore dell'Emergenza-Urgenza, individuandone le attività, i comportamenti e le capacità come viene definito dal modello delle competenze proposto da W. Levati e M.V. Saraò.

Obiettivo

L'obiettivo principale dello studio è di esplorare le competenze infermieristiche nell'ambito dell'emergenza-urgenza utilizzando un sistema di mappatura basato sulla rilevazione delle attività effettive, dei comportamenti e delle capacità individuali.

Materiali e metodi

È stato condotto uno studio osservazionale prospettico da novembre 2022 a gennaio 2023 presso il DEA del P.O. di Chivasso (TO). Il modello di mappatura delle competenze, sviluppato da W. Levati e M.V. Saraò, è stato scelto in base ad alcune caratteristiche, quali la facile applicabilità e la modalità di rilevazione dei dati, utili allo sviluppo dello studio nel setting di riferimento individuato. Sulla base di tale modello, l'impianto di studio è stato composto in tre fasi:

- Fase 1: osservazione non partecipata delle attività nel contesto individuato;
- Fase 2: individuazione dei comportamenti, ovvero classificazione generale delle azioni necessarie per lo svolgimento delle attività;
- Fase 3: definizione delle capacità che i comportamenti sottendono, sotto il profilo psicologico.

La fase 1 ha previsto l'osservazione non partecipata delle attività nelle singole aree funzionali, per un totale di 60 ore. Un singolo osservatore ha rilevato le attività tecniche, relazionali e comunicative svolte nell'erogazione dei principali servizi. Le attività che non sono state riscontrate nella finestra di osservazione sono state integrate grazie all'ausilio del framework anglosassone "National Curriculum and Competency Framework for Emergency Nursing".

La fase 2 ha previsto l'associazione delle attività di fatto con i comportamenti, vale a dire una categorizzazione generale delle singole attività svolte. Questa fase è avvenuta ricercando parole chiave ricorrenti e aree semantiche affini nelle descrizioni delle singole attività.

La fase 3 ha permesso la consolidazione dell'abbinamento fra comportamenti e capacità sottostanti, così come presentato nel modello di W. Levati e M.V. Saraò.

Risultati

Sono state individuate 505 attività, abbinate a 13 comportamenti, a loro volta costituiti dalla combinazione delle 15 capacità presentate nel modello teorico di riferimento. Le attività sono state suddivise in tre macrocategorie:

1. buone pratiche di cura: attività svolte in relazione al ruolo ricoperto in qualità di professionista infermiere, strettamente legate alle indicazioni del profilo professionale e il codice deontologico;
2. temi trasversali: attività generiche applicate in qualsiasi contesto di assistenza, indipendentemente dalle condizioni cliniche dell'assistito;
3. domini clinici dell'area di emergenza: attività specifiche dell'assistenza in area di emergenza- urgenza.

Le prime due, rappresentano azioni caratteristiche della professione infermieristica, considerate indispensabili ma non specifiche nel contesto di emergenza-urgenza; l'ultima macrocategoria è specifica delle attività inerenti all'area critica. Per facilitare la fruizione dei contenuti e individuare al meglio le singole attività, queste macrocategorie sono state ulteriormente suddivise in sottocategorie e classi basate sulle specialità mediche e tipologia di utenti. I risultati sono stati rappresentati in una tabella composta da tre colonne: la prima contenente le attività di fatto, la seconda con i comportamenti associati a ciascuna attività e infine la terza contenente le capacità costituenti il singolo comportamento.

Conclusioni

Questo studio ha posto le premesse per poter utilizzare, nella gestione del personale infermieristico, un approccio basato sulle competenze. L'utilizzo di tale modello può permettere la diffusione di comportamenti efficaci; funge da stimolo per lo sviluppo del personale e risulta essere anche un ottimo strumento sia in ambito organizzativo che formativo. In merito allo studio, è stato riscontrato un limite riguardo l'affidabilità: l'identificazione delle competenze è stata svolta unicamente da infermieri, assumendo quindi un'unica prospettiva di analisi, che potrebbe aver prodotto distorsioni nell'individuazione delle attività. In conclusione, questo lavoro ha gettato le basi per poter creare nel DEA del P.O. di Chivasso un metodo di certificazione delle competenze specifiche del personale infermieristico coinvolto nell'ambito dell'emergenza-urgenza.

P 27

4907

L'INFERMIERE SPECIALISTA IN UTI UN'ETICHETTA O UNA RISORSA?

Laura Mattioli, Elena Sassi, Anna Zenere, Barbara Lipania.

Az.Osp.Univ.Integrata Verona - laura.mattioli@aovr.veneto.it

Introduzione

Nel periodo post pandemico e in particolare da giugno 2021, la nostra unità operativa (UO) ha affrontato un'importante turnover di personale, che ha portato ad una sottrazione di colleghi esperti e all'arrivo di colleghi neofiti. L'UO ha creato un programma di formazione continua avanzata tenuto e organizzato da infermieri e medici, con lo scopo di migliorare le conoscenze pregresse e implementare gli aspetti peculiari della nostra UO. La partecipazione poteva avvenire in modalità duale: in presenza o per via telematica. La nostra realtà svolge sia attività di Terapia Intensiva (TI) che servizio di Anestesia, quindi, gli argomenti sono stati suddivisi in macroaree: infezioni correlate all'assistenza (prevenzione e trattamento); ventilazione meccanica e vie aeree difficili (gestione e strategie di prevenzione); ventilazione meccanica invasiva; monitoraggio neurologico; monitoraggio emodinamico avanzato; accessi vascolari; nutrizione e metabolismo nel paziente critico; gestione del paziente chirurgico epatico; gestione del paziente chirurgico pancreatico; gestione del paziente chirurgico "Head-Neck"; gestione del paziente in NORA (Non Operating Room Anesthesia). Il neofita, all'interno della TI viene affiancato dall'infermiere esperto per un periodo di due mesi, seguendo un programma di inserimento con obiettivi temporali e riflessioni valutative intermedie. Successivamente il collega segue l'infermiere esperto nella turnazione lavorativa per un periodo di circa un anno, avendo un punto di riferimento in caso di necessità. La mancanza di personale esperto ha fatto emergere la necessità di modificare e rafforzare il progetto, di affiancamento e inserimento del neoassunto, e di rispondere e colmare in modo dinamico il bisogno formativo e di competenze trasversali dei colleghi. È stata necessaria una mappatura delle competenze infermieristiche che, secondo anzianità di servizio e classificazione di Benner, ha rilevato che su 44 infermieri ad assistenza diretta, vi sono 5 infermieri esperti, 4 abili, 12 competenti, 13 principianti avanzati e 10 infermieri principianti. Al fine di ottenere il massimo rendimento dalle competenze presenti, si è resa necessaria una successiva analisi per implementare la mappatura preesistente, inserendo le competenze formative del personale tra cui i corsi avanzati nell'area emergenza ed i master di primo livello in possesso.

È emerso che vi sono 11 infermieri specialisti con un master di primo livello suddivisi in anestesia e rianimazione, area critica, emergenza urgenza, wound care, cure palliativa, coordinamento. L'infermiere specialista è una figura attualmente ancora in discussione nel panorama italiano ma viene identificata con l'infermiere in possesso di un master di primo livello. Ci siamo quindi chiesti come poter ottimizzare le risorse presenti per contribuire al raggiungimento di competenze da parte di tutti gli infermieri, unendo le abilità dell'infermiere esperto con le competenze dell'infermiere specialista.

È stato quindi creato un team-work formato da due infermieri esperti, due infermieri abili di cui 3 in possesso di un master di primo livello.

Obiettivi

Creare un gruppo team-work per definire le competenze infermieristiche avanzate all'interno della nostra UO e rispondere ai fabbisogni formativi.

Indagare quale ruolo possa avere l'infermiere specialista in TI che, oltre ad essere un professionista formato e sempre in cerca di aggiornamenti e di miglioramenti, può divenire risorsa per l'avanzamento delle competenze del gruppo mettendo a disposizione il proprio saper fare e saper essere tipico del professionista con competenze avanzate in terapia intensiva.

Materiali e metodi

È stata condotta un'indagine descrittiva somministrando un questionario anonimo a tutti i colleghi dell'UO, utilizzando il modello di questionario di gradimento per i corsi ECM. È stato richiesto se avessero partecipato alle lezioni del corso di formazione avanzata, elencando le macroaree trattate. Per ogni argomento è stato chiesto di esprimere valutazioni di gradimento, usando una scala Likert con punteggio da 1 a 5 dove 1 era negativo fino a 5 molto positivo, riguardo: utilità dell'argomento trattato, rilevanza della tematica e se il tempo offerto era stato sufficiente. Per ogni macroarea era poi possibile scrivere item su aree di interesse da approfondire. Coloro che non avevano partecipato alle lezioni sono stati invitati ad elencare le motivazioni della loro assenza. Veniva inoltre richiesto di indicare l'anzianità di servizio espressa in anni.

Risultati

Sono stati consegnati 44 questionari e ne sono stati raccolti 43. Dall'analisi è emerso che la percentuale di aderenza alle 10 macroaree è stata del 51% (22/43), ma nello specifico gli incontri che hanno ricevuto maggiore affluenza sono stati: monitoraggio emodinamico avanzato 65% (28/43), ventilazione meccanica invasiva 63% (27/43), monitoraggio neurologico 56% (24/43), infezioni correlate all'assistenza e nutrizione enterale nel paziente critico 51% (23/43). L'argomento con minore aderenza è stata la gestione del paziente sottoposto a NORA (Non Operating Room Anesthesia) con 30% (13/43).

