

IL RISCHIO TECNOLOGICO NELL'UTILIZZO DEI DISPOSITIVI MEDICI IN SALA OPERATORIA

I. PIRONE, C. DE IULIO, A. INGRASSIA

A.O. Sant'Andrea di Roma

Abstract

Introduzione

Il rischio tecnologico in ambiente sanitario è legato strettamente all'utilizzo delle apparecchiature medicali e dei dispositivi medici in genere.

L'apparecchiatura elettromedicale è considerata qualsiasi apparecchio elettrico, munito di una connessione a una rete di alimentazione, destinato alla diagnosi, al trattamento o alla sorveglianza del paziente, e che entra in contatto fisico con il paziente.

La sicurezza in tale ambito dipende e da molteplici fattori che sono:

- una loro progettazione e costruzione eseguite secondo i requisiti essenziali.

- Un loro impiego nei locali nei quali gli impianti elettrici siano costruiti a regola d'arte.

- Un loro corretto utilizzo da parte del personale conforme alla destinazione, conoscenza da parte degli operatori delle caratteristiche di sicurezza di questo, un efficace programma di manutenzione preventiva.

Il processo di gestione del rischio deve contenere i seguenti elementi e si applica a tutto il ciclo di sviluppo:

- analisi del rischio
- controllo del rischio

Metodologia applicativa dell'indagine condotta:

Per l'individuazione dei relativi rischi sono stati definiti, in una prima fase, i seguenti obiettivi:

1. verifica, attraverso un censimento, degli strumenti e delle apparecchiature biomedicali presenti nei diversi blocchi operatori est-ovest- cardiocirurgia- day-surgery e dea, emodinamica e radiologia interventistica; presso l'Azienda Ospedaliera S. Andrea.

2. Approfondimento degli aspetti di rischio clinico su aree e classi di apparecchiature.

Per gli aspetti dell'obiettivo n. 2 sono stati somministrati dei questionari al personale infermieristico dei rispettivi blocchi operatori che maggiormente utilizza tali dispositivi al fine di individuare le maggiori criticità .

Il risultato del questionario somministrato agli operatori dei diversi blocchi operatori ha evidenziato che le maggiori criticità si riscontrano:

1. Periodica formazione e informazione del personale
2. Presenza dei manuali d'utilizzo
3. Deterioramento dell'apparecchiatura per uso protratto e mancanza di sostituzione in caso di guasto.

I dati completi verranno presentati in sede congressuale.

LOTTA ALLE INFEZIONI CORRELATE ALLA GESTIONE DEI CATETERI INTRAVASCOLARI

UNA BARRIERA IN PIÙ ... MA QUALE!?

D.ssa S. DOMINICI, D.ssa R. MONASTERO
Z. PICCIUCA ⁽¹⁾, V. CASESI ⁽²⁾, A. SARNELLA ⁽²⁾, G. CIVILETTO ⁽²⁾,
R. GIAMMONA ⁽²⁾

⁽¹⁾ C.I. Direzione Sanitaria

⁽²⁾ Infermieri della U.O. 2° Anestesia e Rianimazione Azienda di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione Civico - Di Cristina - Benfratelli - Palermo

Abstract

vitacasesi@tiscali.it

Premessa

I sistemi di connessione sono stati introdotti nel management quotidiano dei cateteri intravascolari al fine di:

1. prevenire lesioni dovute all'azione dell'ago; 2. mantenere pervie le siringhe di Luer; 3. facilitare tecniche asettiche; 4. ridurre il tempo necessario alla manipolazione dei cateteri intravascolari. È stato dimostrato che questi sistemi, se usati correttamente, determinano una riduzione della contaminazione microbiologica, all'interno del lume del catetere.

Scopo dello studio:


Analisi comparativa di 5 sistemi per:


- 1) Valutarne la eventuale contaminazione tramite test microbiologici.
- 2) Valutare le performance tecniche.
- 3) Valutare la facilità d'uso.

Materiali e metodi:


Nello studio sono stati inclusi tutti i pazienti ricoverati presso l'U.O. di 2° Anestesia e Rianimazione e pazienti di Terapia Intensiva Oncologica, nel periodo Maggio-Giugno 2008. Ciascun tipo di connettore doveva essere applicato per almeno giorni 7, trascorsi i quali, con tecniche antisettiche, doveva essere rimosso, e posto in un contenitore sterile per la valutazione microbiologica. Alla fine di ogni sperimentazione inoltre sono state distribuite a ciascun operatore delle schede valutative relative ai punti 2 e 3.

	Il prodotto utilizzato è compatibile con sangue, emoderivati, farmaci e lipidi?	Il prodotto utilizzato è compatibile con qualsiasi defussore o siringa per infusione EV o arteriosa?	Le soluzioni infuse defluiscono senza ostacolo.	E' possibile infondere farmaci, lipidi, sangue, emoderivati, tramite siringa con ago?	Si sono verificati episodi di reflusso o fuoriuscita di liquido al momento della disconnessione?
CONNETTORE: SMART - SITE	15 SI	14 SI	9 NO	12 SI	14 NO
N° DI OSSERVAZIONI: 15		1 NO	5 SI	2 NO	1 SI
			1 FORSE	1 N.P.	
Si sono verificati episodi di emolisi?	Durante l'utilizzo si è mantenuto integro?	Si sono verificate perdite?	Il prodotto a più vie è a rischio di disconnessione accidentale?	Valutazione	Prove microbiologiche
14 NO 1 SI	9 NO 5 SI 1 N.P.	14 NO 1 SI	14 NO 1 N.P.	15 SUFFICIENTI	14 ASSENZA 1 SVILUPPO
1 Staph.epidermidis					

	Il prodotto utilizzato è compatibile con sangue, emoderivati, farmaci e lipidi?	Il prodotto utilizzato è compatibile con qualsiasi defussore o siringa per infusione EV o arteriosa?	Le soluzioni infuse defluiscono senza ostacolo.	E' possibile infondere farmaci, lipidi, sangue, emoderivati, tramite siringa con ago?	Si sono verificati episodi di reflusso o fuoriuscita di liquido al momento della disconnessione?
CONNETTORE: Q - SITE	12 SI	12 SI	3 NO	10 SI	4 NO
N° DI OSSERVAZIONI: 12			9 SI	2 N.P.	8 SI
Si sono verificati episodi di emolisi?	Durante l'utilizzo si è mantenuto integro?	Si sono verificate perdite?	Il prodotto a più vie è a rischio di disconnessione accidentale?	Valutazione	Prove microbiologiche
5 SI 7 NO	7 SI 5 NO	3 SI 9 NO	7 SI 5 NO	4 SUFFICIENTI 8 INSUFFICIENTI	11 ASSENZA 1 SVILUPPO
1 Acinobacter baumannii					

