

BACK TO BASIC

in Area Critica

ABSTRACT BOOK



BACK TO BASIC

in Area Critica

Comunicazioni orali

Comunicazioni orali



Sala Plenaria

TERAPIA INTENSIVA 1 - La gestione dei pazienti complessi

10:50 - 11:10

UN'ANALISI DEGLI INCIDENTI CRITICI IN TERAPIA INTENSIVA: LE ESTUBAZIONI NON PIANIFICATE

Matteo Danielis, Simona Chiaruttini, Elisa Mattiussi, Alvisa Palese - Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine
danielis.matteo@gmail.com

Background

I pazienti sottoposti a ventilazione meccanica invasiva sono suscettibili di una serie di complicanze tra cui un'estubazione non pianificata, che può portare a conseguenze dirette sul malato, con tempi di ricovero prolungati. Vista la rilevanza del fenomeno sugli esiti assistenziali, l'estubazione non pianificata è un indice di qualità delle cure in Terapia Intensiva.

Obiettivo

Comprendere le cause per cui si verificano le estubazioni non pianificate.

Metodi

Studio qualitativo mediante applicazione ed analisi della tecnica dell'incidente critico. Dieci infermieri che hanno sperimentato una o più estubazioni non pianificate sono stati intervistati in un setting di Terapia Intensiva Polivalente con un totale di 28 posti letto.

Risultati

Durante il periodo di osservazione (luglio-ottobre 2017), 302 pazienti sono stati sottoposti a ventilazione meccanica invasiva; tra questi, si sono verificati 12 episodi di estubazioni non pianificate (3.9%). Dall'analisi delle esperienze riportate dagli infermieri, è stato elaborato un modello interpretativo delle cause del fenomeno. Sono emerse due macro aree: i fattori predisponenti ed i fattori precipitanti. Tra i fattori predisponenti, gli infermieri hanno riconosciuto quelli legati al paziente (agitazione, desiderio di comunicare e aumento del discomfort) e quelli legati allo svezzamento dalla ventilazione meccanica (riduzione/interruzione programmata o non programmata della sedazione). Tra i fattori precipitanti sono stati identificati quelli legati all'organizzazione (fallimento della comunicazione multi - professionale), all'ambiente (ambiente eccessivamente caotico e con barriere che non permettono la sorveglianza diretta) e all'assistenza infermieristica (tutela della privacy, prevenzione del disturbo del sonno/riposo degli altri pazienti e un ridotto rapporto infermiere/paziente). Inoltre, gli infermieri intervistati hanno percepito che la riduzione della sorveglianza era causata sia da fattori evitabili che inevitabili e che questo incoraggiava l'utilizzo della contenzione meccanica nel paziente.

Conclusioni

Alcune strategie preventive, come ad esempio il miglioramento della comunicazione inter-professionale, la riduzione del rumore ambientale, la stretta sorveglianza diretta del paziente e un appropriato carico di lavoro infermieristico, possono contribuire alla riduzione delle estubazioni non pianificate e al miglioramento della qualità dell'assistenza.

11:10 - 11:30

RICOVERO POST-OPERATORIO INTERAPIA INTENSIVA A GESTIONE INFERMIERISTICA: RISULTATI DI UN PROTOCOLLO OPERATIVO

Alberto Lucchini, Alice Bertin, Simona Vimercati, Annalisa Benini, Roberto Gariboldi, Stefano Elli
ASST Monza, Ospedale S. Gerardo - alberto.lucchini@unimib.it

Introduzione

La gestione del paziente con percorso perioperatorio è uno dei percorsi di degenza in terapia intensiva che meglio si prestano alla creazione di flow-chart decisionali e protocolli operativi, condivisi tra il personale sanitario.

Materiali e metodi

Dal 1° gennaio 2017 la gestione del ricovero dei pazienti elettivi, sottoposti a chirurgia in una terapia intensiva polivalente è stata affidata in autonomia al personale infermieristico, dopo un percorso formativo ed organizzativo dedicato. Le flow-chart decisionali hanno avuto come oggetto: gestione del weaning (inclusa estubazione), gestione (con somministrazione in autonomia dei farmaci identificati) per il controllo del dolore, gestione dei liquidi, gestione degli elettroliti. È stato effettuato uno studio caso-controllo confrontando i dati dei pazienti con analogo intervento, ricoverati nel 2015 (gestione medica), confrontandoli con i pazienti gestiti nel 2017.

Risultati

I pazienti arruolati sono stati 96 (48 per anno) con una età media pari a 65 ± 12 , SAPSII 24 ± 7 , FiO2 ingresso 0.45 ± 11 , PEEP 5 ± 1 , FR 13 ± 3 . Nei due sottocampioni i dati sopraelencati sono risultati tutti omogeni, garantendo un uguale dato di gravità all'ingresso, condizione indispensabile per un confronto delle variabili sottoelencate. Nel 2015 il tempo di degenza in terapia intensiva è stato di $1833,14 \text{ min.} \pm 995$, mentre nel gruppo 2017 è stato pari a $1974 \text{ min.} \pm 1491$ ($p=0.450$). I minuti trascorsi tra ingresso e reparto e applicazione della ventilazione assistita sono stati 130 ± 163 nel 2015 e 199 ± 302 ($p=0.680$). I minuti trascorsi tra ingresso ed estubazioni sono stati: 698 ± 758 versus 534 ± 728 ($p=0.045$). Nessun paziente è stato sottoposto a re intubazione per errata scelta del timing di estubazione. Per quanto riguarda la gestione dei liquidi in autonomia da parte dell'infermiere si è avuto un volume infuso nel 2015 (prescrizione medica) pari a $2654 \text{ (ml)} \pm 1337$ versus $1709,61 \text{ (ml)} \pm 821$.

11:30 - 11:50

VIVERE CON UN BAMBINO TRACHEOSTOMIZZATO: IL PUNTO DI VISTA DEI GENITORI

Veronica Olivo, S. Parisi, E. Prandi, A. Cofone, A. Cislighi, G. Chidini, A. Galazzi
Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano - Università degli Studi di Milano
veronica.olivo@hotmail.it

Introduzione

La tracheostomia aumenta la sopravvivenza dei pazienti pediatrici ma rappresenta anche un cambiamento radicale nella vita del bambino e della sua famiglia, sottoponendo tutti a stress e disagio fisico, psichico e sociale. Nel nostro ospedale esiste un'equipe dedicata di medici e infermieri appartenenti alla Terapia Intensiva Pediatrica che seguono ambulatorialmente i bambini tracheostomizzati.

Obiettivo

Descrivere l'esperienza dei genitori che si prendono cura del loro bambino tracheostomizzato a casa.

Materiali e metodi

Studio quali-quantitativo. È stato somministrato un questionario ai genitori dei bambini tracheostomizzati che sono seguiti presso l'ambulatorio del nostro ospedale. Lo strumento è stato costruito ad hoc utilizzando domande di

questionari già presenti in letteratura. I risultati sono stati analizzati come dati percentuali o secondo un'analisi qualitativa.

Risultati

Sono 11 i pazienti tracheostomizzati seguiti ambulatorialmente, 10 genitori hanno compilato il questionario (91%), dei quali 6 mamme e 4 papà. L'età dei bambini va da 1 a 15 anni (media 2.5 anni). Sette bambini ricevono un supporto ventilatorio nelle 24 ore e 6 si alimentano tramite PEG. I problemi principali dei genitori riguardano la difficoltà a dormire (50%), la necessità di licenziarsi dal lavoro (50%) per accudire il bambino ed un isolamento sociale (50%) che in alcuni casi è anche familiare (40%). Per i genitori le giornate sono interminabili (60%). Sia l'ambulatorio (100%) che l'assistenza domiciliare (90%) sono reputati validi servizi.

Conclusioni

Nonostante i servizi sanitari offerti siano valutati positivamente dai genitori ci sono ancora vari aspetti da migliorare. Particolarmente critici risultano gli items riguardanti il riposo notturno, l'attività lavorativa e l'isolamento sociale.

Sala Napoleon

ETICA/ORGANIZZAZIONE - Organizzazione e progetti

10:50 - 11:10

LA VALUTAZIONE DELLO STATO DI COSCIENZA DEL PAZIENTE ADULTO CON TRAUMA: L'ESPERIENZA DI UN GRUPPO DI PROGETTO MULTI PROFESSIONALE E MULTI CONTESTO

Salvatore Lanzarone, C. Aguiari, V. Amelio, M. Berardino, S. Cavallo, M. Garbarino, G. Centini - AOU Città della Salute e della Scienza PO CTO - lanzarone.salvatore77@gmail.com

Background

La valutazione dello stato di coscienza (VSC) e il monitoraggio della sua evoluzione rappresentano un nodo cruciale nella diagnostica, nel trattamento e nella prognosi del paziente con trauma cranico. La letteratura riporta criticità sia di accuratezza della VSC che di riproducibilità della stessa tra i professionisti coinvolti. Una delle strategie ritenute efficaci per favorirne il superamento è la formazione continua.

Obiettivo

Sistematizzare la VSC ed il suo monitoraggio attraverso un utilizzo condiviso di strumenti evidence based applicabili al contesto reale.

Materiali e metodi

Il progetto si è così articolato:

Fase 1: Analisi dell'esigenza formativa.

- Revisione della letteratura sulle principali scale validate per la VSC del paziente in oggetto.
 - Costruzione di una griglia di comportamenti raccomandati nella valutazione e monitoraggio dello stato di coscienza.
 - Utilizzo della griglia di analisi per la raccolta dati di 40 pazienti, con trauma cranico grave in 4 mesi (campione del 2016).
 - Focus group multiprofessionale e multicontesto per analizzare i dati emersi dall'analisi retrospettiva.
- Fase 2: Progettazione del percorso formativo.

- Macro e microprogettazione: finalità, obiettivi di apprendimento, sessioni e metodologie didattiche, sistema di valutazione.
- Costruzione del materiale didattico: adattamento di un caso clinico reale, video simulati e reali per le esercitazioni.

ni; serious game esperienziale per sviluppare la competenza valutativa in team.

4) Identificazione di indicatori di impatto immediato (gradimento; apprendimento) e a lungo termine (trasferimento di comportamenti professionali nella realtà) al raggiungimento del 70% di destinatari.

Risultati

Sono state identificate 4 macrocategorie di criticità: difformità nell'uso delle scale, disomogeneità nella descrizione verbale e scritta dei diversi livelli di coscienza, numerosità e complessità dei fattori interferenti, monitoraggio non sistematico dello stato di coscienza. È stato progettato e realizzato in edizione pilota a dicembre 2017 un corso di formazione rivolto a medici e infermieri del 118, pronto soccorso, triage e terapia intensiva. Sono state applicate alcune azioni correttive emerse dal debriefing post-corso tra partecipanti e formatori.

Conclusioni

Dal 2018 il corso a regime, sarà implementato in tutti i contesti bersaglio. Il feedback dei 18 partecipanti alla prima edizione, ha mostrato quanto una progettazione formativa che tenga conto delle reali esigenze dei destinatari e del contesto di riferimento abbia buone probabilità di risultare efficace.

11:10 - 11:30

RACCOMANDAZIONE N.4 DI ANIARTI/CHOOSING WISELY ITALY IN UN OSPEDALE UNIVERSITARIO REGIONALE: VALUTAZIONE D'IMPATTO

*Manuela Serrenti, C. Scarabichini, K. Pierini, V. Pienera, F. Tinnirello, A. Varone, M. Serrenti, N. Ramacciati
Azienda Ospedaliera di Perugia - videogirlhai2@gmail.com*

Introduzione

Tra le pratiche a rischio di inappropriata, l'Associazione Italiana Infermieri di Area Critica (Aniarti) ha proposto nell'ambito del progetto "Fare di più non significa fare di meglio - Choosing Wisely Italy" la raccomandazione n.4 "Non sostituire i cateteri venosi periferici ad intervalli regolari, ma in base a valutazione clinica".