I motivi della non partecipazione sono stati: il non essere ancora presente nell'organico (9 risposte) e la non compatibilità tra gli orari della lezione e i turni di lavoro (25). Per quanto riguarda la rilevanza e l'utilità di ogni singolo argomento il punteggio in una scala da 1 a 5 è stato tra 4 e 5 quindi utile e rilevante. L'item sul tempo dedicato ad ogni macroarea ha ricevuto punteggi da 3 a 5. Gli item sulle aree di interesse da approfondire sono stati in media 9 per ogni macroarea ed hanno interessato tutti gli argomenti anche quello con minore aderenza. In particolar modo gli item sono raggruppabili in 4 macroaree:

1. approfondimenti di area critica (tra cui gestione della terapia farmacologica in sicurezza, differenza tra isolamento da contatto e preventivo, gestione del paziente chirurgico con gestione dei drenaggi addominali, gestione paziente ematologico con riferimenti alla gestione della chemioterapia);
2. approfondimenti su wound care (tra cui gestione mobilitazione);

3. approfondimento di rianimazione (tra cui modalità ventilatorie);

4. approfondimenti di emergenza urgenza (tra cui accessi venosi, monitoraggio neurologico).

Discussione

Il punto di forza di questa indagine risiede nella quasi totalità di aderenza da parte dei colleghi e un desiderio di continua ricerca come risulta dal numero di contenuti di approfondimento elencati. Il team-work che ha analizzato i dati ha riscontrato tra i principali motivi di non aderenza alle lezioni l'incompatibilità tra orari di lezione e turni di lavoro e il fatto che alcuni colleghi non erano ancora presenti nell'organico al momento delle lezioni. Le lezioni sono comunque fruibili e consultabili su disco Drive. L'analisi delle risposte al questionario ha delineato la necessità di un approfondimento in determinate aree già incluse nel progetto formativo e la necessità di trattare: la mobilitazione del paziente e il paziente ematologico, con un particolare interesse per la gestione in sicurezza della terapia farmacologica. Il quadro delineato ha portato il gruppo di studio a formulare un'ipotesi sulla necessità di organizzare dei gruppi di lavoro formati da 1 esperto (il cui ruolo è di tutoraggio) e un infermiere specialista in possesso di un master inerente alla tematica da approfondire. Lo scopo di questo gruppo sarà quello di produrre del materiale didattico per far fronte al bisogno di formazione continua dei colleghi, che sarà visionabile in qualsiasi momento. Il materiale sarà a disposizione di tutti i professionisti dell'unità operativa su una apposita piattaforma informatica e gli argomenti saranno strutturati in video-pillole della durata massima di 15 minuti. La piattaforma risulterà interattiva in quanto i professionisti avranno anche accesso ad un forum di discussione dove porre domande dirette rivolte all'infermiere esperto/specialista.

Conclusioni

L'infermiere specialista all'interno della TI rappresenta una risorsa fondamentale nell'affiancare l'infermiere esperto nella formazione del neoassunto. La sua preparazione mirata in aree di competenza specialistiche, permette di completare i progetti formativi già preesistenti, adattandoli al continuo sviluppo di nuove tecnologie e procedure. Il paziente critico, infatti, risulta imprevedibile e in continua evoluzione, come dimostrato dal periodo pandemico e all'infermiere di area critica viene richiesto una continua e costante adeguatezza e ricerca al fine di offrire un'assistenza di qualità.

P 28

4908

L'INFERMIERE SPECIALISTA E DI PRATICA AVANZATA: OVERVIEW SU FORMAZIONE E COMPETENZE PER LA PROGRESSIONE DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

Viviana Ciprian, Luciano Cellura, Letizia Pascarelli, Attilio Quaini, Giuseppina Grugnetti, Anna Maria Grugnetti.

Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo Pavia - ciprianviviana@gmail.com

Background

Le criticità che affliggono i pazienti e la sempre maggiore complessità che li caratterizza, comporta la necessità di un setting adeguatamente adibito, tecnologicamente avanzato, in cui i principali attori dell'assistenza sono infermieri formati ed addestrati per muoversi in quest'ambiente, che è la Terapia Intensiva (TI). Afferente all'Area Critica, questa realtà operativa si pone come scenario dei momenti più delicati della vita di un essere umano: che si tratti di insufficienze di organo acute o compromissione di uno o più funzioni vitali, esse sono tutte condizioni cliniche la cui gestione vede come conditio sine qua non un'elevata attività assistenziale che si traduce con il monitoraggio continuo tramite dispositivi sempre più evoluti, la gestione di terapie tanto potenti e delicate quanto pericolose, l'attenzione si metodica, ma anche intuitiva, rispetto alla labilità del paziente con conseguente prontezza d'azione. Tutto questo presuppone ragguardevoli competenze e responsabilità, tali da rendere quanto descritto una vera e propria realtà di pratica avanzata. Molti studi suggeriscono la necessità di una formazione specifica e tale da consentire che i due tratti in questione, reciprocamente collegati, siano tali da fronteggiare le situazioni in essere, garantendo outcomes migliori nei confronti dei pazienti e degli stessi attori dell'assistenza in termini di soddisfazione, riconoscimento e autodeterminazione professionale. Ulteriore chiave di lettura delle figure infermieristiche, viene fornita dal Processo di Bologna ed il Progetto Tuning, i quali mirano a creare convergenza nei percorsi accademici; in particolare il Processo di Bologna introduce una linea di istruzione comune, suddivisa in tre cicli consecutivi: laurea breve, magistrale e dottorato. Il panorama europeo si pone come contesto al quale attingere per valutare cosa hanno da offrire le relative nazioni circa tutti gli step formativi che rendono l'infermiere tale da poter operare nell'Area Critica: percorsi formativi molto differenti tra loro ma pur sempre soddisfacenti per il riconoscimento della qualifica professionale secondo criteri specifici. Nel panorama mondiale ed europeo, grazie all'impegno di società come l'International Council of Nurses (ICN), vengono identificati oltre all'infermiere generalista (Registered Nurse - RN), l'infermiere specialista clinico (Clinical Nurse Specialist - CNS) e l'infermiere di pratica avanzata (Advanced Practice Nurse - APN). Questo sguardo d'insieme, permette di constatare la difficoltà nell'attribuire un riconoscimento univoco, nonché nel delineare un unico core of competence per gli infermieri specialisti a causa, appunto, della definizione dei differenti percorsi formativi, delle strutture dei curriculum e degli outcomes di apprendimento, che rimangono differenti nei diversi Paesi.

Obiettivo

Questo studio si propone di dare un quadro generale dei percorsi formativi e delle competenze acquisite nel panorama europeo per quanto riguarda la figura dell'infermiere che lavora in TI.

Materiali e metodi

È stata condotta un'overview, abbracciando i termini cardine, in modo tale da approfondire e declinare tutto ciò che concerne l'ambito delle competenze con quello che è il mondo infermieristico rispetto all'Area Critica. Il materiale è stato individuato, attingendo sia a siti internet di società scientifiche (WHO, ICN, ESNO, CCNA, ANA, FNOPI) che a banche dati, quali PubMed, Cinahl ed

Embase. Si è proceduto con un'organizzazione tematica di quanto pertinente e accessibile ci fosse, non imponendo limiti temporali alla ricerca, in modo da poter delineare un quadro generico della situazione, nonché del percorso storico – normativo che affronta i gap afferenti al curriculum e alle core competence dell'infermiere specialista.

Discussione

La comprensione della figura dell'infermiere specialistica e di pratica avanzata in Italia è fondamentale per la crescita professionale, nonché strategica per il riconoscimento da parte delle istituzioni, degli enti regolatori e, conseguentemente, del mercato del lavoro, soprattutto in un momento di grave carenza di risorse professionali. Nel panorama europeo, come si evince dalla letteratura, è dimostrato quanto sia fondamentale una normativa coerente, chiara, adeguata ai percorsi di studi e delle responsabilità, ma soprattutto il riconoscimento del ruolo dell'infermiere specialista e di pratica avanzata in TI. In Europa, tra i vari stati membri, vi è molta incoerenza legislativa a riguardo. Per uniformare le specializzazioni e l'assistenza infermieristica di pratica avanzata, percorsi di studio e competenze, sarebbe necessario un adeguamento della normativa di regolamentazione della professione coerente e uniforme per gli stati membri; questo è fondamentale per sostenere l'implementazione del ruolo considerando i diversi livelli internazionali, nazionali e regionali.

Conclusione

Il modello dell'infermiere con competenze avanzate presentato dall'ICN è ormai presente in numerosi paesi nel mondo; questo contribuisce a migliorare la qualità assistenziale. Ne sono la dimostrazione tutte quelle realtà in cui è presente e laddove sono state previste normative qualificanti che identificavano chiaramente ruolo, responsabilità e campo di attività. In Italia, la professione infermieristica appare pronta ad un ulteriore sviluppo professionale che possa consentire la piena espressione e valorizzazione del potenziale infermieristico in ambito intensivo.

Parole chiave

intensive care unit (terapia intensiva), clinical competence (competenze cliniche), nurse specialist (infermiere specialista), advanced practice nurse (infermiere di pratica avanzata), role (ruolo), core curriculum, education (formazione).