	Il prodotto utilizzato è compatibile con sangue, emoderivati, farmaci e lipidi?	Il prodotto utilizzato è compatibile con qualsiasi defussore o siringa per infusione EV o arteriosa?	Le soluzioni infuse defluiscono senza ostacolo.	E' possibile infondere farmaci, lipidi, sangue, emoderivati, tramite siringa con ago?	Si sono verificati episodi di reflusso o fuoriuscita di liquido al momento della disconnessione?
CONNETTORE: CLOSAFE	12 SI	12 SI	6 NO	1 NO	8 NO
N° DI OSSERVAZIONI: 12			6 SI	11 SI	4 SI
Si sono verificati episodi di emolisi?	Durante l'utilizzo si è mantenuto integro?	Si sono verificate perdite?	Il prodotto a più vie è a rischio di disconnessione accidentale?	Valutazione	Prove microbiologiche
7 NO 3 SI 2 N.P.	2 NO 9 SI 1 N.P.	10 NO 2 SI	10 NO 2 SI	2 INSUFFICIENTI 10 SUFFICIENTI	12 ASSENZA
ASSENZA DI SVILUPPO					

	Il prodotto utilizzato è compatibile con sangue, emoderivati, farmaci e lipidi?	Il prodotto utilizzato è compatibile con qualsiasi defussione o siringa per infusione EV o arteriosa?	2 SI	E' possibile infondere farmaci, lipidi, sangue, emoderivati, tramite siringa con ago?	Si sono verificati episodi di reflusso o fuoriuscita di liquido al momento della disconnessione?
CONNETTORE THREE STOP	1 NO	17 SI	3 NO	4 NO	5 NO
N° DI OSSERVAZIONI: 17	16 SI		14 SI	13 SI	12 SI
Si sono verificati episodi di emolisi?	Durante l'utilizzo si è mantenuto integro?	Si sono verificate perdite?	Il prodotto a più vie è a rischio di disconnessione accidentale?	Valutazione	Prove microbiologiche
15 NO	5 SI	7 NO	7 NO	10 INSUFFICIENTI	14 ASSENZA
1 SI	12 NO	9 SI	10 SI	7 SUFFICIENTI	
1 N.P.		1 N.P.			3 SVILUPPO
					1 Acinobacter baumannii 2 Capitis staph.auricularis-staph.epidermidis 3 Staph. haemolyticus

	Il prodotto utilizzato è compatibile con sangue, emoderivati, farmaci e lipidi?	Il prodotto utilizzato è compatibile con qualsiasi defussione o siringa per infusione EV o arteriosa?	Le soluzioni infuse defluiscono senza ostacoli	E' possibile infondere farmaci, lipidi, sangue, emoderivati, tramite siringa con ago?	Si sono verificati episodi di reflusso o fuoriuscita di liquido al momento della disconnessione?
CONNETTORE CLAVE N° DI OSSERVAZIONI: 33	33 SI	33 SI	32 SI	33 NO	32 NO
			SI NO		1 SI
Si sono verificati episodi di emolisi?	Durante l'utilizzo si è mantenuto integro?	Si sono verificate perdite?	Il prodotto a più vie è a rischio di disconnessione accidentale?	Valutazione	Prove microbiologiche
33 NO	33 SI	1 SI	32 NO	32 BUONI	33 ASSENZA
		32 NO	1 N.P.	1 SUFFICIENTI	
					ASSENZA DI SVILUPPO

Conclusioni:

- Dall'analisi effettuata, gli operatori sanitari hanno riscontrato che:
- i sistemi di connessione in studio sono risultati dispositivi di facile e semplice utilizzo e compatibili con tutte le infusioni.
 - È cresciuta una sensazione di maggiore sicurezza nella gestione dei cateteri.
 - Per quanto riguarda gli aspetti microbiologici su 89 osservazioni, 5 esami colturali sono risultati positivi.

Bibliografia

Infection control and hospital EPIDEMIOLOGY January 2006, vol. 27 Journal of Hospital Infection 2003; 54:279-287.

Si ringrazia per la collaborazione gli infermieri della 2° Anestesia e Rianimazione e T.I. Oncologica, e il Dott. Romano Tetamo.

ANALISI PROATTIVA DEL RISCHIO NELLA SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA: L'ESPERIENZA DEL «POLICLINICO TOR VERGATA» DI ROMA

V. AMATUZZI, A. CARNEVALE, F. CIOÈ, G. DE ANDREIS, M. ROMANI

Fondazione Policlinico «Tor Vergata», Roma

Abstract

La gestione del processo terapeutico è un problema comune, gli errori sono del tutto comuni e simili in ogni realtà analizzata e presentata. Le statistiche internazionali dimostrano che tre pazienti su dieci corrono rischi nella fase di somministrazione dei farmaci.

Nasce nell'ambito infermieristico, la necessità di realizzare un progetto di miglioramento della qualità assistenziale, migliorando il processo di somministrazione della terapia, riconosciuto da ognuno di noi come uno dei momenti più salienti della nostra attività assistenziale.

Questo progetto realizzato tra il mese di luglio 2007 ed il mese di giugno 2008 promuove il miglioramento della qualità attraverso l'utilizzo di un'analisi proattiva del rischio durante la somministrazione della terapia all'interno del reparto di Medicina d'Urgenza del Policlinico Tor Vergata di Roma avendo come finalità la garanzia di una corretta applicazione del processo e una prevenzione e/o abbassamento del coefficiente di errore nell'intero processo.

Per fare questo è stato necessario individuare le criticità organizzative e di sistema e sensibilizzare gli operatori al tema della sicurezza nella gestione della terapia attraverso il coinvolgimento diretto.

La fase applicativa del progetto, realizzata tramite la somministrazione di schede, consiste:

- scomposizione del processo terapeutico infermieristico in sequenze più semplici;
- analisi qualitativa delle sequenze più semplici, identificando i possibili modi di errore/guasto e possibili effetti;
- calcolo dell'IPR (Indice di Priorità del rischio) e successiva analisi e sintesi dei dati raccolti da parte degli infermieri referenti;
- creazione di una «master list» delle sequenze analizzate sulla base dell'IPR più alto;
- analisi quantitativa delle cause di modo errore/guasto.

Attraverso tale metodologia si è quindi stata individuata la sequenza del processo a più alto rischio e le possibili cause ad essa connesse. Questo è il punto di partenza per un processo di gestione del rischio finalizzato al miglioramento continuo dell'attività assistenziale.

IL COUNSELOR INTERCULTURALE IN AREA URGENZA/EMERGENZA, L'ESPERIENZA DEL POLICLINICO «TOR VERGATA»

A. INFANTE, M. ROMANI, M. GALIZIO, G. VISCONTI

Fondazione Policlinico «Tor Vergata», Roma

Abstract

La «Mission» del Pronto Soccorso è garantire risposte ed interventi tempestivi, adeguati ai pazienti giunti in ospedale, siano essi autoctoni o appartenenti ad altra cultura.

Importanti obiettivi da raggiungere sono le capacità di ridurre lo stato di preoccupazione del paziente; di fornire adeguate informazioni sanitarie (una buona comunicazione) ai pazienti stessi e ai familiari, di fondamentale importanza diventa la presenza di un Counselor Interculturale all'interno del Pronto Soccorso che lavori in sincronia con l'infermiere e lo aiuti ad oltrepassare quel limite dato da una comunicazione agita in un tempo limitato, come per esempio quello relativo al Triage.

L'innovazione del progetto NUR sta nel fatto che la figura e la funzione del Counselor Interculturale si inserisce come interfaccia tra infermiere e paziente e tratteggia il profilo dei due gruppi: la comunità di appartenenza del paziente e la società di accoglienza dell'infermiere.