Scopo

Valutare in un'Azienda Ospedaliera-Universitaria a rilevanza nazionale, tramite studio cross-sectional, l'impatto dell'adozione di questa raccomandazione.

Metodologia

Mediante l'utilizzo di una scheda di osservazione ad hoc sono stati rilevati i criteri di scelta nel posizionamento e sostituzione del catetere venoso periferico (CVP), relative ad un campione di 170 ricoverati. 1. Basandosi sulla stima di Finlay2 (l'80% dei ricoverati effettua terapia endovenosa) è stato dimensionato il campione: 139 pazienti (in base al numero giornaliero di ricoverati nell'Ospedale di Perugia), margine di errore di 0,07 e intervallo di confidenza 95%. La rilevazione è avvenuta in 7 giornate indice di gennaio 2018, in 7 reparti ospedalieri: 2 medicine di cui una specialistica e 5 chirurgie di cui 3 specialistiche.

Risultati

Di 170 ricoverati nei 7 reparti, 138 rispettavano i criteri di inclusione; 104 (74,3% del totale), avevano un CVP per eseguire terapia endovenosa o per prudenza clinica nel 53,5% dei casi, per routine nel restante 46,5%. Il 20,2% degli assistiti con CVP non aveva alcuna terapia in atto e/o prescritta nel giorno del rilevamento e successivi, quindi inutilizzato. L'82,4% dei CVP risultava posizionato da meno di 76 ore, con permanenza in sede mediamente da $2,18 \pm 2,34$ giorni (range 0-13). Tuttavia solo in 4 casi (3,8%) la medicazione di fissaggio era trasparente e idonea alla valutazione clinica per decidere una eventuale sostituzione. Criteri per la sostituzione erano presenti rispettivamente per dolore, eritema, edema e indurimento (compatibili con la sintomatologia flebitica) nel 5,8%, 16,3%, 9,6%, 20,2%.

Conclusioni

L'approccio aziendale in merito al cateterismo periferico risulta di natura prevalentemente routinaria. La scelta di aderire alla raccomandazione n.4 e la scelta di inserimento secondo criteri clinici può contribuire sensibilmente al miglioramento delle prestazioni assistenziali e ridurre il numero dei dispositivi inutilmente posizionati.

11:30 - 11:50

LE DETERMINANTI DELLA SODDISFAZIONE LAVORATIVA DEGLI INFERMIERI IN AREA CRITICA

Elena Zavaroni, Eloisa Cominotti, Chiara Cosentino, Dalila Carofano, Jamila Hadif, Emanuela Floris, Antonella Dibello, Debora Zanetti - Azienda Ospedaliera-Universitaria di Parma - elena.zavaroni@gmail.com

Introduzione

Gli infermieri di area critica sono sottoposti ad alto rischio di stress: sono a contatto quotidianamente con persone sofferenti ed i loro caregivers, oltre a doversi misurare con questioni organizzative.

Obiettivo

La ricerca si concentra sulla soddisfazione lavorativa e sull'indagine dei fattori maggiormente influenti per migliorare la qualità delle cure ed il benessere dell'infermiere.

Materiali e metodi

Ricerca quantitativa con disegno trasversale correlazionale. È stato somministrato un questionario semistrutturato contenente cinque scale di valutazione agli infermieri di Pronto Soccorso, Terapia Intensiva e sub-intensiva.

Risultati

Sono stati completati 308 questionari. Dalle analisi statistiche risulta che le variabili indipendenti (leadership, compassion satisfaction, autonomia, collaborazione con i medici) sono correlate positivamente tra loro. Al loro aumento c'è un corrispettivo aumento di tutte le sfere della soddisfazione lavorativa, tranne l'equilibrio lavoro/famiglia: aumenta soltanto all'aumentare della compassion satisfaction. Le regressioni multiple indicano che la soddisfazione lavorativa è spiegata, per il 35%, da quattro fattori: la collaborazione tra medici e infermieri (20%), l'attenzione del coordinatore verso il team (10%), la compassion satisfaction (3,4%) e l'autonomia (0,9%).

Discussione

Sono state stese alcune ipotesi per spiegare le relazioni tra variabili. L'infermiere con esperienza acquisisce sicurezza, interagendo maggiormente con gli altri, mentre la peculiarità del giovane è l'entusiasmo. L'influenza dell'elogio sulla soddisfazione lavorativa dipende dall'età, forse dalla presa di consapevolezza dell'infermiere del proprio ruolo. Sembra esistere un collegamento tra religione e compassion satisfaction, già emerso in altri studi. La relazione tra autonomia ed esperienza lavorativa assume uno sfondo giuridico/operativo importante. Infine, la compassion satisfaction, potrebbe essere un argomento di mediazione verso la soddisfazione lavorativa.

Conclusioni

La soddisfazione lavorativa degli infermieri di area critica è influenzata soprattutto da fattori relazionali, che andrebbero migliorati. Meritano ulteriori studi la compassion satisfaction, l'autonomia e la religione.

Sala Winter Garden

EMERGENZA /URGENZA 1 - Triage e pronto soccorso

10:50 - 11:10

IL TEMPO IMPIEGATO PER IL PROCESSO DI TRIAGE. UNO STUDIO DESCRITTIVO

Fabio Bidoggia, Carbotta Davide - Azienda Ospedaliera San Luigi Gonzaga, Orbassano (TO) - fabio.bidoggia@unito.it

Introduzione

Il triage è il primo momento d'accoglienza delle persone che giungono in Pronto Soccorso. L'infermiere, durante questa fase, svolge molteplici compiti e ha numerose responsabilità. La valutazione del paziente e l'attribuzione della corretta priorità all'accesso alla visita medica deve realizzarsi in tempi brevi.

Obiettivo

Esplorare il tempo impiegato dagli infermieri per svolgere triage valutando quali variabili vi influiscono.

Materiali e metodi

È stato svolto uno studio descrittivo prospettico attraverso l'osservazione e la misurazione delle tempistiche impiegate dagli infermieri per svolgere il processo di triage all'interno di un Pronto Soccorso di primo livello nella città metropolitana di Torino.

Risultati

Sono stati osservati 298 processi di triage per un totale di 26 ore e 12 minuti. La durata totale del processo di triage è stata mediamente di 4 minuti e 16 secondi (Q1 02:37 – Q3 07:00). Il ricorso ai supporti alla registrazione, l'età del paziente, la rilevazione dei parametri vitali e il codice colore hanno influenzato in modo significativo le tempistiche di triage. Il 23% dei processi di triage è stato interrotto una o più volte.

Conclusioni

Le tempistiche registrate sono in linea con i dati di letteratura. È fondamentale creare degli standard di riferimento riguardo il tempo impiegato per accogliere un paziente in Pronto Soccorso. Sono necessari interventi per ridurre l'impatto delle interruzioni sul processo di triage.

11:10 - 11:30

PRELIEVO EMATICO AL TRIAGE NEL DOLORE TORACICO

Federico Cotticelli, Federico Cotticelli, Arianna Pasquaretta, Dania Comparcini, Mara Buccolini, Roberta Vitali, Giordano Garbuglia, Elisa Torresi, Galli Francesco, Valentina Simonetti, Domenico Sicolo, Giancarlo Cicolini ASUR Marche Area Vasta 3 Civitanova Marche - fcottice@virgilio.it

Background

Il dolore toracico (DT) è tra sintomi più frequenti di accesso dei pazienti al Pronto Soccorso (circa 5 % sul totale). Ogni DT non motivato da altra sicura causa locale è da considerarsi un'urgenza sanitaria, soprattutto se associato a determinati fattori di rischio (precedenti episodi cardiovascolari, ipertensione, tabagismo, diabete mellito, dislipidemia, obesità, familiarità, insufficienza renale).

Obiettivo

Sviluppare un percorso efficace all'interno del Pronto Soccorso finalizzato a ridurre i tempi nella diagnosi di DT e conseguentemente nell'inizio della terapia.

Metodi

Lo studio è stato condotto da febbraio a dicembre 2017 presso il Pronto Soccorso di Civitanova Marche. Sono stati preventivamente valutati i tempi medi di attesa al triage dei pazienti con DT e parametri vitali (PV) nella norma a cui era stato assegnato codice priorità giallo negli ultimi due anni (2015-2016). Successivamente, è stato predisposto e implementato un protocollo operativo che prevede l'esecuzione, da parte dell'infermiere di triage, di un prelievo ematico a tempo zero per stabilire il dosaggio della troponina cardiaca nel siero e accertare tempestivamente l'eventuale presenza di danno cardiaco.

Risultati

I risultati hanno evidenziato un tempo medio di attesa di 65' nel paziente asintomatico. Nella seconda fase dello studio sono stati inclusi 1200 pazienti. Il Triagista, sulla base della Chest Pain Score e della Flow Chart prevista dalla procedura, con il consenso informato del paziente, ha eseguito i prelievi (Troponina I, Emocromo, Glicemia, Creatinemia, Elettroliti, PT, PTT). Di questi, 176 pazienti con riscontro dell'alterazione della troponina I, hanno avuto immediato accesso alla visita medica nonostante l'assenza di alterazione dei PV, con un tempo medio di 35 minuti. 119 pazienti sono stati tempestivamente ricoverati presso le Unità di Terapia Intensiva Cardiologica o Cardiologia e 57 trasferiti in centri ad alta specializzazione.

Conclusioni

L'introduzione della procedura specifica per la gestione al triage del paziente con DT e PV non alterati ha permesso, attraverso la codifica dei tempi per l'esecuzione del prelievo ematico, di anticipare in maniera significativa (30') l'accesso del paziente alla visita medica, con conseguente riduzione dei sensibili ritardi nella diagnosi e nella terapia, che possono verificarsi in ambito intraospedaliero.

11:30 - 11:50

PRONTO SOCCORSO PER FLUSSI OMOGENEI: POTENZIALE IMPATTO IN UN DEA DI I LIVELLO DELLA REGIONE TOSCANA

Christian Ramacciani Isemann, Annalisa Maggesi, Giovanni Rebbecchi - Azienda USL Toscana sud est ramacciani@gmail.com

Introduzione

La DGR 806/17 della Regione Toscana ha trasformato il modo di intendere l'attività di pronto soccorso: nel 2018 l'assistenza per flussi omogenei cambierà i percorsi degli utenti che si rivolgono al pronto soccorso della Regione Toscana. Lo scopo di questo studio è pertanto analizzare l'impatto del nuovo modello organizzativo regionale nel pronto soccorso del presidio "Ospedali Riuniti della Valdichiana" (DEA di I livello) a partire dall'attività di triage, deputata a inserire gli assistiti nei diversi percorsi omogenei.

Materiali e metodi

A scopo di confronto, sono stati analizzati e suddivisi per codice colore il totale degli accessi 2017. Sono state quindi estratte, mediante campionamento casuale semplice, 400 schede di triage sul totale dell'anno 2017. Le schede, private del codice colore assegnato, sono state poi riviste da infermieri già certificati per il triage secondo il modello organizzativo per percorsi omogenei; questi, sulla base dei dati estrapolati (problema di presentazione, evento scatenante, SAMPLE e parametri vitali) hanno assegnato il codice numerico attraverso gli algoritmi decisionali del nuovo modello. Ogni scheda è stata valutata in cieco da due infermieri: le schede ritenute "non valutabili" da un operatore sono state scartate dallo studio.

Risultati

Nell'anno 2017, tolti gli accessi in codice rosso che hanno avuto accesso immediato in sala emergenza (2,1%), all'82,08% degli assistiti è stato attribuito un codice colore giallo o verde; questi sono stati valutati e trattati nelle attuali due sale "codice verde" e "codice giallo". Il restante 15,81% degli assistiti a cui è stato attribuito codice azzurro o bianco, è stato seguito nell'ambulatorio a bassa priorità. La rivalutazione del processo di triage secondo il nuovo modello ha portato alla seguente stratificazione: 41,58% di codici 4 e 5 (bassa complessità), 40,59% di codici 3 (intermedia), 15,84% di codici 2 (complessità intermedia/alta), 1,98% di codici 1 (alta complessità).