Bibliografia

Fougère, B., et al. (2016). RETRACTED: Development and implementation of the advanced practice nurse worldwide with an interest in geriatric care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(9), 782-788.
Pulcini, J., Jelic, M., Gul, R., Loke, A. Y. (2010). An international survey on advanced practice nursing education, practice, and regulation. *Journal of nursing scholarship*, 42(1), 31-39.
Sheer, B., Wong, F. K. Y. (2008). The development of advanced nursing practice globally. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(3), 204-211.
Woo, BF. Y., Lee, J.X.Y., Tam, W.W.S. (2017). The impact of the advanced practice nursing role on quality of care, clinical outcomes, patient satisfaction, and cost in the emergency and critical care settings: a systematic review. *Human resources for health*, 15, 1-22.
Sitografia
<https://international.aanp.org/>
<https://www.icn.ch/who-we-are/icn-nurse-practitioneradvanced-practice-network-npapn-network>

P 29

4909

L'INFERMIERE SPECIALISTA DI AREA CRITICA E LA FORMAZIONE SU CAMPO A NEO ASSUNTI: ESPERIENZA DELLA MEDICINA INTERNA DELL'ASL CUNEO2

Sabrina Panebianco, M. Nicola, S. Contini, L. Canta, S. Panebianco, I. Isoardi, E. Piumatti.
ASL Cuneo 2 - spanebianco@aslcn2.it

Introduzione

La Medicina Interna multi specialistica dell'Asl Cn2 è composta da 72 posti letto così suddivisi: 4 posti letto dedicati all'accoglienza di utenti che necessitano di un costante monitoraggio e il supporto delle funzioni vitali (sub intensiva) e 68 posti letto dedicati alla degenza (suddivisi a loro volta in 8 settori infermieristici). Il settore antecedente la sub intensiva (denominato settore A) è composto da 8 posti letto ed è spesso dedicato ad accogliere i pazienti che vengono trasferiti dalla sub intensiva o che vengono ricoverati per un'alta intensità di cura. Il bacino d'utenza offerente alla struttura, il continuo aumento della cronicità/instabilità degli utenti presenti sul territorio e l'organizzazione interna del servizio ha richiesto sia di predisporre un setting di cura/assistenza idoneo ad accogliere l'instabilità degli utenti sia di uniformare/condividere le competenze avanzate degli infermieri del gruppo di lavoro della Medicina Interna¹. Conseguentemente all'ingresso di 10 infermieri neo inseriti (19%) nell'ultimo semestre (gennaio 2023- giugno 2023), stimata la media di anzianità lavorativa degli infermieri (esperienza lavorativa in medicina interna) di anni 5±7, la presenza di numerosi infermieri in possesso del master di I livello di area critica e/o terapia endovenosa e accessi vascolari e/o laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche (15%), la necessità di sopperire all'esigenza aziendale/territoriale e a sostegno della formazione continua del professionista, si è definito un percorso formativo rivolto agli infermieri della Medicina Interna neo assunti e curato dagli infermieri specialisti di area critica². Questa scelta è stata fortemente sostenuta dal Direttore medico della S.C. Medicina Interna e dalla DiPSa che attribuiscono notevole importanza alla formazione post-base dei professionisti.

Materiali e metodi

Gestione risorse professionali:

1. reclutamento docenti: al fine di offrire l'opportunità di formatore/tutor agli infermieri in possesso di master I livello di area critica,

il coordinatore infermieristico ha mappato le competenze degli infermieri che fanno parte del gruppo di lavoro della Medicina Interna (criteri di inclusione: master I livello in area critica e/o esperienza lavorativa di 5 anni) e ha reclutato 5 infermieri. A loro volta i professionisti hanno manifestato l'interesse a ricoprire questo incarico;

2. iscrizione al corso delle risorse professionali. Ogni edizione ha accolto 5 infermieri neoassunti e 10 infermieri che hanno dichiarato la necessità di colmare il proprio bisogno formativo in riferimento agli argomenti proposti.

Formazione

Corso di formazione residenziale. In coerenza e in conformità con quanto riportato dal Codice Deontologico (art.8-10-11-13-16) e dal Profilo Professionale (art. 4) il coordinatore infermieristico insieme al responsabile scientifico hanno progettato un evento formativo volto a sostenere l'assistenza in tutti gli 8 settori della medicina interna in un contesto sempre più complesso e intensivo, in collaborazione con gli infermieri specialisti di area critica e specialisti medico chirurgo-otorino-internista interpellati in qualità di docenti.

Risultati

L'evento formativo dal titolo: "Il paziente ad alta intensità di cura in medicina interna" è stato riproposto per due edizioni nell'anno 2023 (18/5 e 31/5) e ne seguirà una terza al fine di raggiungere il 100% dei richiedenti (prevista il 4/10/23). Nello specifico nelle due edizioni hanno partecipato 30 infermieri del servizio. Le lezioni frontali sono state condotte da un'equipe multi professionale (5 infermieri specialisti di area critica e 7 medici specialisti) ed è stato rivolto a infermieri neoassunti e a infermieri che hanno dimostrato interesse al fine di acquisire le competenze avanzate mancanti relative alla presa in cura del paziente critico in medicina interna. Durante il corso sono state approfondite tematiche inerenti il paziente affetto da insufficienza respiratoria, portatore di drenaggio toracico, con tachiaritmia e portatore di tracheotomia. I 5 infermieri specialisti di area critica hanno esposto 5 argomenti: l'applicazione del codice deontologico nell'ambito della medicina interna; l'emogasanalisi, indicazioni per una corretta esecuzione del prelievo arterioso; AIRVO e NIV, istruzioni per predisposizione ed il montaggio; il monitoraggio del paziente con l'utilizzo della telemetria; assistenza al paziente con tracheotomia. Hanno supervisionato in completa autonomia 5 postazioni di laboratorio: ventilatori, prelievo da CVC, lavaggio midline/Picc, medicazione CVC e arteria, posizionamento accesso arterioso, distinzione tra cannule tracheotomiche lisce/cuffiate/fenestrate e cuffiaggio con manometro.

Discussione

Il corso di formazione ha garantito e continua a garantire la competenza avanzata di professionisti specialisti in materia cercando di uniformare il comportamento degli altri infermieri. La risposta da parte degli infermieri è stata partecipativa: intervenivano, porgevano domande in particolar modo durante le esercitazioni pratiche. I feedback raccolti sono stati positivi (test valutazione ECM e ricaduta assistenziale). Analizzando macroscopicamente il corso proposto si evidenzia l'importanza degli infermieri specialisti di area critica in qualità di divulgazione dei contenuti competenti e in linea con le evidenze scientifiche. Tali infermieri svolgendo nel quotidiano l'attività in un contesto di area critica e formando/sostenendo/supervisionando i colleghi rendono evidente la necessità di valorizzare le competenze avanzate sia il ambito clinico sia in ambito formativo.

Conclusione

La formazione consente sia di diffondere le nozioni apprese dall'infermiere specializzato di area critica durante il percorso master di I livello sia di realizzare una parte di apprendimento pratico con esercitazioni e simulazioni per i professionisti che si trovano ad assistere pazienti critici e complessi subito dopo la laurea. Analizzando i dati raccolti, questa modalità formativa composta da teoria, simulazioni ed esercitazioni, può ritenersi una soluzione valida sia per l'inserimento dell'infermiere specialista in area critica sia per far emergere la spendibilità del titolo accademico in termini di carriera e ricaduta clinica. Prospettive future: elaborare un profilo di competenza degli infermieri che esercitano la professione in medicina interna in ASL CN2; progettare un corso di formazione di II livello per i neoassunti.

P 31

4914

POSIZIONAMENTO ECO-GUIDATO DI ACCESSI VASCOLARI PERIFERICI IN PAZIENTI CON DIVA: UNO STUDIO OSSERVAZIONALE NEL PRONTO SOCCORSO DELL' OSPEDALE M. BUFALINI DI CESENA

Mattia Mastrandrea, F. Maroni, E. Ferretti, A. Fusconi, R. Liberatore, G. Donadel. AUSL Romagna - mattia.mastrandrea@gmail.com

Background

L'uso ecografico per il posizionamento di accessi vascolari è stato dimostrato essere un metodo alternativo efficace rispetto a quello tradizionale, specialmente nei pazienti con difficult intravenous access (DIVA). L'obiettivo primario dello studio è valutare la percentuale di successo nel posizionamento dell'accesso vascolare periferico eco-guidato nei pazienti con DIVA in Pronto Soccorso(PS). End point secondario era quello di considerare il numero di tentativi necessari per ottenere una via venosa periferica in ecoguida dopo due tentativi infruttuosi con tecnica tradizionale.

Materiali e metodi

E' stato condotto uno studio osservazionale sui pazienti con DIVA nel setting di PS dell'Ospedale M. Bufalini di Cesena. I dati sono stati raccolti in una finestra temporale che parte da Ottobre 2021 e si conclude ad Ottobre 2022. Sono stati inclusi nello studio esclusivamente pazienti con DIVA, definiti come tali in seguito al fallimento di due tentativi di posizionamento di catetere vascolare periferico con metodica tradizionale. Successivamente è stata analizzata la casistica sui tentativi di accesso vascolare con un'analisi sia di tipo qualitativo (successo/insuccesso) sul posizionamento del device vascolare, che una di tipo quantitativo sui tentativi di accesso.

Risultati

Sono stati selezionati 183 pazienti con DIVA all'arrivo in PS con almeno due tentativi infruttuosi di posizionamento di device vascolare con metodica tradizionale. In totale sono stati eseguiti 232 tentativi di incannulamento vascolare. Globalmente sono stati posizionati con successo 195 (84,1%) accessi vascolari, mentre i tentativi infruttuosi di posizionamento sono stati 37 (16,0%). Sul totale degli accessi correttamente posizionati, 168 (86,2 %) sono stati posizionati al primo tentativo, 24 (12,3%) al secondo tentativo e 3 (1,5%) al terzo tentativo. Dei 183 pazienti totali selezionati a 178 (97,3%) è stato posizionato uno o più device correttamente con metodica ecografica, mentre per i restanti 5 (2,7%) si è dovuti ricorrere ad altre metodiche.

Conclusioni

Lo studio ha evidenziato il vantaggio ottenuto dall'utilizzo dell'ecografia in PS per il posizionamento dell'accesso vascolare nei pazienti con DIVA, laddove la metodica tradizionale si sia dimostrata fallimentare; infatti sul 97,3% dei pazienti selezionati è stato posizionato almeno un accesso vascolare ecoguidato. Dunque, questo studio rappresenta il punto di partenza per lo svolgimento di ipotesi di ricerca più approfondite in merito all'uso ecografico per accessi vascolari nei PS.

P 34

4939

IL PROCESSO DI CONTENZIONE IN TERAPIA INTENSIVA: STUDIO QUALITATIVO SUL VISSUTO DEI SANITARI

Lucia Dignani, Valeria Barbizzi, Valentina Calisse, Roberta Castorani.
Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche - luciadignani@yahoo.it

Introduzione

L'utilizzo di misure restrittive nei setting assistenziali, al fine di migliorare la sicurezza dei servizi sanitari sia per i pazienti che per il personale che eroga assistenza, è un argomento oggetto di numerose ricerche. Nelle strutture sanitarie le misure di contenzione vengono adottate soprattutto nelle unità di cura in cui i pazienti sono sedati, confusi, deliranti, fisicamente pericolosi per sé stessi e per gli altri, oppure quando i metodi alternativi alle procedure restrittive risultano inadeguati o controindicati. Tuttavia gli interventi di contenzione possono rappresentare una violazione dei diritti dell'individuo, quindi richiedono un'attenta valutazione. In letteratura i dati sull'utilizzo dei mezzi di contenzione variano a seconda del setting assistenziale e del tipo di intervento contenitivo attuato. In generale, all'interno degli ospedali l'uso della contenzione risulta più frequente nei reparti di cure intensive rispetto a quelli non intensivi. Nonostante la presenza di numerosi studi quantitativi che indagano il fenomeno e lo riconducono ad un intervento assistenziale per garantire la sicurezza delle persone assistite, è poco noto il vissuto degli operatori coinvolti nel processo di contenzione. Risulta quindi interessante esplorare le motivazioni profonde, i sentimenti, gli atteggiamenti, le convinzioni di queste misure dal punto di vista dei sanitari.