Comprendere le emozioni del paziente e comprendere le proprie emozioni mette l'infermiere, in un tempo così limitato, nella posizione di «incontrare l'altro», favorendo un dialogo «culturale e interculturale».

Quindi, lo scopo del progetto è quello di agevolare il processo comunicativo tra il paziente di Cultura Altra e gli Infermieri dell'Area Urgenza/Emergenza promuovendo il suo diritto alla salute, favorendone l'accesso corretto ai Servizi Sanitari.

La redazione di una cartella creata *ad hoc* per raccogliere *relazioni e informazioni significative* per l'individuazione di un *processo migratorio* rimane la metodologia più adeguata e meno invasiva per il paziente di Cultura Altra.

Solo alla fine del progetto sarà possibile una rilevazione oggettiva di dati.

Fondamentale, per tutti gli operatori e per una corretta applicazione di tale progetto, è la necessità di un percorso formativo continuo sull'Interculturalità in generale e, più nello specifico, sulle modalità riguardanti la Comunicazione Interculturale.

ACCESSO VENOSO PERIFERICO ECOGUIDATO: RACCOLTA DATI DELLA TERAPIA INTENSIVA GENERALE

I. FONTANA, M. FIGINI, M. D'ELIA, S. GRANDO, L. TROTTA, M. VARGIU

Azienda Ospedaliera Niguarda Cà Granda - Terapia Intensiva Generale

Abstract

Premessa

Con l'introduzione sempre più capillare della metodica ecografica in ambiente intensivo, ci siamo chiesti se questa potesse rivelarsi utile anche durante l'attività assistenziale; dopo un'accurata ricerca bibliografica abbiamo individuato nel reperimento degli accessi venosi periferici con ecoguida uno dei campi di maggiore interesse per la nostra professione.

Materiale e metodi

Sono stati successivamente formati e certificati 5 infermieri della nostra unità operativa per il reperimento di accessi venosi ecoguidati dalla società scientifico-ecografica Winfocus.

Una volta conseguita la certificazione, è stato ideato un protocollo operativo col quale uniformare la procedura e standardizzare i tempi. È stata successivamente elaborata una tabella che consentisse di raccogliere dei dati al termine di ogni prestazione.

Risultati

La raccolta dati è durata dal 23 Giugno al 9 Dicembre 2008: gli accessi effettuati sono stati 54 e prevedevano prevalentemente prelievi a scopo diagnostico (soprattutto emocolture). L'età media di campionamento era di 57 anni, i tentativi effettuati 1.12, e il tempo impiegato per ogni prestazione circa 6 minuti.

Conclusione

Questa raccolta dati, sebbene di breve durata, ha avvalorato ulteriormente l'idea di diffondere il più possibile questa nuova tecnica in ambito intensivo, al punto tale che si sta utilizzando di routine per tutti gli accessi difficoltosi con tecnica «blind».

RISCHIO OCCUPAZIONALE IN PRONTO SOCCORSO: TESTING DISPOSITIVO DI SICUREZZA VASOFIX-SAFETY®

N. RAMACCIATI ⁽¹⁾, A. CECCAGNOLI ⁽²⁾

⁽¹⁾ Infermiere-Coordiatore

⁽²⁾ Infermiere

Pronto Soccorso - AO Perugia

Abstract

Il problema

Ogni anno in Italia si verificano oltre 70.000 esposizioni occupazionali al rischio biologico. Le punture accidentali con aghi usati, costituiscono la più pericolosa via d'accesso dei virus a trasmissione ematica.

Che fare?

Le «*Raccomandazioni per la gestione delle esposizioni occupazionali ad HIV e virus epatite B e C*» dell'AO di Perugia, indicano nella prevenzione la principale strategia per ridurre il rischio di infezioni occupazionali.

Perché?

Oltre all'affermarsi del pensiero etico che porta verso la protezione dal rischio biologico degli operatori, si sta consolidando un crescente corpus normativo che impone ai datori di lavoro di implementare programmi di protezione per ridurre tale rischio alla fonte.

La nostra ricerca

Nell'ambito dei nostri progetti MCQ, è stato previsto quello inerente il «Rischio Occupazionale»¹. Tra l'altro è stato progettato uno studio per testare dispositivi di sicurezza attivi (aghi cannula)².

Materiali e metodi

A marzo è stata condotta la fase di testing. Ogni infermiere ha ricevuto una lettera di presentazione del progetto, una scheda di valutazione ed un congruo numero di dispositivi da provare. La scheda di valutazione, composta da 13 items esploranti gli aspetti inerenti la maneggevolezza, sicurezza, facilità d'uso, gradimento complessivo, prevedeva l'indicazione del giudizio attraverso l'assegnazione di un punteggio da 1 a 5 su una scala di consenso (Scala Likert).

Risultati

L'analisi dei dati dimostra punteggi elevati su tutti gli aspetti esplorati.

Conclusioni

Gli aghi cannula Vasofix Safety B-Braun risultano di sovrapponibile funzionalità, manualità, facilità d'uso, efficacia, gradimento degli attuali DMC con in più un sistema di protezione contro possibili punture accidentali.

Bibliografia

1. RAMACCIATI N., *Empowerment in Pronto Soccorso*. EMERGENCY OGGI;15(4):16-22
2. CECCAGNOLI A., RAMACCIATI N., *Dispositivi di sicurezza: testing in Pronto Soccorso*, Professione Infermiere Umbria; 11(3):12-16.

SVILUPPO DI UN CORSO DI SIMULAZIONE MULTIDISCIPLINARE DI MEDICINA D'URGENZA IN TOSCANA TRAMITE COLLABORAZIONE INTERNAZIONALE: MISURAZIONE DELLA QUANTITÀ E DELL'EFFICACIA

E. MAESTRI ⁽¹⁾, S. NELLI ⁽¹⁾, P. GIOACHIN ⁽¹⁾, F. MAZZONI ⁽¹⁾,
P. WEINSTOCKT ⁽²⁾, L. GALLI ⁽³⁾, L. KAPPUS ⁽⁴⁾, G. GENSINIT ⁽³⁾, R. PINI ⁽³⁾

⁽¹⁾ Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi

⁽²⁾ Harvard Medical School Boston

⁽³⁾ Università di Firenze

⁽⁴⁾ Children's Hospital Boston Simulator Program

Abstract

Introduzione

HFS (simulazione ad alta fedeltà) è diventata una tecnica di insegnamento diffusa per migliorare le capacità diagnostiche e tecniche di medici ed infermieri che lavorano all'interno di ambienti clinici stressanti, come il pronto soccorso, evitando nello stesso tempo un pericolo per i pazienti reali. Obiettivo è migliorare e misurare l'efficacia di un corso di simulazione tenuto da istruttori formati appositamente alla simulazione e debriefing.

Metodi:

Un corso di simulazione multidisciplinare è stato sviluppato al centro di simulazione dell'Università di Firenze. I facilitatori del corso (23 medici e 10 infermieri) hanno completato una formazione consistente in un workshop sulla simulazione e sul debriefing sul posto organizzato a Firenze dal programma di simulazione del Children's Hospital di Boston. Il corso di simulazione prevedeva 3 sessioni di 4 ore l'una per un totale di 8 scenari. Questionari di fine corso davano un punteggio ad ogni scenario ed al corso nel suo insieme, valutando anche l'impatto del corso sulle attività quotidiane lavorative di ogni partecipante; le risposte erano codificate con una scala di Likert da 1 a 5.