Conclusioni

I 3 team attualmente presenti, impegnati rispettivamente nella valutazione e trattamento dei codici azzurri-bianchi (1 sala visita 9-20), rossi-gialli-verdi (1 sala 0-24, 1 sala 8-24) possono essere rimodulati anche sulla base dei dati ottenuti. Una delle strategie possibili è quella di impegnare l'attuale ambulatorio bianchi/azzurri per la linea a bassa complessità e di destinare le altre due équipe alle linee di complessità intermedia (codici 3) e intermedia/alta (codici 1-2), riassegnando nel contempo le aree di valutazione e trattamento ai differenti flussi.

Sala Plenaria

TERAPIA INTENSIVA 2 - Intensiva cardiocirurgica

11:50 - 12:10

L'ANSIA E IL DOLORE DURANTE LE CORONAROGRAFIE E GLI IMPIANTI DI PACEMAKER E DEFIBRILLATORI

Daniela Berardinelli, D. Zennaro, A. Rizzo, F. Passet, L. Sasso, P. Di Giulio - Azienda Ospedaliero-Universitaria San Luigi Gonzaga, Orbassano, (TO) - dnl.berardinelli@gmail.com

Introduzione

Le coronarografie e l'impianto di pacemaker o defibrillatori (PM/ICD) possono provocare ansia e dolore sia durante la procedura che nelle ore seguenti.

Obiettivi

Valutare l'insorgenza di ansia e dolore nei pazienti sottoposti a coronarografia o ad impianto di PM/ICD. Descrivere la somministrazione di farmaci analgesici e ansiolitici prima, durante, dopo la procedura e l'esito ottenuto.

Metodi

L'ansia e il dolore sono stati rilevati e valutati dagli infermieri con una scala VAS 0-10 prima, durante, post procedura e nelle 24 ore successive. È stata inoltre indagata la soddisfazione del paziente per le informazioni ricevute e il controllo del dolore.

Risultati

Sono stati raccolti dati su 230 pazienti. La procedura più eseguita è stata la coronarografia radiale (68.7% dei casi), l'impianto di PM/ICD la più dolorosa (mediana 4, IQR 3-6) e ansiogena (mediana 5, IQR 2-6). 124 pazienti (53.9%) hanno dichiarato di provare un livello di ansia pre procedura da moderato ad elevato (VAS \geq 4) e 82 (35.7%) un dolore durante la procedura. In corso di procedura sono state somministrate 13 analgesie per un dolore da lieve ad elevato. Nelle 24 ore successive hanno provato un dolore elevato (VAS \geq 7) 34 pazienti (29 sottoposti ad impianto PM/ICD); tutti, tranne 5, hanno richiesto un'analgesia. La soddisfazione per il controllo del dolore è stata insufficiente per i pazienti sottoposti ad impianto PM/ICD e 40 pazienti (17.4%) avrebbero desiderato un ansiolitico prima della procedura.

Conclusioni

Il controllo del dolore e la soddisfazione del paziente non sono sempre sufficienti. Il livello di ansia pre procedura andrebbe indagato in maniera più approfondita e si dovrebbero fornire informazioni più accurate sulla procedura e sull'insorgenza di dolore procedurale.

12:10 - 12:30

NURSE SENSITIVE OUTCOME NEI PAZIENTI PORTATORI DI DISPOSITIVO VAD: SCOPING REVIEW

Jey Romy Sabrina Greco, A. Bagnasco, M. Barisone - Azienda Sanitaria Ospedaliera Santa Croce e Carle, Cuneo grecosabrina2013@libero.it

Background

Lo scompenso cardiaco è una patologia ad elevata incidenza nella popolazione generale; per coloro che sono colpiti dalle forme più gravi, il trapianto cardiaco risulta essere l'unica terapia possibile. Data la poca disponibilità di cuori trapiantabili ed i rigidi criteri di inclusione nelle liste trapianti, è stato necessario trovare una soluzione alternativa che fornisse ai pazienti candidabili a trapianto un "ponte" in attesa di un cuore compatibile ed allo stesso tempo, ai pazienti non candidabili, un dispositivo che vicariasse il muscolo miocardico. La soluzione è stata raggiunta con l'utilizzo dei Mechanical Cardiac Support System (MCSS) o meglio conosciuti come Ventricular Assist Device (VAD).

Metodo

È stata condotta una scoping review. Attraverso una ricerca sui principali database, sono stati selezionati 189 articoli iniziali. Dopo l'analisi per titoli ed abstract, sono stati inclusi 11 articoli rispondenti ai criteri di inclusione. Di questi, 10 erano studi di coorte retrospettivi e 1 studio di tipo osservazionale.

Risultati

Dall'analisi degli studi emerge che il posizionamento del dispositivo VAD è in grado di migliorare la perfusione ed il lavoro del cuore. Nella coorte di pazienti affetti da obesità, aumenta la gittata cardiaca ed i livelli energetici migliorando la classe NYHA di partenza. Il posizionamento di tale dispositivo non aumenta le probabilità di sviluppare infezioni post-trapianto o di morte associata ad infezione VAD correlata. I pazienti portatori di VAD hanno una maggior permanenza nelle liste trapianti rispetto a coloro che non impiantano il dispositivo. Non sono state dimostrate differenze di genere se non per quanto riguarda il tasso di infezione dopo posizionamento del dispositivo maggiore nell'uomo ed il rischio di sviluppare ictus emorragico maggiore nelle donne. Il dispositivo VAD migliora la qualità di vita nei pazienti in cui viene impiantato, in particolare nei pazienti in attesa di trapianto rispetto a coloro che lo impiantano come terapia definitiva.

Conclusioni

Dall'analisi dei dati si conferma come l'utilizzo dei dispositivi VAD in campo medico ha portato notevoli risultati soprattutto in quelle situazioni dove il trapianto cardiaco sarebbe risultato l'unica terapia. L'evoluzione di questi dispositivi e le numerose indicazioni, aumentano la possibilità per il personale sanitario di incontrare questo paziente, è fondamentale per una buona assistenza ed una buona riuscita dell'intervento monitorare gli outcome maggiormente indagati nel posizionamento del dispositivo e i rischi ad esso associato.

12:30 - 12:50

VALUTAZIONE DEL FABBISOGNO INFERMIERISTICO E DEI CARICHI DI LAVORO IN TERAPIA INTENSIVA CARDIOCHIRURGICA

Gianpaolo Monte, I. De Marco, F. Favero R. Pavanello, L. Pian, A. Semenzin, S. Venturin, A. Zamperoni

Azienda Ospedaliera AULSS2 Marca Trevigiana, Ospedale di Treviso - gianpaolo.monte@aulss2.veneto.it

Obiettivi

Valutazione dei carichi di lavoro infermieristici utilizzando sistemi di rilevazione validati in letteratura in terapia intensiva cardiocirurgica (TICCH), ambiente di lavoro ad elevato impatto tecnologico.

Materiali e metodi

L'indagine è stata sviluppata nell'azienda ospedaliera AULSS 2 di Treviso nella TICCH. Lo studio si è svolto attraverso la compilazione del Nursing Activities Score da parte del personale infermieristico ad ogni turno. Tutta l'equipe infermieristica ha partecipato al lavoro, riconosciuto come progetto aziendale accreditato ECM (50 crediti). I dati sono stati raccolti ed inseriti in file excel ed elaborati con tabelle Pivot.

Popolazione: tutti i pazienti ricoverati in TICCH dal 17/10/2016 al 31/12/2017.

Risultati

Sono state compilate 9735 schede NAS.

L'elaborazione dei dati ha evidenziato un differente carico di lavoro infermieristico associato a tipologia di intervento, carattere dell'intervento (elezione/urgenza/emergenza), posto letto e fascia oraria.

Conclusioni

I risultati dello studio hanno dimostrato un diverso impegno di risorse infermieristiche sia cliniche che organizzative in parte previste ma mai prima approfondite e verificate. Le informazioni, rese disponibili dallo studio, si sono rivelate utili all'intero gruppo multidisciplinare dell'unità operativa ed all'Azienda. I dati hanno generato una maggiore consapevolezza e conoscenza dei carichi di lavoro e questo si è tradotto in cambiamenti organizzativi migliorativi quindi in una risorsa aziendale.

Sala Napoleon

[RICERCA 1 - Topics di ricerca](#)

11:50 - 12:10

RUOLO DELL'INFERMIERE NELLA DIAGNOSI, PREVENZIONE E TRATTAMENTO NON FARMACOLOGICO DEL DELIRIUM: STUDIO PILOTA IN UN SINGOLO CENTRO UTIC DELL'AZIENDA OSPEDALIERA MARCHE NORD

Laura Barp, Carla Naclerio, Francesca Melillo, Valerio Lanno, Nora Tommasella, Serena Frassini, Donatella Giovannini,

Lucia Cantarini, Antonella Battistini, Elisetta Vichi, Sonia Tonucci - Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord

laurabarp84@gmail.com

Il delirium è una sindrome clinica acuta e complessa caratterizzata da alterazioni dello stato di coscienza, delle funzioni cognitive e della percezione, non giustificabile in base ad un disturbo neurocognitivo preesistente; è comune nelle unità di terapia intensiva mediche e chirurgiche e correlata con l'aumento di morbilità, mortalità e costi sanitari.

La letteratura riguardante il delirium in unità di terapia intensiva cardiologica (UTIC), ad oggi, è scarsa.

Scopo

Stimare i predittori e l'incidenza del delirium, sia prevalente che incidente e l'impatto di un progetto di quality improvement, valutando prima e dopo l'implementazione di un protocollo aziendale per interventi non farmacologici evidence-based volti al contenimento del delirium in UTIC.

Materiali e metodi

I dati sono stati raccolti in modo consecutivo su pazienti > 65 anni, senza distinzione di diagnosi d'ingresso ricoverati per almeno 24 ore nell'UTIC dell'Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord. È stata creata una scheda di rilevazione dati contenente: anagrafica, diagnosi, scale di valutazione RASS, CAM-ICU e NRS giornalieri, fattori predisponenti e precipitanti ed eventuale trattamento farmacologico. La prima fase di raccolta dati (pre implementazione o baseline) si è svolta dal 1/3 al 31/5/2017. Il personale infermieristico, formato con sessioni di training, a partire da luglio 2017 ha attuato sistematicamente secondo protocollo interventi di natura ambientale, assistenziale, di stimolazione cognitiva, mantenimento del ritmo sonno-veglia e di riorientamento finalizzati alla prevenzione del delirium. In caso di CAM-ICU positiva, erano previsti interventi mirati e personalizzati per ridurre i fattori precipitanti. La seconda fase di raccolta dati (post implementazione) è stata condotta dal 20/9 al 20/12/17 con la stessa modalità di rilevazione.

Risultati

Sono stati arruolati 88 pazienti alla baseline e 84 post implementazione (delirio prevalente: 10,2% vs 3,6%). I risultati mostrano una riduzione dell'incidenza di delirium del 13% (27,3% vs 14,3%) e dei più frequenti fattori precipitanti: immobilizzazione dell'8,4% (100% vs 91,6%), rumore del 50% (91,7% vs 41,6%), privazione del sonno del 33,4% (66,7% vs 33,3%).

Conclusioni

Modifiche comportamentali ed ambientali ed interventi preventivi attuati dal personale secondo protocollo riducono l'incidenza di delirium in UTIC. Limiti: ambiente non favorente (open space privo di finestre che influisce negativamente sul mantenimento del ritmo circadiano) e bassa numerosità del campione.