Obiettivo

Esplorare il vissuto dei sanitari che prestano assistenza in terapia intensiva rispetto all'adozione delle misure di contenzione.

Materiali e metodi

È stato condotto uno studio qualitativo fenomenologico descrittivo. Il campione era composto da personale infermieristico e medico di terapia intensiva del Dipartimento di Emergenza di un Ospedale DEA di II livello del Centro Italia. Il campionamento di convenienza, avvenuto nel periodo settembre-ottobre 2022, si è protratto fino a saturazione dei dati. I sanitari sono stati arruolati su base volontaria, rispettando un unico criterio di inclusione: l'aver prestato servizio da almeno due anni nel setting di appartenenza. La raccolta dati è avvenuta attraverso interviste "face to face", condotte da un unico ricercatore, registrate e successivamente ritrascritte verbatim. Le interviste erano semi-strutturate e si basavano su 3 domande guida che esploravano l'esperienza vissuta in merito alla gestione del processo di contenzione. L'analisi delle interviste è avvenuta mediante Qualitative Content Analysis.

Risultati

Sono stati arruolati 18 sanitari, di cui 13 Infermieri e 5 Medici. L'analisi delle interviste ha portato all'identificazione di 28 temi, raggruppati poi in 6 differenti categorie: ricorrere alla contenzione, scelta del metodo contenitivo, percezione dei caregivers, dall'altra parte, vivere l'atto, ruolo della famiglia. Il ricorso all'adozione di misure contenitive viene descritto dall'intero campione come un intervento necessario in alcune particolari situazioni di agitazione psico-motoria, aggressività e delirium, quando le strategie alternative sono fallite e ci sono serie difficoltà nella gestione dell'assistito. Le motivazioni che maggiormente orientano a tale scelta sono: la protezione dell'assistito, il tentativo di preservare i numerosi devices e la sicurezza degli operatori. L'attivazione del processo contenitivo avviene prevalentemente dopo confronto e condivisione tra colleghi e in accordo con il medico. In minima parte, sono anche descritte particolari situazioni di emergenza in cui l'infermiere si trova ad assumere tale decisione in autonomia, dando priorità alla sicurezza del paziente. Rispetto alla scelta del metodo contenitivo, i sanitari dichiarano di preferire interventi di contenzione farmacologica, piuttosto che a misure restrittive fisiche. Nella maggior parte dei casi, familiari e caregivers accolgono l'intervento contenitivo con approvazione e comprensione, grazie all'istaurarsi di una comunicazione chiara ed efficace con il personale sanitario. Talvolta sono essi stessi a chiedere la contenzione per evitare che il proprio congiunto possa farsi del male. Sono rare le reazioni di familiari che vivono la pratica contenitiva con disappunto. Principalmente negative sono le emozioni vissute dagli operatori sanitari quando ricorrono all'utilizzo di misure contenitive. La maggioranza del campione vive la contenzione con stress, dispiacere e tristezza. Percepisce il ricorso alle strategie contenitive con senso di sconfitta. Solo una minoranza degli intervistati gestisce tale procedura con tranquillità, vivendola come un mero atto professionale. I sanitari percepiscono una mancata accettazione dell'intervento contenitivo da parte dei pazienti. Tuttavia, l'iniziale rifiuto da parte degli assistiti spesso lascia spazio ad una graduale accettazione del provvedimento, grazie al dialogo con i sanitari e alla comprensione della necessità dell'atto. Gli

intervistati ritengono importante il coinvolgimento e la presenza dei familiari come soluzione alternativa all'uso della contenzione: spesso, in presenza dei parenti, anche assistiti molto agitati si mostrano più tranquilli.

Conclusioni

Questo studio contribuisce a dare una visione del vissuto dei professionisti sanitari di Terapia Intensiva rispetto all'adozione delle misure di contenzione. I temi emersi hanno permesso di evidenziare aspetti suscettibili di miglioramento. È importante sensibilizzare gli operatori al riconoscimento precoce di soggetti a rischio di intervento contenitivo, supportarli nell'impiego di strategie alternative alla contenzione, implementare l'informazione e il coinvolgimento dei familiari, considerandoli una risorsa.

Parole chiave

Intensive Care, Restraint, Nurses, Doctors, Qualitative Research.

P 35

4940

PREVALENZA E MODELLO PREDITTIVO (PRE-DELIRIC) DELL'ICU DELIRIUM NEI PAZIENTI RICOVERATI IN TERAPIA INTENSIVA

Francesco Gravante, Attilio Montagna, Carmine Guida, Antonello Pucci.
PO San Giuseppe Moscati di Aversa (Caserta) - fra.gravante83@gmail.com

Introduzione

Il delirium, nelle aree intensive (ICU), è una condizione patologica caratterizzata da un deficit cognitivo con un andamento fluttuante nell'arco della giornata associato ad un elevato tasso di mortalità ed a un aumento della degenza. Oltre l'80% dei pazienti con più di 70 anni sviluppa delirium durante il ricovero in ICU e oltre il 30% nelle aree non critiche. In letteratura viene descritto come l'ICU delirium abbia un impatto negativo su outcome come: giorni di degenza, giorni di ventilazione meccanica e weaning respiratorio. Il modello predittivo più utilizzato è il punteggio Prediction of Delirium in ICU Patients (PRE-DELIRIC). Ad oggi, i dati sull'ICU Delirium con la determinazione del rischio attraverso un modello predittivo validato, sono scarsi.

Obiettivo

L'obiettivo dello studio è quello di determinare la prevalenza e la durata del delirium in ICU. Inoltre, è stata indagata la relazione tra il delirium in ICU e la durata della degenza, la durata della ventilazione meccanica e la durata del weaning respiratorio.

Materiali e metodi

È stato effettuato una raccolta dati di tipo retrospettivo nel periodo compreso tra Dicembre 2017 e Luglio 2018 in un centro di rianimazione (Trauma Center) dell'Azienda Ospedaliera "San Camillo/Forlanini" di Roma. La raccolta dati è una seconda analisi di nuovi risultati, approvata dal comitato etico Lazio 1 (no. 1331/CE Lazio 1, /11/2020).

Criteri di inclusione/esclusione; sono stati inclusi tutti i pazienti che rispondevano ai seguenti criteri: età superiore ai 18 anni di entrambi i sessi; durata di degenza in ICU superiore alle 24h. Sono stati esclusi i pazienti diagnosi certificata di alterazione dello stato cognitivo o delirio al momento del ricovero in ICU; storia di compromissione cognitiva; trasferito da un'altra ICU; pazienti con disturbi visivi o uditivi; durata del ricovero inferiore alle 24h.

Due autori (A.P. e A.M.) hanno estratto i dati relativi ai pazienti inclusi nello studio attraverso l'interrogazione della cartella clinica informatizzata (Centricity Critical Care, GE Healthcare). Non ci sono stati dati incompleti. Le informazioni estratte includono le variabili come: età, genere, Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II), tipo di ricovero (chirurgico, medico, neurologico/neurochirurgico e trauma), coma, infezione, acidosi metabolica, sedativi e morfina, concentrazione di urea e ricovero urgente, giorni di degenza e giorni di ventilazione meccanica. Sono state estratte le misure per la valutazione del delirium una per turno, per cinque giorni e calcolato il punteggio PREDELIRIC con i fattori sopracitati nelle prime 24 ore dal ricovero nel centro di rianimazione.

L'ICU delirium è stato rilevato utilizzando la versione italiana della scala Intensive Care Delirium Screening Check List (ICDSC). La scala è composta da 8 items che valutano l'alterazione stato di coscienza, la disattenzione, il disorientamento, allucinazioni o psicosi, agitazione o ritardo motorio, alterazione del linguaggio o dell'umore, disturbo ciclo sonno/veglia e la fluttuazione dei sintomi. La scala restituisce come valore la presenza di ICU delirium (ICDSC ≥ 4) ICU delirium subclinico (ICDSC fra 1 e 3) o no (ICDSC = 0). Il modello predittivo utilizzato è il punteggio Prediction of Delirium in ICU Patients (PRE-DELIRIC)5 che include i fattori come: età, Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II), tipo di ricovero (chirurgico, medico, neurologico/neurochirurgico e trauma), coma, infezione, acidosi metabolica, sedativi e morfina, concentrazione di urea e ricovero urgente. Il modello restituisce un valore di rischio espresso in percentuale su quattro livelli: basso (0%-20%), moderato (21%-40%), elevato (41%-60%), elevatissimo (>60%). Gli outcome misurati sono la presenza dell'ICU delirium, l'impatto sui giorni di degenza, di ventilazione meccanica e sul weaning respiratorio sui ricoverati in ICU.

L'analisi statistica è stata svolta con il software IBM- SPSS. Media aritmetica e deviazione standard (DS) per le variabili età, punteggio APACHE II, giorni di degenza, giorni di ventilazione meccanica, mentre, frequenza assoluta e percentuale per la variabile genere. Le associazioni tra variabili sono state eseguite con il test chi-quadro o test di Fisher dove appropriato. Il gruppo dei pazienti è stato suddiviso in due gruppi, in base ai punteggi ICDSC: (1) presenza di ICU Delirium (ICU Delirium e Delirium subclinico) e (2) assenza ICU delirium (no ICU Delirium). Abbiamo utilizzato come cut-off di 12 (mediana) per la variabile giorni di degenza mentre per i giorni di ventilazione meccanica 10 (mediana). Il livello di significatività è stato posto per ≥ 0.05 .