Risultati:

In un periodo di 6 mesi 68 medici e 104 infermieri hanno partecipato al corso di simulazione. La qualità e la validità del corso sono state valutate di alto livello sia dai medici (4,5 e 4,4) che dagli infermieri (4,6 e 4,5) che hanno percepito gli scenari come rilevanti per la Medicina d'Urgenza (4,8 e 4,6, $p < 0,0001$) e che la simulazione ed i debriefing sono stati ben gestiti dai facilitatori formati a tale scopo.

Conclusioni:

Un corso di simulazione di medicina d'urgenza di alta qualità può essere sviluppato in un periodo di tempo relativamente breve attraverso un sistema di collaborazioni interne. Il corso è gradito ed è ritenuto utile per la pratica individuale e di gruppo dai medici del pronto soccorso.

LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE NELL'URGENZA/EMERGENZA DAL PRONTO SOCCORSO ALLA SALA OPERATORIA: PROPOSTA DI UNO STRUMENTO DI GESTIONE INFORMATIZZATO

F. FONTANA, P. ROMANAZZI, M. ROMANI, A. SANTANDREA

Fondazione Policlinico «Tor Vergata», Roma

Abstract

Premessa. L'area critica si costituisce dell'insieme delle strutture ad alta intensività assistenziale, delle situazioni caratterizzate dalla criticità/instabilità vitale del paziente, della complessità dell'approccio e dell'intervento sanitario. In tale ambito l'infermiere deve essere in grado di garantire alla persona un'assistenza completa e globale attraverso competenza, conoscenza e strumenti idonei.

Scopo. Promuovere l'utilizzo di uno strumento informatizzato che garantisca la continuità assistenziale tra il Pronto Soccorso (sala rossa) e la sala operatoria dedicata alle urgenze (scheda informatizzata). Allineare i comportamenti all'interno di un sistema complesso che garantisca omogeneità d'intervento a tutela degli operatori e degli utenti, limitando le possibilità di errore.

Materiali e metodi. L'utilizzo della ricerca bibliografica, della revisione della letteratura e di strumenti già in uso presso altre strutture romane ci hanno consentito di elaborare una scheda informatizzata *ad hoc* per la nostra realtà operativa.

Risultati. Lo strumento ci consente di garantire una corretta ed omogenea gestione della continuità assistenziale che prevenga eventuali errori clinici e permetta un uso congruo delle risorse e dei materiali che si hanno a disposizione.

Conclusioni. L'abbattimento degli errori, l'ottimizzazione della gestione delle risorse sia umane che materiali, il raggiungimento degli obiettivi dell'area critica fanno di questo strumento il punto di forza utile a garantire un'assistenza globale all'utente.

Bibliografia

1. CHIARANDA M., *Urgenze ed emergenze. Istituzioni*. Seconda edizione; Piccin: 2007.
2. Atti del corso di «Management dell'emergenza/urgenza AEFEE». Linee guida IL-COR-AHA: 2005.
3. MARCHETTI R., ROMITI G., STIVANO A., *Lavorare in area critica*. Carocci Faber: 2005.

L'INCONTINENZA FECALE NEL PAZIENTE CRITICO: UN'ESPERIENZA IN CARDIOCHIRURGIA

GRIBAUDO, MANA, MUSSO, MONDINO

Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo

Abstract

In Terapia Intensiva abbiamo a disposizione sistemi avanzati per il monitoraggio ed il supporto cardiocircolatorio dei pazienti critici (sempre più anziani e con molte patologie concomitanti), ma incontriamo grandi difficoltà nel gestire l'incontinenza fecale, specialmente quando sono presenti lesioni da decubito. La diarrea è spesso una conseguenza inevitabile della nutrizione enterale, che viene iniziata precocemente per mantenere il trofismo e la funzionalità dell'apparato gastroenterico, alterato dai bassi flussi ematici intraoperatori e postoperatori. Dal 2008, nella Terapia Intensiva della Cardiocirurgia dell'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo, si è deciso di utilizzare un dispositivo chiuso a lunga permanenza per il contenimento e l'allontanamento delle feci liquide allo scopo di:

- evitare la mobilizzazione dei pazienti emodinamicamente instabili e portatori di numerosi devices;
- prevenire le lesioni da decubito e permettere la loro guarigione;
- ridurre il rischio di contaminazione fecale dei cateteri vascolari, dei siti chirurgici ed evitare infezioni crociate.

Materiali e metodi: Scheda di monitoraggio della sonda. Implementazione di un protocollo per la gestione della nutrizione enterale. Formazione del gruppo infermieristico attraverso riunioni periodiche.

Il campione Abbiamo analizzato l'uso del presidio in 8 pazienti con decorso complicato, sottoposti a nutrizione enterale e che presentavano almeno una di queste problematiche: sterno aperto per mediastinite, presenza di ECMO e/o contropulsatore aortico, lesioni da decubito di II stadio, Clostridium difficile su coprocultura.

Risultati e conclusioni La sonda rettale a lunga permanenza diminuisce la frequenza delle manovre assistenziali per l'igiene del paziente riducendo le complicanze da mobilizzazione ed il carico di lavoro. Permette di mantenere in sede le medicazioni secondo i tempi adeguati, favorendo la guarigione delle lesioni da decubito. Consente di gestire la diarrea da nutrizione enterale evitandone la sospensione. Essendo un sistema non completamente chiuso, non elimina il rischio di contaminazione ambientale e degli operatori.

Bibliografia

RUVOLO, *Manuale di terapia intensiva postcardiologica*, Casa editrice Ambrosiana 1994.

European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) Pressure Ulcer Treatment Guidelines, 1998 <http://www.epuap.com/>

Factors associated with nosocomial diarrhea in patients with enteral tube.

L'EVOLUZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE NELLA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO *

L. GIOVANNELLI⁽¹⁾, I. COSSU⁽²⁾, A. FASCIOLO⁽³⁾

* Lavoro di tesi di Luca Giovannelli presentato il 21 ottobre 2009 presso il Corso di Laurea in Tecniche di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia della I Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università La Sapienza, Polo Didattico di Rieti

⁽¹⁾ Tecnico di Radiologia Medica, per Immagini e Radioterapia

⁽²⁾ Dottore in Scienze Infermieristiche, Infermiere presso l'U.C.S.C. Policlinico Gemelli di Roma, U.O. T.I.P.O.

⁽³⁾ Coordinatore e docente del Corso di Laurea in Tecniche di Radiologia Medica, per immagini e Radioterapia della I Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università La Sapienza - Polo Didattico di Rieti.