12:10 - 12:30

PREVENZIONE DELLE LESIONI DA PRESSIONE IN RIANIMAZIONE: UNO STUDIO PILOTA

Oliva Matrora, Francesca Angelelli, Ilaria Cossu - Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli Roma

matrora77@libero.it

Background

Le lesioni da pressioni (LdP) rimangono tra le più importanti complicazioni dell'ospedalizzazione a livello mondiale con un notevole impatto dal punto di vista economico, medico-legale ed assistenziale, rappresentando ancora oggi un'importante sfida per il sistema sanitario. Si stima che in Italia il tasso d'incidenza delle LdP si aggiri tra l'8,6% ed il 13%, con la tendenza all'aumento visto l'esponenziale invecchiamento della popolazione e l'alta criticità dei pazienti, presenti nelle strutture ad alta complessità. Uno studio randomizzato condotto nel 2014 nel Regno Unito, stima in un peggiorativo 15% la prevalenza delle LdP in terapia intensiva (ICU). Coyer et al nel 2017 hanno stimato che fino al 49% dei pazienti durante il ricovero nelle ICU, possa sviluppare una LdP. Si evince come il problema sia diffuso, grave ed obbligatoriamente affrontabile. Tra le strategie di prevenzione identificate in letteratura si ricava: accurati programmi formativi del personale, sviluppo di protocolli condivisi, predisposizione di tecnologie complementari e dispositivi di medicazione, accurata documentazione e ricerca. Nella nostra rianimazione è stato stimato, in un arco temporale di 6 mesi, un tasso di incidenza dell'8% di LdP in sede sacrale e talloni, insorte durante il ricovero.

Disegno di studio

Studio osservazionale della durata di 5 mesi (dal 27/11/2017 al 28/04/2018) condotto presso la Rianimazione del nostro Policlinico.

Obiettivo

Valutare l'efficacia preventiva di medicazioni in poliuretano a 5 strati applicate a livello sacrale e dei talloni.

Materiali e metodi

Prima formazione in aula, verranno applicate medicazioni preventive in poliuretano a 5 strati alle due classi di soggetti arruolati. Prima fase trimestrale dello studio: tutti i pazienti provenienti dal pronto soccorso (esclusi da altri nosocomi), che non presentino LdP, no plegici, no politraumi e che non abbiano sostato in Pronto Soccorso per un tempo superiore alle 12 ore. Seconda fase bimestrale dello studio: tutti i pazienti in ingresso in rianimazione eccetto già lesionati o con trauma del bacino. In entrambe le classi i criteri di inclusione allo studio sono: Braden \leq 16, previsione di degenza superiore ai 7 giorni.

Risultati

I risultati sono ancora in fase di elaborazione anche se ad ora emerge una globale riduzione dell'incidenza di sviluppo di LdP nella popolazione osservata, nonché un miglioramento nella documentazione clinica infermieristica e della capacità valutativa del personale.

12:30 - 12:50

ANALISI QUANTITATIVA DELLE PERFORMANCE DEGLI INFERMIERI DELLA CENTRALE OPERATIVA 118 DI FIRENZE E PRATO

Marco Mostardini, Mariangela Tommaselli, Simona Casini, Paolo Pratesi, Susanna Pagliai, Flavio Gheri
Azienda USL Toscana Centro - marco.mostardini@uslcentro.toscana.it

Analisi della struttura organizzativa della Centrale Operativa 118 di Firenze e Prato successivo alla delibera della Regione Toscana sull'ottimizzazione e riduzione delle centrali operative regionali.

Centrale Unica Regionale elisoccorso con dati annui per tipologia d'intervento e centralizzazione, implementazione del sistema informatico e delle procedure infermieristiche portando al ruolo cardine dell'infermiere all'interno della centrale operativa e sul territorio, tramite disegno regionale per diminuzione dei punti medici avanzati e aumento delle postazioni infermieristiche in controtendenza con le altre regioni, validando le nuove procedure infermieristiche. Analisi annua dei dati di affluenza alla centrale operativa, quali chiamate di emergenza, istruzioni operative e consigli telefonici. Gestione di mezzi di soccorso via terra ed elisoccorso sia per le due province che per la Regione Toscana con focus sulle performance di lavoro individuali degli infermieri. Tra i dati elaborati è stato possibile analizzare, sia in fase di ricezione che di gestione, il tempo di risposta alla chiamata di emergenza, percentuale codice colore d'invio, percentuale identificativo patologia come richiesto dal Ministero nel Progetto "Mattoni". Dati annuali elaborati dal Ministero della Salute premiano l'Unità Operativa 118 Firenze-Prato prima centrale in Italia come efficienza, stimando una media di 13 minuti per l'arrivo sul target.

12:50 - 13:10

ECOGRAFIA INFERMIERISTICA: APPLICAZIONI E IMPATTO SULL'ASSISTENZA DOPO UN CORSO DI FORMAZIONE. UN'INDAGINE QUALITATIVA

Antonella Paravati, Valentina Giorgini Pasinato, Federico Moggia, Lesya Melnyk, Francesco Corradi
Istituto Giannina Gaslini, Genova - nurseultrasound@gmail.com

Obiettivo

Determinare i campi di applicazione dell'ecografia infermieristica^{1,2} dopo un corso di formazione rivolto ad infermieri di area critica, per costruire ulteriori corsi mirati alle esigenze infermieristiche.

Materiali e metodi

Lo studio è una ricerca qualitativa sull'utilizzo dell'ecografia infermieristica point-of-care in area critica, dopo l'effettuazione di un corso di formazione. È stato somministrato un questionario on-line unito a un'intervista non strutturata, con l'obiettivo di valutare l'utilizzo dell'ecografia e i campi di applicazione di maggiore interesse per i professionisti.

Risultati

Hanno aderito 36 infermieri (92% dei partecipanti al corso). Il 72,2% ha dichiarato di aver utilizzato l'ecografo nella pratica dopo il corso. Il 74% degli intervistati ha ritenuto che l'ecografo avesse un ruolo nel ridurre i tempi delle procedure, lasciando così più tempo da dedicare al paziente. Tra gli ambiti di utilizzo sperimentati, spiccano cateterismo vescicale (42%), verifica di globo vescicale (42%), reperimento di accessi venosi (30%) e arteriosi (42%), posizionamento e verifica del sondino naso-gastrico (8%), supporto in eco-assistenza a procedure mediche complesse. Tra le applicazioni suggerite per l'ecografia infermieristica, il 25% dei partecipanti ha espresso la necessità di utilizzare l'ecografo in tutti i campi dell'assistenza, anche nell'assistenza domiciliare. Il 74% ha sottolineato l'utilità dell'ecografo nell'evitare cateterizzazioni vescicali improprie; gli infermieri di pronto soccorso hanno evidenziato l'utilità dell'ecografia nel triage, altri il reperimento di accessi vascolari o la nutrizione.

Conclusioni

L'ecografia infermieristica è stata percepita come di grande utilità nell'assistenza e la misurazione delle attitudini ha consentito di apportare modifiche e integrazioni migliorative ai corsi di formazione, indirizzandoli verso la domanda formativa emersa dagli infermieri coinvolti. Dalle interviste non strutturate è emerso un caso in cui l'infermiere triagista ha individuato tramite FAST una dissecazione dell'aorta addominale, consentendo al paziente un precoce accesso all'iter diagnostico-terapeutico.

Sala Winter Garden

EMERGENZA /URGENZA 2 - Pronto soccorso

11:50 - 12:10

PERCORSO CLINICO DEL TRAUMA MAGGIORE: RISULTATI DI UN PROGETTO DI ACCREDITAMENTO DI ECCELLENZA "DISTINCTION"

Maria Luisa Buffon, Cadorin Laura - Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana, Treviso - marialisa.buffon@aulss2.veneto.it

L'Azienda ULSS 2 della Regione Veneto aderisce al programma di accreditamento di eccellenza di del percorso clinico del trauma maggiore, denominati di "distinzione".

Il programma comprende le seguenti componenti fondamentali: analisi degli standard di eccellenza, monitoraggio di indicatori, applicazione di protocolli, implementazione dell'innovazione.

Il progetto ha coinvolto tutte le fasi del percorso clinico del Trauma Maggiore dalla chiamata al SUEM 118, all'arrivo in Pronto Soccorso e presa in carico nella fase acuta ospedaliera fino alla fase riabilitativa, per un totale di 20 unità operative. A seguito della formazione, si è svolta l'attività di autovalutazione rispetto agli standard di eccellenza e sono state identificate 6 azioni di miglioramento prioritarie:

1. è stata istituita una Commissione Trauma con lo scopo di analizzare gli indicatori e revisionare i casi di trauma maggiore;

2. è stata avviata una raccolta dati prospettica dei casi di trauma maggiore e sono stati inclusi 206 pazienti nell'ar-

co temporale di 1 anno;

3. sono stati monitorati 7 indicatori di performance obbligatori e 6 opzionali, previsti dal programma;

4. è emersa la necessità di attivare percorsi formativi specifici, ad es. corsi ATCN e ETC. E' stato realizzato un corso sulla comunicazione delle cattive notizie nel paziente traumatizzato;

5. il Dipartimento di Prevenzione ha raccolto e analizzato i tassi infortunistici, fattori di rischio, dati di incidenza delle lesioni finalizzati alla programmazione di attività di prevenzione dei traumi e incidenti;

6. sono stati condivisi i criteri di priorità per fornire supporto emotivo a pazienti, famigliari e personale al fine di intervenire precocemente sullo sviluppo di complicanze psicologiche e favorire l'elaborazione dell'evento traumatico.

La visita di accreditamento è stata condotta secondo la metodologia "tracer". Si è conclusa con l'ottenimento del certificato di accreditamento "Distinction". Di seguito si sintetizzano i risultati complessivi, espressi in percentuale di requisiti conformi:

- Standard del Sistema Trauma=89 %

- Standard per il Centro Traumi=87 %

- Protocolli=100%

- Indicatori =100%

- Progetto innovativo=100%

L'esperienza di applicazione del programma ha dimostrato che contribuisce a migliorare il coordinamento del percorso di cura, di valutare la reale applicazione del percorso attraverso indicatori di performance, focalizzarsi sull'eccellenza e l'innovazione, sull'educazione dei pazienti e famigliari, migliorare l'efficacia delle cure attraverso l'implementazione di protocolli e best practice.

12:10 - 12:30

LA STANCHEZZA NELL'INFERMIERE DI TRIAGE INCIDE NELL'ASSEGNAZIONE DEL CODICE DI PRIORITÀ? UNO STUDIO PILOTA

Federico Cotticelli, Arianna Pasquaretta, Dania Comparcini, Mara Buccolini, Roberta Vitali, Massimo Pigliacampo, Paolo Chiarastella, Elisa Torresi, Galli Francesco, Valentina Simonetti, Emanuela Delli Compagni, Domenico Sicola, Giancarlo Cicolini - ASUR Marche area vasta 3 Civitanova Marche - fcottice@virgilio.it

Background

Tra le attività più stressanti e faticose all'interno di un Pronto Soccorso (PS), quella del triage è forse la più rilevante. La comprensione dei fattori che influenzano la capacità degli infermieri di triage di assegnare con precisione codici di priorità e il modo in cui questi fattori possono influenzare gli esiti dei pazienti è estremamente importante (McMahon et al; 2017). Tra questi, in letteratura, è emerso che il turno lavorativo potrebbe determinare differenze nell'assegnazione dei codici colore (Gómez-Angelats et al. 2018). In Italia, secondo le nostre conoscenze, nessuno studio ha analizzato questo fenomeno.

Obiettivo

Esplorare l'associazione tra assegnazione dei codici di priorità da parte degli infermieri di triage e turno di lavoro effettuato.