Risultati

Sono stati arruolati un totale di 175 pazienti critici di cui 50 esclusi. Il 66.4 % (n=83) dei pazienti era di sesso maschile rispetto al 33.6% (n=42) di sesso femminile di età media 54.5 (DS=19.1), punteggio APACHE II medio era di 19.6 (DS=7.9), con giorni di de-

genza medio era di 17.3 (DS=15.8) e giorni di ventilazione meccanica medi erano di 17.3 (DS=13.1). La prevalenza di insorgenza del ICU delirium si attesta al 70.4% (n=88) dei casi. Nel 63.2% (n=79) dei casi l'ICU delirium è durato per i cinque giorni di rilevazione. Il 45.6% dei pazienti inclusi hanno un rischio elevatissimo di insorgenza di ICU Delirium. Il punteggio PREDELIRIC è associato ad un'insorgenza di ICU Delirium (P=0.0001). I pazienti con ICU Delirium sono associati alla non riuscita del weaning respiratorio dalla ventilazione meccanica (P=0.002). I giorni di degenza e i giorni di ventilazione non risultano avere un'associazione statisticamente significativa con l'insorgenza di ICU delirium.

Conclusione

L'ICU delirium è una condizione clinica che può insorgere durante il ricovero in terapia intensiva. Il riconoscimento precoce e l'utilizzo di modelli predittivi volti all'individuazione dei soggetti ad un elevato rischio di insorgenza di ICU Delirium può essere una strategia utile per attivare precocemente interventi non farmacologici al fine di ridurre l'insorgenza e la durata della sindrome. Nel nostro campione l'ICU Delirium sembrerebbe essere associato ad una difficoltà di riuscita del weaning respiratorio dal ventilatore meccanico.

P 36

4942

CRITICITÀ GIURIDICHE NEL CAMPO D'AZIONE DELL'INFERMIERE D'AREA CRITICA

Giovanni Pio Bosco, Elisa Di Tullio.

Ospedale San Raffaele - giovannibosco169@gmail.com

Introduzione

La professione infermieristica negli ultimi anni è stata investita da un'evoluzione che gli ha permesso di affermare una propria autonomia professionale ed un proprio campo di competenza. Un'evoluzione di fatto sia legislativa che accademica che ha dato luce ad una figura di tipo specialistica. La trattazione si occuperà di analizzare l'importanza del ruolo infermieristico nei dipartimenti di emergenza e di come nel panorama italiano non ci sia stata una dettagliata definizione del campo di competenza rendendo così il professionista vulnerabile davanti alla giurisprudenza.

Materiali e metodi

La ricerca della letteratura è stata condotta attraverso la consultazione di banche dati quali Medline (Pubmed), inoltre sono stati analizzati testi di legge ed articoli tramite siti web e libri di testo dedicati al tema in oggetto. La ricerca è stata effettuata considerando l'arco temporale di pubblicazione che va dal 1992 al 2022.

Risultati

Dalle più recenti evidenze scientifiche emerge quanto le competenze avanzate infermieristiche influenzino positivamente la mortalità e i tempi di degenza, ed il trattamento farmacologico da parte del personale infermieristico, unitamente ad un precoce inquadramento diagnostico, risulti fondamentale per evitare la corsa contro il tempo per le patologie tempo-dipendenti. Vista l'evoluzione della professione e l'affermarsi dell'autonomia professionale l'infermiere risulta preparato per la gestione di eventi emergenziali attenendosi a protocolli condivisi ed autorizzati.

Conclusioni

Nonostante le più importanti comunità scientifiche sostengano l'importanza dell'operato infermieristico nella gestione di determinati eventi di natura emergenziale, c'è ancora un gap legislativo importante che non tutela il professionista laddove deve adempiere ai suoi doveri nel mantenimento della salute dell'individuo. È quindi opportuno legittimare il ruolo di specialist a livello normativo riconoscendogli le reali responsabilità a cui è esposto. Alcuni studi suggeriscono quanto sia importante omogeneizzare la gestione dei servizi di emergenza-urgenza standardizzando i protocolli infermieristici su scala nazionale.

P 37

4945

RUOLO DELL'INFERMIERE DI EMERGENZA-URGENZA ALL'INTERNO DELL'EQUIPE USAR

Federico Calzolari, Martina Fabbri, Alfonso Flauto, Ilaria Mazzeo, Fabio Mora, Tommaso Nanetti, Alberto Pellacani, Antonino Giovanni Scopelliti.

Ausl Bologna - inf.calzolari.federico@gmail.com

L'acronimo USAR deriva dall'inglese Urban Search And Rescue, ed è stato coniato nel 2001 dall'ONU, a seguito del terremoto dell'Armenia, per standardizzare le operazioni e le attrezzature. Le manovre USAR consistono in attività di ricerca e salvataggio di persone disperse in ambiente urbano.

Si tratta solitamente di operazioni di soccorso che intervengono in occasione di eventi sismici, esplosioni, crolli di edifici e strutture o dissesti statici e idrogeologici atte al recupero e soccorso delle vittime sepolte da macerie o incapacitate. Per colmare il gap che intercorre tra il ritrovamento della vittima e il soccorso sanitario, oltre che per garantire la salute ed il benessere fisico del personale del nucleo, nasce questa volontà nonché esigenza di un lavoro in sinergia tra Vigili del Fuoco e personale sanitario. Questa collaborazione, già presente ed operativa in alcune regioni italiane (Toscana, Lombardia) risulta, visto anche l'aumento progressivo di eventi atmosferici ad alto impatto idrogeologico, sempre più fondamentale per la tutela della popolazione. È su queste premesse che verteranno impegno e prospettive del gruppo di lavoro dell'Emilia Romagna. Con la pubblicazione della Delibera Regionale n.

489 del 03/04/2023, il Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia Romagna ha avviato de facto l'istituzione di questi team, organizzando un reclutamento tra professionisti con alto profilo psico-fisico-attitudinale ed attuando un percorso formativo regionale (avente come capofila l'AUSL di Modena) che porterà alla realizzazione di squadre USAR formato da personale tecnico (VVF) e sanitario (medici ed infermieri dei Servizi di Emergenza Territoriale della Regione Emilia Romagna).

Questa sinergia, per quanto concerne la Centrale Operativa 118 Area Omogenea Emilia Est, potrà essere affrontata inizialmente dal gruppo dedicato alle maxi-emergenze di area vasta (AUSL Bologna, Modena, Ferrara, Imola) e successivamente da tutto il personale afferente ai Servizi di Emergenza Territoriale. Il percorso per diventare operatore USAR conterà di 36 ore di lezione che il Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco effettuerà a medici e infermieri di emergenza territoriale per la formazione-base per uno scenario di calamità. La componente sanitaria all'interno del nucleo USAR dovrà: in primo luogo essere in grado di fornire ai Vigili del Fuoco, impegnati sullo scenario, informazioni cliniche che consentano loro di prendere decisioni operative necessarie al buon svolgimento delle operazioni e, successivamente, espletare il suo ruolo attivo nel salvaguardare la salute, sia del nucleo che della popolazione interessata dall'evento che durante il salvataggio potrà richiedere azioni sanitarie altamente specializzate non differibili.

Le linee guida INSARAG forniscono delle indicazioni su dimensionamento, composizione e metodologie di lavoro dei team USAR, in particolare li classifica in tre livelli:

- Light: squadre solitamente locali che intervengono con mezzi e attrezzature convenzionali (Ricerca e soccorso urbano leggero);
- Medium: squadre con struttura organizzativa ben definita, intervengono con mezzi e attrezzature specifiche e devono essere in grado di operare 24 ore su 24 per 7 giorni (ricerca e soccorso urbano medio);
- Heavy: squadre con struttura organizzativa ben definita, intervengono con mezzi e attrezzature specifiche, possono operare anche fuori dal paese di origine, devono essere in grado di operare 24 ore su 24 per 10 giorni (ricerca e soccorso pesante).

La componente sanitaria all'interno delle squadre USAR varia in base al livello:

- Light: n. 2 Medici e n. 2 Infermieri per ciascun Modulo;
- Medium: n. 3 Medici e n. 3 Infermieri per ciascun Modulo;
- Heavy: n. 4 Medici e n. 5 Infermieri per ciascun Modulo.

La complessità e la criticità delle operazioni USAR esigono un accurato sistema organizzativo nel quale si integrano professionalità altamente qualificate ed abilità tecniche basate su comportamenti che richiedono un impegno cognitivo orientato al problem solving per i quali non è spesso disponibile una procedura codificata; ma è fondamentale "fare squadra", punto cardine di questo nuovo inizio su cui lavorare.

P 41

4953

LA CULTURA DELLA SICUREZZA UNA SCELTA STRATEGICA PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

Incoronata Chiusolo.

Azienda Ospedaliera di Padova - Incoronata.chiusolo@aopd.veneto.it

Introduzione

La gestione del rischio clinico e della sicurezza del paziente nelle Aziende Sanitarie è diventato un argomento di grande interesse, di approfondimento e di ricerca a livello nazionale con una serie di iniziative promosse dal Ministero della Salute dall'inizio del nuovo secolo. La regione Veneto ha creato nel 2006, un gruppo di coordinamento regionale per la sicurezza del paziente con diverse funzioni, quali: funzioni programmatiche, di monitoraggio e di coordinamento delle proposte regionali. Tutte le Aziende sanitarie si sono così dotate di strutture e strumenti per la gestione del rischio clinico sollecitate non solo da un punto di vista organizzativo ma anche da un punto di vista normativo.

A fronte dell'adozione ufficiale di metodologie e strumenti, quale ad esempio il sistema di segnalazione degli eventi avversi (incident reporting), non sempre si è riscontrato un uso effettivo ed efficace degli stessi, come sarebbe necessario per migliorare i livelli di sicurezza.