Background: I cambiamenti avvenuti in ambito organizzativo, politico, istituzionale, normativo e sociale, il continuo incremento del numero di figure professionali ed i progressi della medicina e della tecnologia in campo sanitario hanno richiesto ed indotto una evoluzione delle Professioni Sanitarie non mediche, creando i presupposti per acquisire maggiore autonomia e partecipazione attiva in strutture lavorative che necessitano il contributo di *tutti* gli attori coinvolti. Nondimeno nell'ultimo decennio la presa di coscienza delle problematiche legate al rischio clinico (Tabella 1) hanno fatto sì che a livello mondiale la *World Health Organization (WHO 2006)* dichiarasse che «La sicurezza del paziente è ora globalmente riconosciuta come una priorità sanitaria... alle organizzazioni è richiesto di garantire che tutti gli operatori siano competenti, coscienti e consapevoli della sicurezza». In Italia tale indicazione viene recepita nel cap 4.4 del *PSN 2006/2008*: «Il personale deve essere direttamente ed effettivamente coinvolto nelle scelte cliniche ed organizzative e deve ricevere informazione e comunicazione sistematiche».

Aim: Il presente lavoro si propone di analizzare l'evoluzione normativa e professionale degli esercenti le professioni sanitarie, finalizzata ad una organizzazione scientifica del lavoro, avendo particolare riguardo per le problematiche inerenti la gestione del rischio clinico e la minimizzazione degli errori in sanità

Material and Methods: È stato descritto il percorso di emancipazione delle professioni sanitarie, da ausiliarie ad autonome (figura 1; figura 2) e professionalmente responsabili (tabella 2), attraverso l'analisi della legislazione nazionale nonché della più autorevole letteratura in materia. Altresì sono state analizzate le ricerche, gli studi e le dottrine più influenti in tema di rischio clinico e le correlate strategie di gestione

Result: Il lavoro svolto evidenzia che l'esercizio delle professioni sanitarie è professionalmente, deontologicamente e giuridicamente soggetto alla assunzione di un ruolo attivo nella gestione del rischio clinico, finalizzato al

conseguimento di adeguati standard qualitativi del servizio erogato, di cui la sicurezza è indubbiamente punto strategico e centrale.

Conclusion. La strategica ed imponente produzione normativa, avviata agli albori degli anni novanta, ha consegnato al nuovo millennio un professionista sanitario dotato di capacità, conoscenze e competenze nuove, in grado di rispondere con maggiore efficacia ed in maniera mirata ad un'utenza sempre più esigente ed intransigente.

Tali nuove ed emergenti professionalità si rendono inoltre disponibili, in termini di conoscenza e consapevolezza, ad un coinvolgimento, in grado di favorire la disponibilità al cambiamento e l'utilizzo sinergico dei molteplici strumenti offerti dal risk management.

LA VALUTAZIONE DEL DOLORE DA PROCEDURE NEL BAMBINO ANALGO-SEDATO

D. FAGIOLI, F. BROCCATI, F. CANCANI, F. STOPPA

Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

Abstract

Premesse

In terapia intensiva, il dolore e l'agitazione da procedure invasive sono trattati attraverso un controllo farmacologico: l'analgo-sedazione. L'analgesia e la sedazione nella pratica clinica devono essere tenute distinte ma comunque sempre associate. La responsabilità infermieristica in una TIP è quella di possedere adeguate conoscenze riguardo l'analgo-sedazione e di applicare correttamente i relativi sistemi di valutazione.

Scopi

Fornire elementi per un'efficace ed oggettiva valutazione del dolore da procedure al fine di migliorare la qualità dell'analgo-sedazione, il comfort del paziente e la qualità dell'assistenza.

Materiale e metodi

Durante la procedura della broncoaspirazione si sono rilevati parametri fisiologici (PA, FC, SpO₂) e parametri comportamentali (utilizzo di due scale di valutazione: Comfort Scale e Gos Scale) prima e dopo la procedura. Si sono arruolati 11 pazienti durante 3 mesi (età media 4,9 ± SD 4,9, pazienti pediatrici intubati in ventilazione meccanica, sottoposti ad analgo-sedazione, non traumatizzati e non curarizzati). Si sono analizzate le variazioni percentuali dei parametri fisiologici in relazione ai giorni di sedazione e si sono messe a confronto le due scale di valutazione per verificarne la sensibilità.

Risultati

I parametri che subiscono notevoli incrementi percentuali tra prima e dopo la procedura sono FC e PA; all'aumentare dei giorni di sedazione si rileva un aumento dell'incremento percentuale del valore dei parametri. Si è dimostrato che la Comfort Scale risulta più sensibile rispetto alla Gos Scale.

Conclusioni

Effettuare una misura del dolore e della sedazione del paziente, prima e subito dopo una procedura, fornisce a medici ed infermieri il feedback per valutare l'efficacia delle terapie analgesiche e sedative in atto e la necessità di un ulteriore trattamento del dolore. Il piano assistenziale deve prevedere il monitoraggio dei parametri fisiologici e comportamentali durante le procedure, utilizzare scale di valutazione appropriate, condivise e che rispettano i criteri di validità, riproducibilità/affidabilità e sensibilità.

Bibliografia

MATTIA C, SAVOIA G, PAOLETTI F, PIAZZA O, ALBANESE D, AMANTEA B et al. *Raccomandazioni SIAARTI per l'analgia sedazione in rianimazione*. *Minerva Anestesiologica* 2006 ott;72(10):790-805.

NOLENT P, LAUDENBACH V. *Sédation et analgésie en réanimation. Aspects pédiatriques*. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 2008;27:623-32.

PROTOCOLLO PER IL TRATTAMENTO DEL DOLORE DURANTE IL SOCCORSO TERRITORIALE

E. PERESSINI, D. PAGNUTTI, R. RIDOLFI

ASS 4 «Medio Friuli» - Dipartimento Emergenza Ospedale di San Daniele del Friuli - UD

Abstract

Il rationale del presente protocollo può essere così enunciato « La gestione infermieristica del dolore acuto negli interventi di soccorso territoriale in assenza del medico».

Negli ultimi anni la professione infermieristica si è evoluta e l'abrogazione del mansionario ha introdotto nuove responsabilità e nuove prospettive nell'assistenza. L'analisi della letteratura italiana non registra lavori con casistiche numerose o lavori di grande impatto operativo sull'argomento «gestione del dolore in autonomia» da parte degli infermieri impiegati nelle attività di soccorso territoriale.

La nostra area di competenza per il soccorso territoriale 118, è molto vasta e comprende tre distretti sanitari del medio friuli: nell'anno 2008 sono stati effettuati un totale di 6330 interventi, con una durata media per servizio di 45 minuti, producendo quasi 50.000 ore di assistenza/anno a persone che hanno in prevalenza il dolore come sintomo.

Da qui la necessità per l'infermiere di considerare e rilevare il dolore.

Si utilizza la scala numerica verbale NRS (Numeric Rate Scale) per misurare il dolore percepito considerandolo uno dei parametri fondamentali da rilevare in occasione della valutazione iniziale del persona. Di conseguenza, il dolore diventa una priorità da trattare in autonomia, esattamente come gli altri interventi di stabilizzazione dei parametri vitali.

I farmaci che utilizziamo sono la morfina (NRS>6) e il paracetamolo (NRS<6), per le loro caratteristiche farmacocinetiche, farmacodinamiche e di sicurezza. Il protocollo elaborato è di facile comprensione, consultazione ed applicazione e si sostanzia in una flow chart per criteri di inclusione/esclusione e di azioni conseguenti.