Metodi

È stato effettuato uno studio retrospettivo, considerando tutti gli accessi ad un PS della Regione Marche (circa 30.000 pazienti/anno), riferiti all'anno 2017. Ogni turno diurno è stato diviso in due uguali frazioni (Mattino 7.01-10.30 e 10.31-14, Pomeriggio 14.01-17.30 e 17.31-21, notte solo 21.01-0.30). Di queste fasce orarie si sono analizzati i codici di priorità assegnati dall'infermiere di triage per indagare se, nel proseguo dell'attività lavorativa, si verificassero differenze sostanziali nei codici attribuiti.

Risultati

Dall'analisi dei risultati è emerso che nelle prime tre ore e mezzo di lavoro, l'infermiere di triage ha attribuito il 54% di codici verdi ed il 45% di gialli, mentre nelle successive tre ore e trenta il rapporto diventa del 48% a favore dei verdi e del 47% dei gialli. Significativo che nelle prime tre ore e trenta del turno notturno la percentuale dei codici verdi torna al 50% mentre i gialli rappresentano il 45%.

Conclusioni

Da questi primi dati emerge che l'infermiere di triage, nelle prime tre ore e trenta del suo turno, sottoposto a minor stress e stanchezza fisica, riesce ad assegnare codici di priorità più appropriati piuttosto che nella restante metà del turno, dove è portato ad assegnare un maggior numero di codici gialli, probabilmente per diminuita analisi critica nella valutazione del paziente. I risultati ottenuti devono essere interpretati considerando che, in questo studio, il PS rappresenta il centro Hub nei confronti di una PoTES 118 annessa ad un Punto di Primo Intervento (Spoke), dove vengono centralizzati dal 118 codici gialli e rossi falsando così le medie in rapporto alla popolazione.

12:30 - 12:50

CASE MANAGEMENT IN PRONTO SOCCORSO: UNA RISPOSTA APPROPRIATA AI BISOGNI DI SALUTE

Raffaele Di Mauro, Mauro Salvato, Jessica Calegari, Valentina Di Silvio - Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico - raffaele.dimauro@policlinico.mi.it

Background

Per sopperire ai problemi di sovraccollimento nei Pronto Soccorso (PS) sono stati implementati nuovi modelli organizzativi. Il Case Management (CM) ha dimostrato la sua efficacia ed efficienza a livello internazionale per la gestione dei cosiddetti "Frequent Users", spesso identificati come pazienti vulnerabili, affetti da patologie croniche e problemi socioeconomici.

Obiettivo

Valutare i modelli di attuazione del programma di CM in PS che sono stati in grado di ridurre le riammissioni e/o i costi.

Materiali e metodi

Revisione narrativa della letteratura: sono stati inclusi tutti gli studi pubblicati in lingua inglese negli ultimi 10 anni, studi clinici randomizzati controllati (RCT), quasi-RCT e studi osservazionali reclutati attraverso i motori di ricerca PubMed e TripDatabase, considerando come "frequent users" tutti i pazienti con età maggiore di 18 anni che hanno avuto almeno 4 accessi in un anno. Non sono stati applicati limiti in merito alla durata e alla modalità di attuazione del programma. L'analisi di titoli, abstract e full-text è stata condotta in maniera indipendente da due revisori e, in caso di disaccordo, il conflitto è stato risolto dall'intervento di un terzo revisore.

Risultati

Sono stati selezionati 10 articoli: 4 RCT, 2 quasi RCT e 4 studi osservazionali. Cinque studi hanno avuto come outcome una riduzione significativa delle riammissioni in PS, uno la riduzione dei costi e tre studi entrambi. Tutti gli studi sono accomunati dalla creazione di Piani di Assistenza Individualizzati. Alcuni di questi individuano percorsi distinti per aiutare il paziente a migliorare i contatti con il Sistema Sanitario, impostare degli incontri programmati con il CM o utilizzare un sistema informativo che identifichi il "frequent users" a tutti i servizi sanitari.

Conclusioni

Nonostante i diversi modelli attuativi e la variegata composizione del Team, si è evidenziato che all'interno di esso l'infermiere è il professionista sempre presente che funge da trait d'union tra il paziente ed il sistema salute fornendo un contributo appropriato e sostenibile.

12:50 - 13:10

GAVENSCORE - GLOBAL APPROACH TO VIOLENCE TOWARDS EMERGENCY NURSES

Nicola Ramacciati, RASERO Laura - Azienda Ospedaliera di Perugia - nicola.ramacciati@unifi.it

Introduzione

Il problema della violenza nel settore sanitario è da anni ai primi posti nell'agenda mondiale di sanità pubblica (Krug, 2002). Il recente insediamento presso il Ministero della Salute dell'Osservatorio Permanente per la garanzia della sicurezza e per la prevenzione degli episodi di violenza ai danni di tutti gli operatori sanitari, evidenzia quanto il problema sia grave e complesso. E' dovuto a molteplici fattori, questi sono scomponibili però in cause distinguibili, di intensità misurabile, correggibili con mirate azioni di contenimento.

Disegno di ricerca

Questa è l'ipotesi alla base del modello teorico denominato "Approccio globale alla violenza nei confronti degli infermieri di pronto soccorso" studiato nel corso di dottorato in Scienze cliniche (curriculum Scienze Infermieristiche) dell'Università degli Studi di Firenze. Secondo il GAVEN (Global Approach to Violence towards Emergency Nurses), il fenomeno della violenza contro gli infermieri di Pronto Soccorso (PS) può essere suddiviso in quattro domini:

1. interno (caratteristiche infermieri di PS),
2. esterno (caratteristiche assistiti, loro accompagnatori e/o visitatori),
3. ambientale (il design del PS),
4. organizzativo (organizzazione PS e Ospedale).

Per ogni dominio è possibile individuare fattori di rischio e relative azioni correttive o di attenuazione.

Discussione

In base a questo costruito, corroborato dall'analisi delle teorie ad oggi elaborate (Ramacciati et al., 2017) e dai risultati dell'Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli infermieri di Pronto Soccorso (Ramacciati et al., 2018), stiamo sviluppando, oltre ad un sistema di segnalazione basato su smartphone, uno strumento di misurazione del livello di esposizione alla violenza e della globalità degli interventi attuati per contrastarla.

Conclusioni

Il GAVENscore potrà diventare, se confermato nella sua affidabilità e validità, un ulteriore strumento di pianificazione contro la violenza.

Sala Plenaria

TERAPIA INTENSIVA 3 - Procedure in T.I.

15:30 - 15:50

EXTENDED SUBCUTANEOUS ROUTE NELL'IMPIANTO PICC: VENIPUNTURA E TUNNEL SOTTOCUTANEO SENZA MANOVRE CHIRURGICHE

Stefano Elli, Luigi Cannizzo, Simona Vimercati, Valentina Pigozzo, Luciano Giannini, Alberto Lucchini ASST S. Gerardo di Monza - s.elli@asst-monza.it

Introduzione

I cateteri centrali ad inserimento periferico (PICCs) sono dei presidi che stanno assumendo un ruolo sempre più importante in ambito sia ospedaliero che domiciliare e rappresentano una valida alternativa ai cateteri centrali ad inserimento centrale (CICCs). Uno dei principali limiti all'utilizzo dei Picc è la necessità di disporre di una vena di calibro adeguato. Il rapporto tra dimensione del vaso e del catetere è importante per la prevenzione delle compli-

canze trombotiche. La letteratura indica tra il 45% e il 33% il rapporto tra diametro del catetere rispetto a quello del vaso, necessario per limitare il rischio di trombosi. Quando al terzo medio del braccio non è possibile reperire una vena di dimensioni adeguate si può pungere una vena in sede più prossimale, a livello del cavo ascellare, e portare l'exit site nella posizione corretta tramite un tunnel sottocutaneo. Si tratta di una manovra relativamente semplice e a basso rischio ma che prevede comunque una manipolazione aggiuntiva, un'umentata richiesta di anestetico locale e la presenza di una piccola ferita chirurgica in sede peri ascellare. Nei pazienti coagulopatici può risultare difficilmente praticabile a causa dell'incisione chirurgica, potenziale fonte di sanguinamento intra e postprocedurale. Nella pratica clinica del Picc Team ASST-Monza è stata implementata la tecnica "extended subcutaneous route" (ESR), che consente di confezionare un breve tunnel sottocutaneo contestualmente alla venipuntura, evitando ogni manovra chirurgica.

Obiettivo

Valutare l'applicabilità e la sicurezza della tecnica ESR, nella pratica clinica del Picc Team ASST-Monza.

Metodi

Sono stati estrapolati dal database del Picc Team le informazioni relative agli impianti con la tecnica ESR e i dati relativi al follow up delle complicanze durante la manovra di impianto.

Risultati

Sono stati osservati 108 cateteri con ESR. La percentuale di successo nella manovra è stata del 98%. L'utilizzo della tecnica ha consentito di incrementare mediamente di 1 Fr il calibro del catetere impiantato. Si è verificato un caso di puntura arteriosa risolta con compressione digitale e successiva esecuzione dell'impianto. Si è verificato un caso di lieve ematoma dopo la venipuntura.

Conclusioni

La ESR è una tecnica affidabile e semplice che consente di incrementare le possibilità di utilizzo dei PICC anche in persone con ridotto patrimonio venoso profondo degli arti superiori. Il rischio di complicanze durante l'impianto è sovrapponibile a quello con tecnica standard.

15:50 - 16:10

RIMOZIONE DEL TUBO TORACICO: CONFRONTO TRA DUE TRATTAMENTI DEL DOLORE IN CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA

Silvio Simeone, N. Platone, G. Pucciarelli, N. Assanta, M. Perrone, G. Sena, T. Rea, A. Guillari, M.R. Esposito, G. Artiola, G. Gargiulo, S. Baratta. - Azienda Ospedaliero-Universitaria Federico II, Napoli - silviocecilia@libero.it

Contesto e scopo

La chirurgia cardiaca richiede l'inserimento di drenaggio negli spazi pleurico o mediastinico. Questi drenaggi vengono generalmente rimossi entro 24-48 ore dall'intervento. La rimozione del tubo toracico (CTR) è associata a dolore da moderato a grave. Durante il CTR, separare il tubo toracico dal tessuto provoca dolore nei pazienti perché l'endotelio, che copre la cavità toracica, aderisce al tubo durante il suo posizionamento. La forza di trazione della rimozione del drenaggio può lacerare queste aderenze e causare dolore.

La letteratura evidenzia come la rimozione precoce può ridurre la percezione dello stimolo doloroso di questa procedura. Tuttavia questo non è sempre possibile; anzi, in alcuni casi il drenaggio rimane all'interno di un paziente per diversi giorni e la sua rimozione può avvenire fuori dalla Terapia Intensiva, nel reparto "generale".

Il dolore da CTR può causare un'espansione polmonare inadeguata; ritenzione delle secrezioni per tosse inefficace; immobilità che promuove l'ipossiemia, l'atelettasia e la polmonite. L'uso di analgesici è il metodo più comune per alleviare il dolore indotto dal CTR, ma questa manovra viene spesso eseguita senza l'uso di farmaci o altre tecniche analgesiche. Inoltre, l'uso di analgesici specifici al di fuori degli ambienti considerati protetti come la

Terapia Intensiva, è ancora un tabù. Una recente revisione della letteratura sottolinea come gli attuali protocolli di gestione del dolore associati al CTR che utilizzano una varietà di tecniche farmacologiche e non farmacologiche, siano inesistenti o insoddisfacenti. Tuttavia, il controllo del dolore è una competenza specifica per la Professione per tutte le età.

Attraverso l'uso di strumenti validati, il nostro studio confronta un nuovo protocollo analgesico tra gruppo A (atropina mg/kg, midazolam mg/kg e ketamina mg/kg) e gruppo B (paracetamolo mg/kg il farmaco utilizzato principalmente come analgesico pediatrico).

Metodo

Studio comparativo multicentrico.