Le ragioni possono essere molteplici ma la loro cornice è costituita dalla "cultura della sicurezza". Tale concetto è presente abitualmente nelle organizzazioni sanitarie, prevalentemente con riferimento all'esigenza di non colpevolizzare chi è coinvolto negli eventi avversi, ma non sempre si adottano strategie per accertare, monitorare e sviluppare tale cultura, che necessita dell'impegno del singolo e dell'équipe nelle unità operative. Come evidenziato da molti studi, la cultura è determinante per il miglioramento dei livelli di sicurezza e qualità.

La gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente si basa sulla consapevolezza che il rischio zero non esiste e che la maggior parte degli errori si possono prevenire. Il tutto può avvenire migliorando le competenze dei professionisti sanitari attraverso la formazione base e /o post base e iniziative mirate. Per permettere che ciò accada è necessario conoscere la cultura di base e quella che orienta i comportamenti e le scelte dei professionisti. Inoltre, la ricerca e la pratica hanno dimostrato che l'efficacia nella gestione del rischio clinico viene conseguita solo se accompagnata da una coerente cultura della sicurezza nelle organizzazioni. Lo sviluppo della cultura deve essere progettato, implementato costantemente con idonee strategie; perciò, risulta importante accertare e monitorare il livello di cultura con strumenti idonei al contesto e setting assistenziale. La cultura della sicurezza è stata misurata in un'Azienda sanitaria del Veneto con uno strumento italiano.

Metodologia

Per la raccolta dati è stato utilizzato un metodo osservazionale utilizzando come strumento il questionario Accertamento Opinioni Sicurezza (AOS). La rilevazione è stata promossa e autorizzata dall'UOC Rischio Clinico ed è stata effettuata on line nel mese di Maggio 2023 per circa tre settimane ed ha riguardato tutti i professionisti sanitari (medici strutturati, coordinatori, infermieri e tutte

le professioni sanitarie, operatori sociosanitari compresi i medici in formazione). Il questionario consta di 37 domande, di cui: quattro domande sono relative ai dati anagrafici, due domande aperte e le restanti 31 relative la cultura della sicurezza, il rischio clinico e la sicurezza del paziente. I dati sono stati elaborati in forma aggregata e verranno restituiti a tutto il personale.

Risultati

Dai dati emersi hanno risposto al questionario AOS più di 2100 professionisti su circa 5000 dipendenti attualmente in servizio. Nello specifico nel Dipartimento di Emergenza Urgenza vi è stata un'aderenza del 40% del personale assegnato a quell'area. Nel complesso la cultura della sicurezza aziendale si preannuncia "in sviluppo". Il profilo che emerge relativamente ad una unità operativa o ad un dipartimento fornisce una visione della situazione chiara e consente di identificare bisogni comuni e specifici per area.

Conclusioni

Monitorare e porsi obiettivi in questo ambito culturale e professionale significa disporre di operatori sempre più sicuri e auspicabilmente in grado di implementare nella pratica clinica tutte le strategie disponibili per ridurre i rischi del paziente correlati all'assistenza. Va comunque messo in evidenza che, per far in modo che ciò accada, è necessaria una formazione adeguata del personale non intesa solo come formazione interna all'Azienda in questione ma risulta fondamentale introdurre già nel percorso di studi durante la formazione base/ post base delle diverse figure professionali corsi relativi la cultura della sicurezza e della cultura del no blame.

Bibliografia

Speroff T, Nwosu S, Greevy R et al. Organisational culture: variation across hospitals and connection to patient safety climate. Qual Saf Health Care 2010; 19: 592-596.
Reason J. Managing the risks of organizational accidents. Ashgate Publishing Company, Farnham (UK), 1997.
Global Aviation Information Network (GAIN): A roadmap to a just culture: enhancing the safety environment, 2004. http://flight-safety.org/files/just_culture.pdf.
von Thaden TL, Hoppes M. Measuring a just culture in healthcare professionals: initial survey results safety across high-consequence industries conference, St. Louis, September 20-22, 2005.
Flin R. Measuring safety culture in healthcare: a case for accurate diagnosis, Safety Science 2007; 45: 653-667.
Sinnott M, Shaban RZ. Can we have a culture of patient safety without one of staff safety? BMJ 2011; 342: c6171.

P 42

4956

TRIAGE INTRAOSPEDALIERO: PUÒ UN SISTEMA STUDIATO PER LE MAXI EMERGENZE FUNZIONARE ANCHE NELLA ROUTINE QUOTIDIANA?

Giulia Di Mattia, Erica Adrario, Paola Graciotti, Daniele Messi.
Ospedali Riuniti Ancona - giuladima89@gmail.com

Introduzione

Durante un disastro o un'emergenza, quando il numero di pazienti supera la capacità delle normali forze mediche, strutture e personale, keywords come risorse e tempo rappresentano i pilastri della medicina dei disastri. Quando si parla di triage, ancora di più la responsabilità viene elevata a potenza.

Le metodologie di triage utilizzate nella medicina delle catastrofi di fronte al quotidiano sovraffollamento dei Pronto Soccorso (PS) potrebbero influenzare positivamente la gestione di un gran numero di utenti, ma le circostanze di applicazione richiedono particolari riflessioni in merito alla sensibilità e la specificità degli stessi nel rispetto della sicurezza del paziente. Lo studio ha l'obiettivo di confrontare, in termini di rapidità ed assegnazione del "giusto" codice, i triage SMART, FAST, SORT e SIEVE con il triage globale di PS in condizioni ordinarie.

Materiali e metodi

Studio osservazionale con campionamento di convenienza, che esclude gli utenti con codice Bianco assegnato dal triage ordinario della SOD di Medicina di Emergenza e Accettazione degli Ospedali Riuniti di Ancona. Sono stati inclusi n.134 casi, tutti adulti, di cui 51 con patologia di origine traumatica (trauma) e 83 con patologia di origine non traumatica (no-trauma.) Ogni caso è stato gestito dall'infermiere di triage in turno con procedura ordinaria. Contemporaneamente, un altro operatore ha valutato gli stessi casi con gli strumenti SMART, FAST, SORT e SIEVE i cui risultati sono stati mantenuti segreti all'infermiere di triage in modo da evitare qualsiasi influenza. Ogni paziente incluso è stato gestito sulla base della decisione di triage dell'infermiere di triage in turno. È stata registrata la tempistica di esecuzione di ognuno dei triage di medicina delle catastrofi ed i codici colore dei triage di maxi-emergenza sono stati successivamente comparati con il codice colore assegnato dal triage ordinario. I dati sono stati elaborati con statistica descrittiva.

Risultati

Gli strumenti SMART, FAST, SORT e SIEVE complessivamente mostrano nel gruppo trauma sottostima che va dal 14% al 25%, nel gruppo no-trauma dimostra un under triage tra il 4% e il 37% e over triage tra 4% e 18%. Per rapidità di esecuzione è possibile individuare il seguente ordine a partire dal più rapido: SIEVE, SMART, FAST, SORT. I tempi di esecuzione tra i vari strumenti oscillano tra 13 secondi e 40 secondi in alcuni casi con differenze tra casi trauma e no-trauma.

Discussione e conclusioni

Gli strumenti di triage SMART, FAST, SORT e SIEVE si sono mostrati veloci, e di facile applicazione coerentemente con le caratteristiche delle circostanze di maxiemergenza per le quali sono stati ideati e validati. L'analisi mostra un buon livello di sensibilità in generale ma non permette di confermarne l'applicabilità nella situazione ordinaria soprattutto in relazione al concetto di salvabilità che caratterizza i contesti di maxiemergenza. Secondo i risultati ottenuti, un triage di medicina delle catastrofi non può sostituire completamente un triage in PS eseguito in circostanze di normalità. L'analisi dei risultati e dei limiti dello studio ha però permesso di individuare importanti spunti di riflessione verso l'ideazione di nuovi strumenti di triage applicabili in maxiemergenza che sono attualmente in corso di valutazione.

Bibliografia

WJ. Sacco, et al. Precise Formulation and Evidence-based Application of Resource constrained Triage. Acad Emerg Med.2005 Aug; 12(8):759-70.
Lindsey J. New triage method considers available resources. JEMS. 2005;30(7):92-94.
Turris SA, Lund A. Triage during mass gatherings. Prehosp Disaster Med. 2012;27(6):531-5.
Halpern P, Goldberg SA, Keng JG, Koenig KL. Principles of Emergency Department facility design for optimal management of mass-casualty incidents. Prehosp Disaster Med.2012. 27(2):204-12.
Andraghetti D. La gestione del paziente nel P.E.I.M.A.F.: la Scheda Sanitaria ed i Percorsi. Tesi di Laurea Master I Livello Management Infermieristico per le funzioni di Coordinamento. Università Cattolica del Sacro Cuore A.A. 2007-2008
Ragazzoni L, Conti A, Caviglia M, Maccapani F, Della Corte F. La Medicina dei Disastri nelle Università Italiane: situazione attuale, esperienze di formazione in essere, sviluppi futuri. Medicina e Chirurgia - Quaderni delle Conferenze Permanenti delle Facoltà di Medicina e Chirurgia. 2017;2017:3373-3375. doi: 10.4487/medchir2017-74-3

Parole chiave

Triage, Disaster Medicine, Maxi emergencies, State of emergency.

P 43

4960

L'IMPORTANZA DELL'UTILIZZO DELL'ECOGUIDA NEL REPERIMENTO DI ACCESSI VENOSI PERIFERICI: UN PORGETTO FORMATIVO

Sergio D'Urso.