Il risultato che ci attendiamo dalla applicazione di questo protocollo è un approccio alla persona con dolore che sia omogeneo, corretto e scientificamente approvato ed applicabile in tutte le situazioni comprese quelle «prima dell'ospedale».

IL NURSING DELLA COMPLESSITÀ: ASSISTERE SOGGETTI CON M.O.F.

M. MAGLIO, A. BORCA, R. ZANOTTI

Azienda ULSS7 Pieve di Soligo (TV)

Premessa: Si pone oggi la necessità di individuare limiti alle cure intensive perché i successi della T.I hanno alimentato nell'opinione pubblica una attesa che spesso supera le sue possibilità reali di intervento. La M.O.F. è stata presa in considerazione perché costituisce una complicanza di vari quadri clinici ed è una delle maggiori cause di morte in T.I. La sua evoluzione nel tempo è tipicamente non lineare (multi-organo e multi-causa) quindi complessa anche per l'assistenza. L'interpretabilità della complessità è resa possibile integrando la «Teoria dei Sistemi Caotici» di Edward Lorenz per le variabili «tempo» ed «energia» (*Butterfly Effect*) con la teoria «Nursing stimolatore di Armonia e Salute» di Renzo Zanotti.

Scopo: Discutere l'approccio infermieristico al paziente critico-complesso in base alla teoria «Nursing stimolatore di Armonia e Salute» di R. Zanotti integrata con quella di Lorenz. Inoltre, descrivere la prospettiva di nursing «attivare il potenziale di salute e le capacità residue del soggetto per una più efficace risposta adattiva di armonia tra processi e componenti interne del sistema-persona» in rapporto a due casi emblematici di bambini con M.O.F.

Materiali e metodi: Ricerca e revisione della letteratura nei database MEDLINE e CINAHL. Analisi critica di casi clinici pediatrici.

Risultati: In letteratura si evince che approcci con trattamenti aggressivi che mirano a «normalizzare» rapidamente le risposte d'organo in bambini con MOF hanno spesso un potenziale terapeutico complessivo inferiore rispetto a stimoli di lieve entità - corrispondenti ad interventi considerati «minori» - i cui effetti si mantengano nel tempo. Le dinamiche non lineari di evoluzione fisiopatologica fanno sì che i soggetti colpiti da M.O.F. siano spesso al confine tra vita e morte. Alcuni studi hanno identificato gradi diversi di intensità e interazione tra modalità di assistenza e manifestarsi e svilupparsi della M.O.F. Tuttavia, anche se nel modello medico dominante l'interazione tra patologia e psicologia del paziente resta poco considerata, tale relazione potrebbe trovare elementi di interesse nell'assistenza infermieristica per le nuove prospettive di «Stimolazione» verso nuovi stati di equilibrio dinamico del sistema che costituiscano una migliore qualità di vita e anche di morte.

Riferimenti bibliografici

1. GOLBIN A, UMANTSEV A, *Adaptive Chaos: mild disorder may help contain major disease*, Medical Hypotheses, 2006.
2. PAPATHANASSOGLU ED, BOZAS E, GIANNAKOPOULOU DM, *Multiple organ dysfunction syndrome pathogenesis and care: a complex system's theory perspective*, British Association of Critical care

EFFETTO DELL'AUMENTO E DELLA SPECIFICITÀ DELLE INFORMAZIONI PERI-OPERATORIE SUL BENESSERE PSICOLOGICO DEL PAZIENTE SOTTOPOSTO A TRAPIANTO CARDIACO

L. GATTAFONI, P. PAGANELLI

Azienda Ospedaliera S. Orsola Malpighi, Bologna

Abstract

Il Trapianto Cardiaco rappresenta il primo passo di una nuova vita per chi lo riceve.

Alcuni studi hanno evidenziato come i disordini psicologici pre-operatori possono influenzare i risultati del trapianto, soprattutto durante l'attesa, quando si possono sviluppare diversi stati psicologici negativi: disturbi d'ansia (20% dei casi), disturbi mentali organici (delirium 3%), disturbi depressivi (2%), disturbi dell'adattamento (2%).

Il ruolo dell'infermiere è quello di assistere accompagnare il ricevente in tutte le fasi del suo percorso.

Come individuato nel profilo con il D.M. 14 settembre 1994 N.739, è compito dell'infermiere fornire all'assistito adeguate informazioni di carattere preventivo, relazionale e di educazione sanitaria.

Con il nostro studio (prospettico randomizzato controllato) ci proponiamo di valutare se l'implementazione delle informazioni riduce i disturbi psicologici in una popolazione di pazienti sottoposti a trapianto di cuore.

INDICE GENERALE

<i>Obiettivi</i>	Pag.	3
M. MARSEGLIA, P. PAGANELLI, S. SCALORBI <i>Presentazione</i>	»	5
<i>Relatori e moderatori</i>	»	7
<i>Programma</i>	»	11
SESSIONE PLENARIA		
E. DRIGO, A. SILVESTRO <i>Infermieri, area critica e la questione del limite alla luce del nuovo Codice Deontologico dell'infermiere</i>	»	19
A. SILVESTRO <i>Infermieri, area critica e la questione del limite alla luce del nuovo Codice Deontologico dell'infermiere</i>	»	25
N. MARINELLI <i>Assistenza infermieristica fra azzardo e limite: le sfide e le questioni aperte</i>	»	33
SESSIONE CURE INTENSIVE		
F. CAPITANI, C. ALESSI, E. CIAMPANI, P. CINGOTTINI, A. MANELLI, M. ROSATI, B. ALMI, S. CIAMPOLI, R. DEL BRAVO, M. FERRETTI, R. PERNIA, E. EGIZIANO, M. BUONCOMPAGNI <i>Verso la rianimazione aperta. Siamo pronti al «salto»? Reazioni degli operatori di fronte ad un programma di apertura dell'unità operativa</i>	»	43
A. GIANNINI <i>Terapie intensive «aperte»: le ragioni di una svolta</i>	»	49
A. LUCCHINI, R. GARIBOLDI, S. ELLI, G. PELUCCHI, S. VIMERCATI, P. TUNDO <i>Aumento del confort della persona sottoposta a CPAP con scafandro: discomfort da rumore e interventi infermieristici per la sua riduzione</i>	»	51
C. BOMIO, F. PESENTI, G. PENATI <i>L'adozione di un programma educativo contribuisce a ridurre l'incidenza della polmonite associata al ventilareo (PAV)</i>	»	53
D. LASTRUCCI, C. COLAGIOVANNI, L. CORADESCHI, A. LEONE, M. MUZZI, A. PAGLIALUNGA <i>La ventilazione non invasiva nei reparti non intensivi: un progetto condiviso medico e infermieristico</i>	»	55
F. PRAGA, A. CORONA, R. COLOMBO, C. MINARI, L. SONETTI <i>Modello di rischio proporzionale di Cox per predire il Delirium in una Terapia intensiva polivalente</i>	»	57
SESSIONE ORGANIZZAZIONE		
C. PERRIN, R. RAVINETTO <i>L'accesso ai farmaci essenziali nei paesi con risorse limitate: un problema etico</i>	»	65