Risultati

Durante il periodo tra il 9 gennaio 2018 e il 31 marzo 2018, abbiamo osservato 32 partecipanti in due centri. L'età media dei partecipanti era di cinque anni e mezzo. Sono stati eseguiti test T per campioni dipendenti e indipendenti. Nei campioni standardizzati, sono state eseguite valutazioni del dolore pre- e post CRT. La valutazione pre-procedura tra i due campioni non mostra differenze statisticamente significative ($p = 0,154$). Alla post-valutazione, il protocollo Gruppo A ha mostrato una differenza significativa ($p = 0,001$) rispetto al protocollo Gruppo B.

Conclusione

I risultati preliminari mostrano una maggiore efficacia con il protocollo di gruppo A rispetto al paracetamolo.

16:10 - 16:30

INCIDENZA DELLE LESIONI DA PRESSIONE NEI PAZIENTI SOTTOPOSTI AD ECMO VENO-VENOSA

Winta Yeainshet, Anila Muco, Simona Vimercati, Stefano Elli, Alberto Lucchini - Hesperia Hospital Modena winta90@hotmail.it

Introduzione

I pazienti sottoposti a ECMO, seppur gestiti con superfici antidecubito, hanno un elevato rischio di sviluppo di lesioni da pressione (LdP).

Obiettivo

Verificare l'incidenza di LdP in una popolazione di pazienti sottoposti a ECMO.

Materiali e metodi

Studio osservazionale retrospettivo. Sono stati inclusi nello studio tutti i pazienti sottoposti a ECMO presso la terapia intensiva dell'ASST Monza nel Gennaio 2016 - Dicembre 2017.

Risultati

Il campione è composto da 21 pazienti, per il 29% ($n=6$) costituito da donne con un'età media di 53 ± 10 anni, un peso medio di 91 ± 25 Kg con una degenza media in Terapia Intensiva di 32 ± 24 giorni.

La diagnosi di ammissione è rappresentata per il 90% da insufficienza respiratoria acuta (ARDS) e 10% shock settico. Nel 90% dei pazienti ($n=19$) è stato posizionato un ECMO V-V, mentre nel restante 10% ($n=2$) l'ECMO era di tipo V-A. Il 10% ($n=2$) del campione era diabetico e il 0,5% ($n=1$) era vasculopatico.

La mediana dei giorni di ventilazione invasiva controllata dei pazienti arruolati è stata pari a 23 (13-43) di cui 9 (4-14). La mediana dei giorni di curarizzazione dei pazienti è stata pari a 8 (4-13) giorni, mentre la mediana dei giorni ECMO è stata pari a 13 (6-20). Il 19% ($n=4$) del campione è stato sottoposto anche a pronazione. I sopravvissuti sono il 76% ($n=16$) della popolazione. La mediana della scala Braden all'ingresso è stata pari a 10 (9-11). Il 9,5%

($n=2$) presentava LdP all'ingresso, mentre il 66,6% ($n=14$) ha sviluppato almeno una LdP durante la degenza. La sede in cui si sono sviluppate più LdP è stato il sacro (57% dei pazienti, $n=8$ - il 62% , $n=5$ stadio II e 38% ($n=3$) stadio I). Lo stadio di LdP più alto rilevato è stato il IV e le sedi più colpite sono i talloni e i piedi. L'81% ($n=17$) dei pazienti ha ricevuto somministrazione di farmaci vasoattivi, di cui l'81% ($n=17$) noradrenalina, 43% ($n=9$) dobutamina, 14% ($n=3$) adrenalina.

Conclusioni

Nei pazienti sottoposti ad ECMO, l'incidenza delle LdP, sia per sede che per grado è sovrapponibile a quella rilevata nei pazienti con ARDS. Nonostante l'utilizzo di superfici antidecubito, la sede e lo sviluppo delle LdP suggeriscono l'implementazione di protocolli di mobilitazione, anche per i pazienti in ECMO, al fine di variare periodicamente i punti di contatto tra cute e superficie antidecubito.

Sala Napoleon

ETICA/ORGANIZZAZIONE 2 - Esiti e vissuti in terapia intensiva

15:30 - 15:50

LE ESPERIENZE VISSUTE DAI FAMILIARI DEI PAZIENTI RICOVERATI IN TERAPIA INTENSIVA: RISULTATI DI UNA REVISIONE QUALITATIVA

Matteo Danielis, Nicole Romanin, Elisa Mattiussi - Azienda Ospedaliero Universitaria Integrata di Udine danielis.matteo@gmail.com

Background

La letteratura identifica il ricovero in Terapia Intensiva come un evento eccezionale e stressante non soltanto per il paziente, ma anche per la sua famiglia.

Obiettivi

Esplorare le esperienze vissute dai familiari dei pazienti adulti ricoverati in Terapia Intensiva.

Materiali e metodi

È stata condotta una ricerca di studi qualitativi attraverso le banche dati Medline, Cinahl e Trip Database. Sono stati inclusi tutti gli articoli che riportavano l'esperienza diretta dei familiari durante il ricovero in Terapia Intensiva di un loro caro. La minore età del paziente o del parente era considerato criterio di esclusione. Gli studi selezionati sono stati successivamente analizzati aggregando le categorie e i temi emersi. Il range temporale considerato era tra il 2007 e il 2016.

Risultati

Sono stati inclusi otto articoli che hanno utilizzato la metodologia qualitativa, condotti in Europa ($n=4$), Turchia, Arabia Saudita, Brasile e Stati Uniti. Complessivamente, sono stati intervistati 87 familiari, con un'età compresa tra 18 e 77 anni, e di cui il 47% ($n=41$) era di genere maschile. Per quanto riguarda il grado di parentela con il paziente, la maggior parte erano coniugi ($n=19$, 22%), seguiti da genitori ($n=14$, 16%), figli ($n=14$, 16%), fratelli/sorelle ($n=10$, 11%), altra parentela ($n=13$, 15%), e non dichiarata ($n=17$, 20%). Sono emerse un totale sei temi principali:

- 1) sentimenti ed emozioni (positivi e negativi);
- 2) fede e religione;
- 3) contesto esperienziale (metodi di coping, tecnologia, attesa, ambiente);
- 4) aspettative (soddisfatte e insoddisfatte);

5) relazione, comunicazione e coinvolgimento (con medici ed infermieri, con il paziente, con i propri ad altri membri familiari);

6) necessità dei familiari (bisogno di vicinanza, avere informazioni e istruzioni, ricevere supporto e assicurazione, vedere soddisfatte le proprie necessità).

Conclusioni

I risultati forniscono informazioni sui vissuti dei familiari all'interno delle Terapie Intensive. Questo contesto evoca sentimenti contrastanti, che impattano sulla qualità di vita dei familiari e sui loro processi di adattamento alla nuova situazione. Nasce quindi la necessità di sviluppare politiche sanitarie ed assistenziali volte al sostegno dei familiari coinvolti nel ricovero di un proprio caro, a partire da una maggiore sensibilizzazione degli infermieri che prestano assistenza nei contesti di area critica.

15:50 - 16:10

INTRODUZIONE DELLE NON TECHNICAL SKILL IN MEDICINA INTENSIVA DURANTE LE MANOVRE RIANIMATORIE

Sara Garroni - EOC Ospedale La Carità di Locarno (CH) - Sara.garroni73@gmail.com

Introduzione

Le non technical skill (NTS) o competenze non tecniche, sono ritenute molto importanti al fine di determinare risultati sicuri di gestione dei processi organizzativi e, nello specifico, dei modi con cui curare le persone. Le NTS sono ritenute classificabili in sette categorie dalla maggior parte degli autori: la consapevolezza situazionale, il decision-making, la comunicazione, il teamwork, la leadership, la gestione dello stress e l'affrontare la fatica. Queste competenze vanno apprese dal personale che dovrà applicarle nelle situazioni pratiche. Il progetto sviluppato intende descrivere la pianificazione e lo sviluppo di una esperienza concreta di formazione alle NTS presso l'Ospedale La Carità di Locarno. Vi è stato coinvolto un gruppo di infermieri di Cure Intensive in simulazioni di rianimazioni che, attraverso l'analisi di situazione durante il debriefing successivo, hanno messo in luce le difficoltà incontrate e i punti da migliorare per rendere le situazioni d'urgenza sempre più performanti.

Metodi

Il progetto è stato suddiviso in quattro fasi:

- giornate formative teoriche sulle NTS a tutto il personale di Medicina Intensiva;
- simulazioni pratiche videoregistrate di rianimazione, a sorpresa;
- debriefing con analisi del filmato della simulazione;
- questionario di gradimento finale.

Risultati

La valutazione della qualità della formazione è stata realizzata secondo indicatori di performance in situazioni simulate e di qualità percepita, attraverso un questionario di gradimento. Il gruppo coinvolto ha richiesto una continuità del progetto e l'implementazione di simulazioni anche per casi clinici differenti da quelli della rianimazione cardiopolmonare.

Discussione

I risultati ottenuti fanno intuire l'importanza di poter dar voce, nell'ambiente in cui si lavora in equipe, agli aspetti "Non Tecnici" che improntano le relazioni professionali.

16:10 - 16:30

"BACK TO BASICS": RIPARTIRE DALL'ASSISTENZA PER MIGLIORARE GLI ESITI POSITIVI INFERMIERISTICI

Lorenzo Righi - USL Toscana SUD EST - lorenzo.righi@hotmail.it

Introduzione

La filosofia "back to basic" è corrente di pensiero che pone l'attenzione alla prevenzione degli errori e dei rischi associati alle pratiche di nursing che riguardano principalmente l'igiene e la mobilitazione. La sua nascita risale a circa 10 anni fa in terapia intensiva; conseguentemente a ciò, a livello infermieristico viene ideato da Vollmann un modello assistenziale: Interventional Patient Hygiene (IPH). Tale modello consta di interventi infermieristici proattivi per il rinforzo delle difese del paziente, mediante l'Evidence Based Care. Connesso a questo approccio in questo ultimo decennio la letteratura ha cercato di mettere in correlazione il contributo "positivo" apportato dagli infermieri in relazione agli esiti delle persone assistite.

Obiettivo

Lo studio cercherà di tracciare un percorso comune su alcune domande che attanagliano la pratica clinica come: la salvaguardia degli organici incide sugli esiti negativi? Gli infermieri sono pochi, rispetto a che cosa? Gli esiti negativi ci sono sempre, ma quanti si verificano nei vari settori assistenziali? Infine su quali esiti incide il numero degli infermieri e quali di questi possono essere considerati "positivi".

Materiali e metodi

È stata condotta una revisione della letteratura attraverso banche dati biomediche quali PubMed, CINAHL, Cochrane Library.

Risultati e discussione

Al di là delle possibili classificazioni riscontrabili in letteratura emerge che misurare gli esiti "positivi" è necessario per prevenire e/o apportare un contributo adeguato nell'ambito del percorso di cura dell'assistito. Misurare invece gli esiti "negativi" fornisce indicazioni alle politiche manageriali e di gestione del personale perché evidenzia che cosa accade ai pazienti quando gli infermieri si trovano in condizioni tali da non poter garantire standard di assistenza qualificata.

Conclusioni

Da numerosi studi fenomenologici emerge che nel prendersi cura è implicita sia una dimensione visibile che una invisibile. Trattandosi alcune volte di dimensioni "esistenziali" e poco visibili, gli infermieri molto spesso non le valorizzano. Preferiscono spesso raccontare non "storie di cura" ma di "incuria". Alcuni aspetti fondamentali del caring rischiano così di passare in secondo piano rispetto ad altre pratiche assistenziali con ricadute negative sull'esito del paziente. 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.