Azienda Ospedaliera Di Padova - Serginholo.6@hotmail.it

Introduzione

Il reperimento di vene periferiche tramite posizionamento di agocannula è da sempre stato patrimonio delle tecniche infermieristiche. L'operatore che si accinge a questa procedura solitamente utilizza la tecnica "blind", basandosi sulle conoscenze anatomiche del letto vascolare, sulla più o meno tangibilità del vaso all'ispezione visiva e alla palpazione, e alla manualità acquisita con l'esperienza. Questa tecnica, adatta sicuramente al reperimento di vene superficiali, ha mostrato nel tempo numerosi limiti, tra cui la difficoltà di esecuzione in situazioni in cui il patrimonio venoso risulta scarso per caratteristiche costituzionali del paziente (obesità, fragilità vascolare, paziente oncologico, edemi degli arti) e in generale per tutte quelle condizioni cliniche come lo shock in cui il letto venoso superficiale, compromesso dallo stato ipotensivo, non risulta apprezzabile all'ispezione. Queste condizioni mettono certamente a dura prova l'infermiere che spesso è costretto ad eseguire diversi tentativi di posizionamento per procedere con le terapie infusive, specialmente in quei casi in cui la presenza di un accesso venoso stabile e prestante, diventa prioritario al fine di stabilizzare le condizioni cliniche del paziente. A questo proposito, la letteratura in campo ecografico insegna che lo studio del letto venoso per via ecografica, previa competenza tecnico-teorica dell'operatore che ne fa uso, costituisce un grande ausilio nella visualizzazione di vasi più profondi, non visibili o palpabili. L'infermiere, in quanto professionista che abbia acquisito le conoscenze teoriche e che abbia avuto modo di far pratica, può servirsi di questo strumento al fine di migliorare la qualità delle manovre di inserimento dell'accesso venoso, aumentando il grado di successo in condizioni sfavorevoli ed aumentando anche il livello di compliance del paziente, migliorando in generale il processo di cura, evitando rallentamenti o addirittura mancanze nelle somministrazioni farmacologiche.

Materiali e metodi

Prendendo spunto dalla letteratura si è pensato di strutturare un progetto formativo per gli infermieri di un'Azienda Ospedaliera dell'Italia nord est.

Discussione

Il progetto propone quindi l'introduzione di un corso di formazione di tipo "Skill Lab" da introdurre all'interno di unità operative che accolgono pazienti in ambito medico e semi-intensivo, in cui l'ausilio dell'ecografo applicato al reperimento di accessi venosi periferici, là dove non fosse presente un accesso venoso centrale, può apportare numerosi vantaggi a livello assistenziale. Per la creazione del corso di formazione è stata ideata quindi una struttura in cui l'infermiere che ha acquisito competenze teoriche certificate in ambito ecografico durante la formazione post base e che ha avuto modo di effettuare pratica sul campo, venga definito Trainer del corso stesso, in cui si prevederà una prima parte dove trattare i contenuti teorici ed una seconda in cui esercitarsi nella tecnica di venipuntura ecoguidata. La durata del corso è variabile in base alla quantità di partecipanti così da garantire a tutti la possibilità mettere in pratica la procedura. Viene messa a disposizione anche una finestra finale dedicata ed eventuali domande e chiarimenti e alla possibilità di riprovare ad eseguire la tecnica se richiesto.

Conclusioni

Il fine ultimo del progetto consiste quindi nel diffondere in modo rapido ed accessibile la cultura nell'utilizzo di tecniche avanzate come la venipuntura ecoguidata già in uso in molte realtà, al fine di integrare e approfondire nuove "skills" in ambito infermieristico e delineare ulteriormente le competenze del professionista anche sul tema accessi vascolari; allo stesso tempo permette di acquisire maggiore autonomia in campo clinico e garantire una migliore qualità assistenziale.

Bibliografia

G.Scoppettuolo. (2019). Mini-Midline vs Midline: dispositivi diversi con diverse indicazioni. Gavecelt: fondazione Policlinico universitario "A.Gemelli"- IRCCS, Roma. Disponibile su <https://gavecelt.it/nuovo/sites/default/files/uploads/Scoppettuolo%20-%20Mini-idline%20vs.%20midline.pdf>.
L.Romei, A.Sabatini, C.Biagioni, G.Soldati (2009). Ecografia Infermieristica. Torino: C.G.Edizioni Medico Scientifiche s.r.l.
S.Elli (2022). Accessi Vascolari Avanzati. Presentazione Master in area intensiva e ell'emergenza. Università degli Studi di Padova.
V.Cianci (2009). Handbook di Ecografia in Emergenza-Urgenza; quando il tempo conta. Torino: C.G Edizioni Medico Scientifiche s.r.l.
M.Carraro (2022). L'infermiere in area critica e l'utilizzo degli ultrasuoni. Presentazione Master in area intensiva e dell'emergenza. Università degli Studi di Padova.

P44

4962

GESTIONE DELLA NUTRIZIONE PER PAZIENTI CRITICI IN TERAPIA CON NIV O HFNC: UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA

Incoronata Chiusolo, Linda Dall'Angelo, Barbara Martin.

Azienda Ospedaliera di Padova - incoronata.chiusolo@aopd.veneto.it

Introduzione

Nutrizione e respirazione presentano numerosi ed importanti aspetti fisiopatologici comuni. L'importanza del supporto nutrizionale nel paziente con patologie respiratorie deriva principalmente da due fattori: i rapporti esistenti tra metabolismo dei nutrienti e scambio gassoso e da quelli tra malnutrizione, meccanica ventilatoria e funzione polmonare. La nutrizione è parte integrante della terapia nelle unità operative di terapia intensiva e sub-intensiva e le linee guida di pratica clinica generalmente raccomandano come via preferenziale l'assunzione orale. La necessità di questo studio nasce dalla volontà di garantire un adeguato supporto nutrizionale per i pazienti che dovrebbero richiedere più di 48 ore di NIV (non invasive ventilation) o HFNC (high flow nasal cannula) in un reparto di area critica, procedure influenzate dalla necessità di sedazione e dalla presenza di interfacce respiratorie che impediscono l'assunzione orale. Negli ultimi anni, in seguito alla pandemia di Covid-19, è aumentato notevolmente l'utilizzo sia di HFNC sia di NIV tramite interfaccia esterna quale maschera o casco, poiché garantiscono un adeguato supporto respiratorio. Nonostante la diffusione di questi devices di ventilazione, le linee guida per le aree critiche forniscono raccomandazioni limitate sulla fornitura e gestione della nutrizione durante l'utilizzo di dispositivi di ossigenoterapia quali NIV o HFNC. L'uso di questi dispositivi respiratori pone diversi ostacoli all'assunzione di un'adeguata nutrizione e talvolta i pazienti mantengono il digiuno se si prevede la possibilità di intubazione. Per garantire uno stato nutritivo ottimale o ridurre il rischio di malnutrizione, è essenziale analizzare la letteratura disponibile sull'argomento in modo da identificare quale sia la gestione nutrizionale più idonea per i pazienti critici che richiedono NIV o HFNC.

Materiali e metodi

È stata effettuata una ricerca bibliografica mediante la consultazione della banca dati Pubmed nel periodo di aprile e maggio 2023. Sono stati esclusi dalla ricerca gli articoli di cui non vi era disponibilità di full-text.

Risultati

Tramite le parole chiave inserite sono stati selezionati 87 studi che affrontano il tema della gestione della nutrizione durante la somministrazione di ossigenoterapia ad alti flussi e NIV.

Discussione

Le condizioni cliniche dei pazienti non sempre permettono di poter sospendere la NIV per alimentarsi e la pressione positiva della ventilazione tramite una "face mask" può provocare distensione gastrica che a sua volta può interferire con la funzionalità diaframmatica e compromettere la capacità respiratoria. Per questo motivo è spesso indicata l'introduzione di un supporto nutrizionale per via enterale con sondino naso-gastrico o parenterale, entrambe caratterizzate da aspetti positivi o negativi che le rendono più o meno vantaggiose rispetto all'altra modalità. Allo stesso tempo, in diversi studi osservazionali è emerso che, nonostante l'HFNC abbia il vantaggio di poter garantire un'alimentazione per via orale, può avere un effetto sulla deglutizione. Da questi studi è stato indagato come, tramite esame videofluoroscopico, la capacità deglutitoria dei pazienti in ossigenoterapia ad alti flussi provochi una compromissione del riflesso della deglutizione se sottoposti ad un flusso maggiore di 40 litri al minuto. L'obiettivo della ricerca bibliografica è quella di individuare la best practice da condividere e seguire all'interno di un reparto di sub-intensiva.

Conclusione

La gestione della nutrizione dei pazienti con patologie respiratorie sottoposti a NIV o HFNC richiede un approccio multidisciplinare e le decisioni da intraprendere dovrebbero essere fornite da studi clinici ben collaudati. Per migliorare l'assistenza riteniamo che questa sia un'area con ampie opportunità per la ricerca clinica, partendo dall'implementazione arrivando alla stesura e verifica di protocolli e best practice utili nei setting assistenziali.

Parole chiave

"non-invasive ventilation" OR "noninvasive ventilation" AND "diet" OR "diet records" OR "diet therapy" OR "food" OR "eating" OR "feeding behavior" OR "nutritional assessment" OR "nutritional requirement" OR "eat" OR "drink" OR "hydration" OR "drinking".

Bibliografia

Singer P., Rattanachaiwong S. To eat or to breathe? The answer is both! Nutritional management during noninvasive ventilation. Crit Care 2018;22, 27
Kruser JM, Prescott HC. Dysphagia after Acute Respiratory Distress Syndrome. Another Lasting Legacy of Critical Illness. Ann Am Thorac Soc. 2017 Mar;14(3):307-308.
Singer P et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. Clinical Nutrition, Volume 38, Issue 1, 2019.

P 45

4967

ADESIONE AL BUNDLE PER LA PREVENZIONE DELLE CLABSI IN FTGM

Chiara Martinelli, Veronica Boccini.

Fondazione Toscana Gabriele Monasterio (FTGM), Ospedale del Cuore, Massa - chiaramartinelli83@gmail.com

Introduzione

I pazienti critici, ricoverati nelle terapie intensive, possono presentare molteplici fattori di rischio per l'acquisizione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), con conseguenze tanto più gravi quanto più sono importanti le comorbidità presenti. La presenza dei device determina inoltre un aumento considerevole del rischio. I cateteri venosi centrali (CVC) sono la principale causa di batteriemia nei pazienti ospedalizzati e le infezioni del flusso sanguigno associate a catetere centrale (CLABSI) sono tra le principali ICA. L'IHI (Institute for Healthcare Improvement) nel 2001 ha ideato la strategia Bundle definito come un numero ristretto di pratiche assistenziali basate sull'evidenza di maggior forza che, se attuate congiuntamente, portano alla riduzione degli eventi infettivi. La Fondazione Toscana Gabriele Monasterio, promuove l'utilizzo dei care-bundle in quanto considerati strumenti strutturati e sistematici che favoriscono il miglioramento dei processi di cura e la prevenzione delle ICA.