G. NOTO, A. ARGENTI, M. COPELLI, D. MANNINO <i>La formazione clinica attraverso un progetto di mentoring</i>	»	67
E. LUMINI, S. BAMBI, G. BECATTINI, M. RUGGERI <i>Indicatori di qualità ed assistenza infermieristica in area critica: una revisione della letteratura</i>	»	81
A. FABRETTI, F. VALDAMBRINI, K.A. LOPETUSO, A. INGRASSIA <i>Un'indagine aziendale sul benessere organizzativo nell'azienda ospedaliera Sant'Andrea di Roma</i>	»	83
L. GATTAFONI, L. BUZZI, P. PAGANELLI <i>Studio sinottico dell'assistenza infermieristica in ICU</i>	»	85
M. SCARDINO <i>Distanza culturale tra utente ed organizzazione sanitaria</i>	»	93
SESSIONE ETICA		
M. STORNELLI <i>Limitazione dei trattamenti intensivi. Il punto di vista degli infermieri</i> ...	»	97
I. SANDRETTI, S. MUSOLESI, M. BARTOLOMEI, F. LANDUZZI <i>Riflessioni sulla tematica del fine vita: rispetto del testamento biologico o della volontà dei parenti di interrompere le manovre rianimatorie. Riflessioni e considerazioni dal punto di vista medico legale</i>	»	101
A. QUARTA <i>Etica, diritto e deontologia riguardo l'assistenza nel fine-vita nelle terapie intensive</i>	»	103
P. PAGANELLI, L. BUZZI, L. GATTAFONI <i>Sempre l'impegno terapeutico corrisponde al bene del paziente?</i>	»	109
A. D'ERRICO <i>«La sofferenza palpabile»: cambiare il volto della propria sofferenza per comunicare con il dolore dell'altro</i>	»	113
S. EGMAN, V.M. SOLLEVA, M. NICOLOSI, M.A. CALANDRA <i>L'infermiere all'interno del comitato etico: competenze e responsabilità</i> ..	»	129
SESSIONE PLENARIA		
I. COSSU, G. GIUSTI <i>Assistenza ideale, quotidianità, responsabilità come risultato fra le competenze nel team/o équipe</i>	»	133
SESSIONE FORMAZIONE, RICERCA, ORGANIZZAZIONE		
M. CASATI <i>Le priorità per la ricerca infermieristica</i>	»	143
R. ALVARO <i>La formazione clinica, relazione e cultura</i>	»	151
B. MANGIACAVALLI <i>Riflessioni rispetto al posizionamento del gruppo professionale italiano</i> ..	»	157
SESSIONE CURE INTENSIVE		
M. ZUCCONI <i>Pazienti e sicurezza in sala operatoria, il contributo infermieristico per il superamento del limite</i>	»	167

<i>Indice</i>	377
M. NOACCO, A. PALESE <i>Understaffing ed eventi avversi in terapia intensiva: studio pilota retrospettivo</i>	» 175
M. TAFFARELLO, V. BARRA <i>Assistenza al paziente neurochirurgico durante il monitoraggio neurofisiologico in continuo</i>	» 177
M. MENEGALDO, R. MONTESANO <i>Alterazioni del modello sonno e riposo nei pazienti ricoverati in terapia intensiva: studio osservazionale comparato ed opinioni infermieristiche a confronto</i>	» 181
A. TURRIN, M. CORSO <i>Percezione della terminalità da parte degli infermieri nell'ULSS n. 1 di Belluno</i>	» 207
P. DI GIACOMO, D. LAMI <i>La decisione di fine vita: la percezione di medici e infermieri</i>	» 209
SESSIONE NEONATOLOGIA, CURE INTENSIVE E PEDIATRICHE	
D. ZOLA, G. ANCORA, C. CORAZZARI, G. ROSSI, G. FALDELLA <i>Protocollo per la gestione del neonato critico e in fase terminale</i>	» 225
A.R. DI FALCO, E. SCARABELLIN <i>Il limite terapeutico e il processo decisionale di fine vita in rianimazione pediatrica</i>	» 227
A. GIANNINI <i>Il limite terapeutico e il processo decisionale di fine vita in rianimazione pediatrica</i>	» 233
SESSIONE EMERGENZA	
M. GIUSTI, S. BAMBI, G. BECATTINI <i>See and treat infermieristico in DEA: analisi proattiva dell'errore umano e delle vulnerabilità di sistema</i>	» 241
G. IMBRIACO, M. MOSTARDINI, M. ERBACCI, G. GAMBERINI, M. LA NOTTE, L. DAL BOSCO, R. LOPEZ, A. FAZI <i>La competenza dell'infermiere nell'emergenza sanitaria extraospedaliera: una fotografia della situazione in Italia</i>	» 243
S. BAMBI, A. FRASI, M. RUGGERI, E. LUMINI, G. BECATTINI <i>La rilevazione dei parametri vitali influenza l'assegnazione del codice colore di triage?</i>	» 247
M. BARTOLOMEI, I. SANDRETTI, S. MUSOLESI, R. IACENDA, F. LANDUZZI, S. PAPPAGALLO <i>Quale limite delle cure nella RCP praticata in ambiente extra ospedaliero?</i>	» 249
C. RINNONE <i>La formazione in emergenza: indagine qualitativa sull'uso della morfina da parte dell'infermiere dell'emergenza territoriale fiorentina dopo evento formativo specifico</i>	» 251
R. RIDOLFI, D. PAGNUTTI, E. PERESSINI <i>Protocollo per il trattamento del dolore durante il soccorso territoriale</i> ...	» 255
SESSIONE TECNOLOGIA PER L'ASSISTENZA	
A. DE NICOLA, P. RITI <i>Nuove prospettive nell'igiene personale del paziente in coma</i>	» 261

K. ROMANO, S. BRAGA, T. MARINO, L. FINI <i>Biotechnologie e innovazione: il sottile confine tra etica e accanimento . . .</i>	» 269
I. SARCHIELLI, E. LUMINI <i>Documentazione infermieristica elettronica in DEA: analisi quali-quantitativa di impatto e di gradimento</i>	» 275
SESSIONE PRELIEVI E TRAPIANTI D'ORGANO	
G. DILETTOSO, C. CANELLI, G. GRAGLIA, A. CRESPI <i>L'ossigenazione extracorporea a membrana (ECMO) vs assistenza ventricolare sinistra (LVAD) come ponte al trapianto di cuore: aspetti assistenziali</i>	» 285
E. ZANELLA, R. MARCOLONGO <i>Educazione terapeutica per la persona cardiotrapiantata: progettazione e sperimentazione di un percorso educativo</i>	» 287
N. ZAMPERETTI <i>Controversie sulla determinazione di morte. Libro bianco del Consiglio di Bioetica del Presidente USA 2008. Nuovi razionali, stimoli, quesiti aperti</i>	» 291
C. VENDER <i>Il valore della professione a favore della donazione degli organi: dare senso ad un decesso restituendo la vita. Il lavoro e la questione del limite dell'infermiere del centro coordinamento prelievi cornee</i>	» 293
M. BRACH, A. BERINI, A. DURÌ, S. GIGLIO, E. MATTIUSI, E. SBAIZERO, M. SCHIFFO, A. SEPULCRI, A. SOSTERO, A. DI SILVESTRE, F. GIORDANO <i>Dalla revisione della letteratura alla stesura di un piano assistenziale infermieristico per il mantenimento del potenziale donatore d'organi</i>	» 297
E. D'ANIELLO, C. DI PALMA <i>Tecniche di comunicazione, assistenza e supporto con i familiari del potenziale donatore di organi e tessuti</i>	» 299
TAVOLA ROTONDA	
LA QUESTIONE DEL LIMITE, LA SALUTE, I PROFESSIONISTI, LE NUOVE RESPONSABILITÀ	
I.R. PAVONE <i>Il bene della salute come cifra della responsabilità politica</i>	» 303
N. DIRINDIN <i>Risposte alle priorità, consapevolezza della necessaria gradualità e nuovi fondamenti per una salute oltre i confini</i>	» 309
W. TOUSIJN <i>Le professioni nella società post-moderna: verso un nuovo professionalismo?</i>	» 315
F. MOGGIA, E. DRIGO <i>Essenziale un nuovo bilanciamento tra diagnosi/terapia ed assistenza . . .</i>	» 321
D. ZOLETTO <i>La questione del limite come nuova dimensione etica e risorsa culturale . .</i>	» 325