Sala Winter Garden

EMERGENZA/URGENZA 3 - Pronto soccorso e cittadini

15:30 - 15:50

CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI CHE ABBANDONANO IL PRONTO SOCCORSO PRIMA DI ESSERE VISITATI DAL MEDICO: UNO STUDIO DESCRITTIVO IN UN DEA DI I LIVELLO

*Fabio Bidoggia, Erika Conti - Azienda Ospedaliera Universitaria San Luigi Gonzaga, Orbassano (TO)
fabio.bidoggia@unito.it*

Introduzione

Il numero di pazienti che accedono alle cure rivolgendosi al Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) sia in Italia sia nel mondo, cresce e in continuo aumento. Uno dei fenomeni rilevanti è quello dell'auto dimissione dal dipartimento di emergenza. L'obiettivo del lavoro è descrivere la frequenza e le caratteristiche sociodemografiche dei soggetti che abbandonano il pronto soccorso prima della visita medica e stimare le possibili ricadute sulla salute dei soggetti che decidono di allontanarsi.

Materiali e metodi

È stato condotto uno studio osservazionale retrospettivo su dati amministrativi sui pazienti che abbandonano il pronto soccorso prima della visita medica. L'indagine è stata condotta in un Pronto Soccorso di primo livello di un Presidio Ospedaliero dell'area metropolitana di Torino. La raccolta dati è avvenuta attraverso le funzioni statistiche del programma in uso nel DEA.

Risultati

Sono stati osservati per un periodo comprensivo di 5 anni, suddivisi in due porzioni: anni 2011 – 2014 e 2015 -2016 per i mesi di gennaio-luglio. I soggetti che abbandonano il DEA sono generalmente giovani e viene assegnato loro un codice di bassa priorità (bianco o verde); l'evento dell'abbandono si registra con maggior frequenza il pomeriggio e sera, il lunedì e nei fine settimana, nei mesi invernali ed estivi. Il 13% di coloro che abbandonano precocemente il DEA si ripresenta in ospedale nelle successive 72 ore.

Conclusioni

Un paziente che si autodimette non ha ricevuto dall'ospedale una risposta al suo bisogno di salute. È necessario individuare nuove strategie per rispondere ai bisogni di salute della persona che riconosce nell'ospedale il primo luogo di cura al quale rivolgersi.

15:50 - 16:10

LA GESTIONE DELLE VIE AEREE DA PARTE DELL'INFERMIERE; UNO STUDIO SU MANICHINO SUI PRESIDI SOVRAGLOTTICI

Vincenzo Camerlingo, Alessandra Fronteddu, Alessio Gili - camerlingo11@gmail.com

Background

Nei pazienti traumatizzati/critici la gestione delle vie aeree, l'ossigenazione e la ventilazione, rappresentano la prima fondamentale fase del soccorso, tanto più quando parliamo di emergenze extraospedaliere. Il Gold Standard per la gestione delle vie aeree, è l'intubazione endotracheale (IET) in quanto permette un'ottimale ossigenazione e ventilazione, una maggiore protezione dall'aspirazione dei contenuti gastrici e/o sangue ed una valida stabilità in sede.

La gestione delle vie aeree non significa necessariamente IET, che è una procedura di competenza medica e non infermieristica. La gestione delle vie aeree comprende anche l'utilizzo di altri metodi e presidi alternativi come i presidi sovraglottici.

Scopo

Si sono valutati, per ogni device preso in considerazione (Tubo Laringeo I-Gel Intersurgical™, Maschera Laringea Ambu Aura-Gain™, LMA Protector Cuff Pilot™), i tempi ed i tentativi medi per avere un inserimento efficace del device e queste due "costanti" sono state valutate e confrontate rispetto ad alcune variabili scelte come: l'anzianità di servizio generale, l'anzianità di servizio in Pronto Soccorso, l'età anagrafica, la conoscenza del presidio sovraglottico prima della prova su manichino, la formazione post-base.

Risultati

Lo studio è stato eseguito utilizzando un manichino Laerdal SimMan™ per il training delle vie aeree, nel quale gli infermieri delle quattro unità operative di Pronto Soccorso di diversi ospedali umbri hanno inserito i presidi sovraglottici. Da un totale di 83 partecipanti, si vince che il presidio sovraglottico più complesso dal punto di vista dell'utilizzo, è il tubo laringeo, con tempi e tentativi medi di inserimento maggiori dimostrando, allo stesso tempo, una forte dipendenza con la formazione post-base (Pr = 0.023), l'anzianità di servizio generale (Pr = 0.008) e l'anzianità di servizio in Pronto Soccorso (Pr = 0.010).

Conclusioni

In accordo con la letteratura esaminata, l'inserimento alla cieca dei presidi sovraglottici non deve essere necessariamente preceduta da una formazione specifica ma, da come rivela lo studio, la partecipazione ai corsi di formazione per l'emergenza (ALS ad esempio) e per la gestione delle vie aeree, influisce positivamente nella capacità di inserimento dei presidi sia in relazione al numero di tentativi che al tempo impiegato per avere un inserimento efficace.

16:10 - 16:30

L'INFERMIERE DI AREA CRITICA UNA RISORSA PER LA SCUOLA: FIRST AID FOR SCHOOL

Eleonora Zuffi - USL Toscana Sud Est - tigrele3@gmail.com

Da quanto emerso dai dati della Società Sistema 118, il primo soccorso nelle scuole potrebbe salvare ogni anno 20 mila persone su 60 mila che muoiono di arresto cardiaco ed il 40% a causa di un'ostruzione delle vie aeree.

Questi sono numeri decisamente importanti ed è da qui che nasce il progetto First Aid For School, una proposta innovativa ed un'occasione importante per la professione infermieristica che tra i banchi di scuola aggiungerà un tassello importante al bagaglio educativo dello studente che non si riduce all'A B C del BLS ma a quello della consapevolezza del valore della vita.

Abbiamo somministrato un questionario agli infermieri di area critica e, su un campione di 130 persone, il 96% crede che la nostra figura sia idonea per entrare nel mondo scolastico.

Un primo passo ci ha permesso di testare il progetto su alcune classi delle scuole superiori della provincia di Grosseto ed i risultati sono più che positivi.

First Aid For School prevede oltre al BLS-D, il trattamento dell'emorragia esterna, della crisi convulsiva, dell'epistassi e dell'ostruzione da corpo estraneo.

Il nostro intervento è iniziato con un pre-test e terminato con un test di uscita che ci hanno dimostrato quanto sia importante portare avanti questo progetto; infatti su un campione di 99 studenti 96 non hanno superato il pre-test. Quest'ultima evidenza la necessità di intervenire sul tema primo soccorso ed i risultati ottenuti con il progetto non possono che obbligarci andare avanti, infatti i test non sufficienti da 96 sono passati ad 1.

Di fronte a questi numeri non possiamo restare a guardare, ma anzi dobbiamo continuare e migliorare nell'interesse della collettività. Un ruolo diverso per reinterpretare l'assistenza dell'infermiere di area critica, ma pur sempre importante per la sicurezza del cittadino.

Sala Plenaria

TERAPIA INTENSIVA 4 - Procedure in T.I.

16:30 - 16:50

LA CONTAMINAZIONE MICROBIOLOGICA DEI TELEFONI CELLULARI IN TERAPIA INTENSIVA

Elena Broggi, I. Adamini, A. Grancini, M. Panigada, F. Binda, T. Mauri, G. Grasselli, A. Pesenti, A. Galazzi
Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, Università degli Studi di Milano
elena.broggi2@gmail.com

Introduzione

Un'attenta igiene delle mani (WHO, 2009) è raccomandata agli operatori sanitari per ridurre la trasmissione di microrganismi patogeni ai pazienti. I telefoni cellulari sono comunemente usati durante l'attività assistenziale e possono fungere da veicoli di agenti patogeni (Ulger F et al., 2009, Rusotto V et al., 2015).

Scopo

Determinare la contaminazione dei telefoni cellulari degli operatori sanitari (medici, infermieri e operatori di supporto) in terapia intensiva.

Materiali e metodi:

Studio prospettico osservazionale condotto in una terapia intensiva universitaria. I tamponi (eSwab™) sono stati effettuati in modalità standardizzata all'inizio e alla fine del turno di lavoro, in 6 diverse giornate e seminati su piastre agar sangue 5%. Durante il campionamento è stato somministrato un breve questionario per indagare l'uso del telefono cellulare durante il turno. Una valutazione della crescita semiquantitativa è stata eseguita a 24 e 48 ore dall'incubazione a 35°C dal laboratorio di microbiologia dello stesso ospedale.

Risultati

Cinquanta operatori sanitari hanno partecipato allo studio (91% del personale del dipartimento) per un totale di 100 tamponi. Quarantatré operatori (86%) hanno riferito un uso abituale dei loro telefoni cellulari durante l'attività lavorativa e 38 (88,4%) tengono il cellulare nella tasca della divisa. Tutti i telefoni (100%) sono risultati positivi. I batteri più frequentemente isolati sono stati: Stafilococchi Coagulasi Negativi (97%), Bacilli (56%) e MRSA (17%). Nessun paziente ricoverato in terapia intensiva durante il periodo di studio era positivo ai batteri trovati sui telefoni cellulari degli operatori sanitari. Nessuna differenza nella tipologia e nella carica batterica è stata riscontrata tra l'inizio e la fine del turno di lavoro.

Conclusioni

I telefoni cellulari degli operatori sanitari sono sempre colonizzati, principalmente dalla flora cutanea residente sulle mani, anche prima del turno di lavoro e indipendentemente dalle positività microbiologiche dei pazienti ricoverati. Ulteriori studi sono necessari per indagare il ruolo della colonizzazione batterica dei telefoni cellulari in terapia intensiva e per determinare se la pulizia di routine degli stessi può ridurre il tasso di trasmissione delle infezioni nei pazienti critici.

16:50 - 17:10

"PERSISTENT WITHDRAWAL OCCLUSION": UN PROBLEMA O UN FALSO MITO?

Luigi Cannizzo, Maria Rosaria Pedone, Elena Passoni, Silvia Tramontana, Alberto Lucchini, Stefano Elli
ASST S. Gerardo di Monza - luigi.cannizzo@gmail.com

Introduzione

Nella specifica realtà della ASST-Monza, durante il programma di controllo follow up del personale del Picc Team per la verifica dei cateteri presso le Unità Operative dell'Azienda, gli impiantatori si trovano spesso a verificare l'abitudine da parte del personale infermieristico ad eseguire prelievi venosi da vena periferica, anche in presenza del Midline in sede.

La motivazione a tale pratica è che il Midline "non funziona" e "non preleva".

Obiettivi

Tra le complicanze a carico dei Midline, in questa nostra descrizione abbiamo preso in esame in particolare il fenomeno cosiddetto Persistent Withdrawal Occlusion (PWO), a volte definito erroneamente "occlusione parziale".

Obiettivo del lavoro è quello di valutare l'effettiva presenza di questo fenomeno tra i cateteri Midline impiantati nell'ASST-Monza

Metodi

È stato condotto uno studio osservazionale prospettico in un arco di tempo compreso tra novembre 2017 e febbraio 2018, le rilevazioni sono state effettuate a cadenza settimanale e ogni catetere è stato testato per valutare la capacità di prelievo da parte dello stesso o la presenza di PWO.

Risultati

Dalla ricerca svolta si evince che il catetere Midline tende a garantire una performance costante ed è considerato un presidio indicato anche per l'esecuzione di prelievi ematici ripetuti, soprattutto in pazienti con patrimonio venoso scarso o difficoltoso da reperire, in quanto solo il 15% delle rilevazioni hanno identificato presenza di PWO.

Conclusioni

Il Midline è un accesso stabile che consente, pur con qualche limite, di effettuare prelievi ematici senza ricorrere ad ulteriori venipunture. L'uso di un accesso stabile e sicuro come il Midline rispetto alle venipunture ripetute, riduce drasticamente le flebiti, l'esaurimento del patrimonio venoso e migliora il confort del paziente.