Obiettivo

Monitorare l'adesione al Bundle per la prevenzione delle CLABSI. Controllare e ridurre l'incidenza delle CLABSI e promuovere la cultura della sicurezza delle cure e il miglioramento continuo, ambendo ad un'incidenza più vicina possibile allo zero -"getting-to-zero".

Materiali e metodi

Il modello organizzativo aziendale prevede un Team multidisciplinare per la prevenzione e il controllo delle ICA. L'implementazione di strategie multimodali è un processo sistematico e ciclico volto al miglioramento continuo e parte da una valutazione iniziale, pianificazione e attuazione degli interventi e monitoraggio dell'impatto nel tempo. Nello specifico è stato strutturato ed introdotto il Bundle di prevenzione alle CLABSI, integrato nel sistema informatizzato per offrire al professionista una migliore fruibilità dello strumento, ottenere in tempo reale lo stato di implementazione delle raccomandazioni del Bundle ed avere una rapida aggregazione ed analisi dei dati per monitorare le performance e in caso di criticità poter intervenire attraverso azioni di miglioramento.

Risultati

Di seguito i dati relativi alla sorveglianza annuale sul CVC e sull'incidenza di CLABSI:

- Anno 2022: n° CVC 2307, media gg CVC 6,4, CLABSI n 4, n° giorni CVC 10941 (CLABSI rate 0,37/1000 gg cvc).

- Anno 2022: Adesione al Bundle N°schede in cui il Bundle CVC è compilato/N° tot di schede in cui il Bundle è da compilare 100%.

Conclusioni

Il monitoraggio avviato è volto a garantire nel tempo la disponibilità di informazioni comparative su processo di nursing, modelli organizzativi e competenze. Consente una riflessione su qualità e sicurezza delle cure e di valorizzare le competenze professionali.

P 46

4968

L'APPRENDIMENTO CLINICO IN SIMULAZIONE: ESPERIENZA DI LABORATORI DI TIROCINIO SIMULATI PER STUDENTI DEL 1 ANNO DEL CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA DI TORINO

Francesca Ugolini, F.Condemi, S. Facco, R. Barbieri, D. Berardo, P. Massariello, C. Ruffinengo, V. Dimonte.

Corso di Laurea in Infermieristica A.O.U Città della Salute e della Scienza di Torino - francesca.ugolini@unito.it

Introduzione

Numerosi corsi di laurea sanitari italiani riportano all'interno dei piani degli studi dei crediti dedicati alle attività di laboratorio in simulazione, come propedeutiche per le conseguenti attività di tirocinio pratico. Il laboratorio rappresenta uno spazio di apprendimento attivo per gli studenti, in situazioni cliniche simili alla realtà, ma ancora protette. La finalità è di allenare lo studente nelle sue abilità, secondo i tre domini definiti da Bloom:

- psicomotorie, come le abilità gestuali (TS, technical skill);

- affettive/emotive come le abilità relazionali; permette una raccolta dati realistica simulando un'intervista e l'instaurarsi una relazione di cura. Inoltre viene stimolata la comunicazione e il lavoro di squadra con il "compagno-collega" con cui svolge lo scenario

(NTS, non- technical skill);

- cognitive, come quelle di ragionamento clinico dopo un accertamento strutturato secondo un metodo condiviso (NTS, non- technical skill).

Contesto di studio

Agli studenti del primo anno del Corso di Laurea in Infermieristica (CLI) - A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino viene proposto un periodo di laboratori simulati con valenza di tirocinio come attività in preparazione al tirocinio clinico nei contesti ospedalieri. Prima di questi laboratori simulati, durante l'anno accademico gli studenti affrontano attività formative tra loro indipendenti relative a:

1. dominio affettivo/emotivo, con laboratori volti alla relazione d'aiuto per fornire le competenze di stile comunicativo con focus sull'uso del tocco, dell'ascolto, sospensione del giudizio, rispetto di tempi e richieste esplicite;
2. dominio cognitivo, con laboratori di ragionamento clinico volti a fornire la conoscenza delle fasi del processo assistenziale, con focus sull'accertamento e la capacità di elaborare un piano di assistenza su un caso;
3. dominio psicomotorio, con laboratori di esecuzione di tecniche su manichini/pezzi anatomici a bassa fedeltà o attraverso la visione di dispositivi.

Successivamente a queste attività e prima del tirocinio clinico, si articolano laboratori di simulazione ad alta fedeltà, con la presenza di pazienti simulati, basati su scenari clinico-assistenziali costruiti ad hoc. Essi consentono allo studente di integrare le abilità tecniche, relazionali e cognitive acquisite nelle lezioni frontali e nei singoli laboratori sopradescritti durante tutto il primo anno di corso.

Obiettivo

Valutare l'efficacia in termini di self efficacy, ragionamento clinico e gradimento dei laboratori simulati per gli studenti del primo anno del CLI sede di Torino- AOU Città della Salute.

Materiali e metodi

Tipologia di studio: osservazionale. Sede: CLI - A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino. Popolazione: 242 studenti del primo anno di corso. Intervento: gli studenti, suddivisi in gruppi da 6-7 persone, hanno partecipato a laboratori simulati:

1. SIM LAB parte 1 di 5 ore, con focus sull'integrazione di competenze tecniche e relazionali;
2. SIM LAB parte 2 di 5 ore, con focus sull'integrazione di competenze cognitive e relazionali.

Le sessioni sono state distribuite su 6 giornate, a maggio 2023.

SIM LAB parte 1. Laboratorio di tecniche in simulazione ad alta fedeltà su paziente simulato che indossa dei pezzi anatomici per eseguire realmente la tecnica. Si integrano le competenze tecniche e relazionali/comunicative svolgendo la tecnica proposta nello scenario e l'interazione con il paziente che segue un copione rispetto al caso proposto. Gli studenti, a piccoli gruppi, ruotano in tre stazioni: medicazione-terapia-mobilizzazione, in cui con il supporto del facilitatore, affrontano un micro-caso che prevede l'esecuzione della tecnica. Le aule sono predisposte in modo tale da simulare una stanza ospedaliera. Il facilitatore simula il tutor clinico/infermiere guida di tirocinio e supporta lo studente durante il processo e verso la riuscita del suo obiettivo. Ogni studente si organizza per svolgere la procedura in sicurezza e si interfaccia con gli attori coinvolti come se si trovasse in tirocinio. Al termine lo studente documenta nella cartella clinica le azioni svolte. Al termine dello scenario, è prevista la fase di debriefing.

SIM LAB parte 2. Laboratorio di accertamento in simulazione ad alta fedeltà su paziente simulato e riproduzione realistica di segni (moulage) e sintomi con tecnologia (suoni polmonari, frequenza cardiaca, monitor). Con questo laboratorio si integrano le competenze cognitive (con micro-casi differenti, si raccolgono i dati utili presenti, si riconoscono i problemi reali o potenziali e le priorità assistenziali) e relazionali/comunicative, valutando il paziente e interagendo con lui, che segue un copione rispetto al caso proposto. Gli studenti ruotano nelle tre postazioni suddivisi in piccoli gruppi per effettuare un accertamento con metodo ABC: AB-C(circolo)-C (addome). Le aule sono predisposte in modo da simulare una stanza ospedaliera. Al termine lo studente simula il passaggio di informazioni clinico-assistenziali. Il facilitatore supporta lo studente durante il processo di accertamento infermieristico, simulando il tutor /infermiere affiancatore. Al termine dello scenario, è prevista una fase di debriefing.

Valutazione SIM LAB. Questionario Transcultural Translation and Validation of Lasater Clinical Judgment Rubric (LCJR), questionario Nurses Clinical Reasoning Scale (NCRS) e "Simulation Effectiveness Tool - Modified (SET-M). Queste valutazioni sono state effettuate dai facilitatori durante le attività di laboratori simulati per rilevare la capacità di ragionamento clinico; post tirocinio verrà intervistato un campione di tutor clinici per valutare il livello di raggiungimento di questa abilità rispetto al pre-tirocinio e raccogliere il percepito rispetto alla capacità di accertamento maturate dallo studente. Questionario di autoefficacia General Self Efficacy Scale (Sibilia, Schwarzer & Jerusalem, 1995), compilato dagli studenti al termine dei laboratori e prima del tirocinio. Questionario di gradimento al termine del tirocinio, indagando anche se li hanno ritenuti utili per lo svolgimento del loro stage clinico.

La raccolta dati avverrà nel periodo compreso tra il 23 giugno 2023 (termine del tirocinio) e il 22 luglio 2023.

Bibliografia

Ministero della Salute. Linee di indirizzo sullo sviluppo della simulazione in sanità in Italia. Tavolo tecnico dedicato alla promozione della simulazione in ambito sanitario attraverso ricerca e formazione, volto al miglioramento delle attività operative e tecniche degli operatori sanitari, Luglio 2022. <https://www.salute.gov.it/portale/documentazione>

Ingrassia PL et al. Role of health simulation centres in the COVID-19 pandemic response in Italy: a national study. BMJ Simul Technol Enhanc Learn. 2021 Feb 10;7(5):379-384.

Karabacak U et al. Examining the effect of simulation based learning on self-efficacy and performance of first-year nursing students. Nurse Education in Practice 36 (2019) 139-143.

Jeffries PR et al. Faculty development when initiating simulation programs: lessons learned from the national simulation study. J Nurs Regul 2015; 5(4):17-23.

Paige JT et al. Training faculty to promote learning in simulation-based training. Amer J Surg 2015;209(1):126-31.

Airasian W et al. A taxonomy for learning, teaching, and assessing: A revision of Bloom's taxonomy of educational objectives,, 2000, ISBN 978-0-8013-1903-7.



Arrivederci a Bologna al **43° ANIARTI 2024**

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

Start Promotion Eventi Srl

Via Mauro Macchi, 50 - 20124 Milano

T: + 39 02 67 07 13 83

F: + 39 02 67 07 22 94

info@startpromotionEventi.it

www.startpromotionEventi.it