<i>Indice</i>	379
 <i>SESSIONE POSTER</i>	
M.A. FUMAGALLI, C. ANELLI, M.L. GUALDONI, G. DILETTOSO, A. COVA, L. PELUCCHI <i>Analisi del carico di lavoro infermieristico e dei giorni di degenza in un reparto di area critica: confronto tra diverse fasce di età</i>	» 333
M.A. FUMAGALLI, C. ANELLI, M.L. GUALDONI, G. DILETTOSO, A. COVA, L. PELUCCHI <i>Valutazioni ed analisi del carico di lavoro infermieristico e dei giorni di degenza in pazienti con patologie complesse in area critica</i>	» 335
C. MANZONI <i>Il quarto anello della catena della sopravvivenza: scienza non miracolo</i> ..	» 337
A. CURCURUTO, P. NACCHIA, M.G. D'AMARO, A. STORNAIUOLO, V. GAUDIANO, R. MARSICANO, L. PISACANE, A. BALDINI, A. VARONE, G. PAUCIUOLO <i>Cure igieniche in area critica: la doccia a letto</i>	» 338
M. PIANI <i>Antropologia del dolore</i>	» 339
R. VIERUCCI, N. PALMIERI, D. TONELLI, L. TRABALLONI <i>Weaning dalla ventilazione meccanica, dalla progettazione alla attuazione, un'esperienza tutta infermieristica</i>	» 340
CASTELLANO, S. FERRIGNO, A. ARPAIA, P. CAPOBIANCO, S. CERINO, P. D'AMBROSIO, T. D'ESPOSITO, M.G. DELL'ANGELO, C. LAURO, M. PERRONE, S. SIMEONE, M.G. MARINELLI <i>NIV «esperienze di ventilazione non invasiva»</i>	» 342
P. RITI, A. DE NICOLA <i>Prevenzione della dermatite da incontinenza del paziente in coma. Nostra esperienza</i>	» 343
F. PIERGENTILI, G.D. GIUSTI <i>L'infermiere e l'intubazione orotracheale: videolarinoscopio McGrath Serie 5[®] vs. laringoscopio MacIntosh. Primi risultati. Studio su manichino</i>	» 344
S. PADRINI, M. ROBERTI, A. PINZARI <i>L'uso della VAC nella mediastinite post chirurgica in pediatria</i>	» 346
A. INGRASSIA, K.A. LOPETUSO, A. PIRA, P. GENTILI, C. LUCIANI <i>Qualità percepita in cardiocirurgia. Esperienza dell'AO Sant'Andrea di Roma</i>	» 347
M. ROMANI, V. AMATUZZI, C. CAPPITELLA, F. CIOÈ, G. DE ANDREIS, S. DI FLORIO, M. GRECO, I. KASSYMOVA, M. PESOLO, M. GALIZIO <i>Triage infermieristico alla donna vittima di violenza: verso una competenza multidimensionale</i>	» 348
I. PIRONE, C. DE IULIO, A. INGRASSIA <i>Il rischio tecnologico nell'utilizzo dei dispositivi medici in sala operatoria</i>	» 349
S. DOMINICI, R. MONASTERO, Z. PICCIUCA, V. CASESI, A. SARNELLA, G. CIVILETTO, R. GIAMMONA <i>Lotta alle infezioni correlate alla gestione dei cateteri intravascolari. Una barriera in più... ma quale!?</i>	» 351

V. AMATUZZI, A. CARNEVALE, F. CIOÈ, G. DE ANDREIS, M. ROMANI <i>Analisi proattiva del rischio nella somministrazione della terapia: l'esperienza del «Policlinico Tor Vergata» di Roma</i>	» 355
A. INFANTE, M. ROMANI, M. GALIZIO, G. VISCONTI <i>Il counselor interculturale in area urgenza/emergenza, l'esperienza del Policlinico «Tor Vergata»</i>	» 356
I. FONTANA, M. FIGINI, M. D'ELIA, S. GRANDO, L. TROTTA, M. VARGIU <i>Accesso venoso periferico ecoguidato: raccolta dati della terapia intensiva generale</i>	» 357
N. RAMACCIATI, A. CECCAGNOLI <i>Rischio occupazionale in pronto soccorso: testing dispositivo di sicurezza Vasofix-Safety®</i>	» 358
E. MAESTRI, S. NELLI, P. GIOACHIN, F. MAZZONI, P. WEINSTOCK, L. GALLI, L. KAPUS, G. GENSINI, R. PINI <i>Sviluppo di un corso di simulazione multidisciplinare di medicina d'urgenza in Toscana tramite collaborazione internazionale: misurazione della qualità e dell'efficacia</i>	» 360
F. FONTANA, P. ROMANAZZI, M. ROMANI, A. SANTANDREA <i>La continuità assistenziale nell'urgenza/emergenza del pronto soccorso alla sala operatoria: proposta di uno strumento di gestione informatizzato</i>	» 361
GRIBAUDO, MANA, MUSSO, MONDINO <i>L'incontinenza fecale nel paziente critico: un'esperienza in cardiocirurgia</i>	» 363
L. GIOVANNELLI, I. COSSU, A. FASCILO <i>L'evoluzione nelle professioni sanitarie nella gestione del rischio clinico</i> ..	» 365
D. FAGIOLI, F. BROCCATI, F. CANCELI, F. STOPPA <i>La valutazione del dolore da procedure nel bambino analgo-sedato</i>	» 367
E. PERESSINI, D. PAGNUTTI, R. RIDOLFI <i>Protocollo per il trattamento del dolore durante il soccorso territoriale</i> ...	» 369
M. MAGLIO, A. BORCA, R. ZANOTTI <i>Il nursing della complessità: assistere soggetti con M.O.F.</i>	» 370
L. GATTAFONI, P. PAGANELLI <i>Effetto dell'aumento e della specificità delle informazioni peri-operatorie sul benessere psicologico del paziente sottoposto a trapianto cardiaco</i> ...	» 372

*Finito di stampare nel mese di ottobre 2010
presso la Tipografia Tappini - Città di Castello (PG)
Tel. (075) 855.81.94 - Fax (075) 852.73.15 - E-mail: tappini@technet.it*