17:10 - 17:30

L'INFORMATIZZAZIONE GARANTISCE IL MONITORAGGIO DEI NURSING SENSITIVE OUTCOMES (NSO)? STUDIO RETROSPETTIVO PRESSO LA FONDAZIONE TOSCANA GABRIELE MONASTERIO

Luca Fialdini, Debora Luccetti, Mariella Tongiani, Andrea Ripoli, Marco Vaselli, Stefania Baratta
Fondazione Toscana Gabriele Monasterio - fialdiniluca@gmail.com

Introduzione

Un sistema di monitoraggio rappresenta una risorsa fondamentale per la gestione dei processi clinici e organizzativi, orientati agli esiti sensibili dell'assistenza infermieristica, al compassionate care e quindi alla qualità e all'efficacia delle cure (Grazioli, L'Infermiere, 2017).

Materiali e metodi

Arruolati pazienti ricoverati post scompenso, intervento cardiocirurgico e/o procedura emodinamica dal 1/1/2017 al 31/12/2017, con uno studio retrospettivo sugli outcomes (valutazione multidimensionale) raccolti dalla cartella informatizzata. Data la distribuzione non gaussiana delle variabili, la statistica descrittiva è stata espressa con la mediana e l'intervallo interquartile. Per ogni variabile sono forniti anche gli estremi del range di variazione.

Risultati

Osservati 4720 pazienti, il 49% ricoverati nel presidio di Massa e il 51% a Pisa. VAS/NRS almeno una volta al giorno in 3736 pazienti. Il sintomo fuori range si è manifestato in 876 pazienti (numero misurazioni per ricovero: 11 [7-20], range: 0-127). Il dolore è stato misurato in totale 18341 volte. Barthel: 20 [19-20], range: 0-20, compilata entro 6 ore dall'ingresso nel 85% dei casi. Braden: 22 [21-22], range: 7-23, entro 6 ore nel 86%. ReTos: al 87% dei pazienti ≥ 65 anni è stata compilata la scala a 6 ore dall'accettazione, registrando nell'anno 21 cadute. Nel 89% dei pazienti la Mews è stata rilevata almeno una volta entro 24 ore e al 98,5% è stata rivalutata con score ≥ 3 . Nel 94,5% è stato posizionato un catetere venoso periferico ed a 1302 pazienti un catetere venoso centrale principalmente in vena giugulare destra e rimosso mediamente in terza giornata. Nel rispetto delle pratiche della sicurezza della Regione Toscana sono stati inseriti i relativi bundle. Il 94,8% dei 250 pazienti osservati non ha subito contenzioni, al 5,20% è stata somministrata terapia specifica. Il tasso di infezione della ferita chirurgica è diminuito rispetto all'anno precedente (6,2% vs 6,8%) con osservazione durante il ricovero e follow up ad un mese.

La Scheda Terapeutica Unica risulta correttamente compilata nell'85% dei casi. Le mancate somministrazioni non motivate dal personale infermieristico si sono verificate nell'11% dei casi.

Conclusioni

L'informatizzazione ha permesso di monitorare gli indicatori sensibili all'assistenza infermieristica. Da ultimare le correlazioni per misurare i NSO.

Sala Napoleon

TERAPIA INTENSIVA 5 - Sicurezza e rischio clinico

16:30 - 16:50

ADOZIONE DI UN NUOVO PROTOCOLLO DI DECOLONIZZAZIONE DELLA CUTE PRESSO L'U.O. ANESTESIA E TERAPIA INTENSIVA DEL POLICLINICO SAN MARTINO DI GENOVA

Marco Cappellin, Simona Maiani - Policlinico San Martino, Genova - cappellinmarco@yahoo.it

Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) rappresentano un importante problema per chi lavora nelle Terapie Intensive (TI): nonostante le sempre maggiori conoscenze in merito a microrganismi e antibiotici il trend delle infezioni non è generalmente in diminuzione.

Numerosi studi scientifici hanno affrontato questo argomento da molteplici punti di vista, compreso l'impatto che l'igiene giornaliera dei pazienti ha sulla riduzione dell'incidenza delle ICA.

A ciò si aggiunge una sempre maggiore attenzione rivolta alle cure igieniche giornaliere da parte della ricerca in ambito infermieristico, soprattutto in relazione all'outcome "riduzione dell'incidenza delle ICA".

Le evidenze a favore di alcune pratiche igieniche dimostrano un'importante riduzione dell'incidenza delle infezioni, in percentuali fino al 45% (nello specifico batteri gram+: Stafilococchi meticillino-resistenti-MRSA e Enterococchi vancomicina-resistenti-VRE), in particolare eseguendo un bagno a letto del paziente almeno una volta ogni 24 ore utilizzando panni imbevuti con clorexidina al 2% ed eseguendo una decolonizzazione universale cioè rivolta a tutti i pazienti presenti all'interno della TI. Scopo dello studio è valutare l'impatto dell'adozione di una nuova procedura di decolonizzazione del paziente, basata su ciò che le evidenze scientifiche suggeriscono, sull'acquisizione di patogeni multiresistenti presso l'U.O. Anestesia e Terapia Intensiva del Policlinico San Martino di Genova.

Le cure igieniche giornaliere, eseguite nel rispetto della procedura aziendale esistente, sono state integrate da una decolonizzazione cutanea con clorexidina al 2%, applicata sulla cute di tutti i pazienti presenti in TI con l'ausilio di garze e non risciacquata. In collaborazione con l'U.O. Igiene sono stati raccolti i dati in merito alle colonizzazioni/infezioni da microrganismi multiresistenti quali Pseudomonas, Enterococchi resistenti alla Vancomicina, Acinetobacter, Legionella, Clostridium, Klebsiella pneumoniae produttore di carbapenemasi (KPC), Stafilococco aureo meticillino-resistente (MRSA) e Candida. L'introduzione della procedura di decolonizzazione ha portato ad una riduzione dell'incidenza delle colonizzazioni/infezioni da KPC e di MRSA rispetto ai periodi precedenti lo studio. Tuttavia restano alcune aree grigie, specialmente associate alle cure igieniche dei pazienti che restano ricoverati per più giorni all'interno della TI.

16:50 - 17:10

TROMBOSI VENOSE PROFONDE CORRELATE A PICC: ANALISI DEI RISCHI CON L'ADOZIONE DI UN BUNDLE PER LA SICUREZZA DURANTE L'IMPIANTO.

Stefano Elli, Luciano Giannini, Andrea Siligato, Valentina Pigozzo, Luigi Cannizzo, Alberto Lucchini ASST S. Gerardo di Monza - s.elli@asst-monza.it

Introduzione

I PICCs (Periferally Inserted Central Catheters) sono ancora oggi ritenuti causa di un aumento significativo di complicanze trombotiche rispetto a altre tipologie di cateteri. Questa convinzione trae fondamento da alcune fonti di letteratura che riportano dati indicativi per un aumento di queste complicanze e dall'esperienza derivante dal mancato utilizzo delle precauzioni necessarie a minimizzare questo rischio. Negli ultimi anni alcune pratiche tra cui lo studio dell'anatomia vascolare, l'utilizzo sistematico dell'ecoguida e il rispetto del corretto rapporto tra diametro del vaso e calibro del catetere hanno contribuito a ridurre sensibilmente il rischio di Trombosi Venose Profonde (TVP) correlata al PICC.

Obiettivo

Osservare il tasso di TVP correlate ai PICCs impiantati seguendo le raccomandazioni atte a minimizzare le complicanze, contenute nel bundle ISP (Inserimento Sicuro dei PICC).

Metodo

Sono stati osservati i PICC impiantati dagli infermieri del Picc Team ASST-Monza da luglio 2015 a maggio 2017. Tutti i cateteri sono stati posizionati in aderenza al protocollo ISP, in particolare con utilizzo della puntura ecoguidata, la preventiva esplorazione delle vene del braccio e il rapporto tra calibro del catetere e diametro della vena pari o inferiore a 1/3.

Risultati

Sono stati osservati 866 PICC per un totale di 24760 giorni di cateterizzazione. Le TVP associate a catetere sono state 8 (0.92% - 0.32/1000 gg. cat.), di cui 2 asintomatiche diagnosticate incidentalmente durante diagnostica radiologica per altri motivi. La TVP si è presentata mediamente dopo 23±31 giorni di cateterizzazione con una mediana di 13 gg. Una successiva stratificazione ha evidenziato un tasso di TVP pari a 1.52% nei pazienti con patologia oncologica/onco-ematologica e pari a 0.55% nei pazienti con altre patologie.

Conclusioni

Il tasso di complicanze trombotiche, relate all'impianto PICC secondo le raccomandazioni del bundle ISP, si è rivelato contenuto e inferiore a quanto descritto in precedenti studi e metanalisi. Si conferma invece il maggior rischio nei pazienti con patologia oncologica/onco-ematologica, ma comunque a livelli inferiori a quanto riportato in letteratura e accettabili per considerare sicuro l'utilizzo dei Picc anche in questi pazienti.

17:10 - 17:30

LA RITENZIONE DI ALTRO MATERIALE ALL'INTERNO DEL SITO CHIRURGICO

Silvia Tiraforti, Maria Fatima Cappelletti, Mattia Lorenzini, Stefania Biagini, Monica Baroni, Stefania Baratta Fondazione Toscana Gabriele Monasterio Massa - tiraforti@ftgm.it

Introduzione

La ritenzione non intenzionale di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico rappresenta un evento noto e riportato in letteratura, come da Raccomandazione Ministeriale n.2, 2008. Si stima che tale fenomeno si verifichi 1 volta ogni 1000 - 3000 procedure chirurgiche all'anno. Il materiale più frequentemente ritenuto è rappresentato da garze e da strumentario chirurgico, ad esempio aghi, bisturi, adattatori elettrochirurgici, pinze o loro parti. La maggior parte degli eventi riportati in letteratura riguarda interventi di chirurgia addominale, toracica e parto. La Raccomandazione, recepita con una procedura aziendale, prevede sempre un conteggio e il materiale utilizzato negli interventi di cardiocirurgia è noto e vario. Questa varietà ha reso necessario approfondire l'elenco dei dispositivi utilizzati se radiopachi o non radiopachi, ritenendo questa informazione utile ad un eventuale controllo radiografico.

Metodi

Nella Sala Operatoria di cardiocirurgia adulti e pediatrica si è proceduto alla revisione di tutti i dispositivi medici che sono potenzialmente a rischio di ritenzione, eseguendo un controllo radiografico per quelli con indicazioni non chiare. La revisione ha previsto il controllo dell'indicazione in etichetta e, dove non indicato, si è provveduto ad approfondire questa informazione, grazie al supporto del farmacista, con il fabbricante o il distributore. È stato elaborato un nuovo elenco di materiale da monitorare nel pre e post procedura.

Risultati

La criticità rilevata dal personale infermieristico di sala operatoria e l'integrazione con il Servizio Farmacia e il CRM ha permesso la realizzazione della nuova checklist. Il programma di aggiornamento per l'equipe assicurerà la diffusione e il controllo sul nuovo percorso.

Conclusioni

La sicurezza in sala operatoria si pone come uno dei principali obiettivi nell'ambito della qualità e sicurezza dei pazienti. In considerazione dell'elevata complessità tecnica ed organizzativa delle attività chirurgiche, appare fondamentale valorizzare tutte le pratiche che in tal senso vengono implementate nelle aziende del SSN. Scenari futuri auspicano un coinvolgimento continuo da parte degli operatori a rilevare criticità e segnalare eventi ottimizzando i percorsi sulla sicurezza delle cure.

Sala Winter Garden

[RICERCA 2 - Topics di ricerca](#)

16:30 - 16:50

ICU CARDIOCHIRURGICA: QUALI SONO I FATTORI DI SVILUPPO DEL DELIRIUM? STUDIO OSSERVAZIONALE

Silvio Simeone, G. Pucciarelli, M. Perrone, T. Rea, A. Guillari, G. Gargiulo, G. Iannelli - Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II, Napoli - silviocecilia@libero.it

Contesto e obiettivo

Diversi fattori di rischio potrebbero contribuire allo sviluppo del delirio, come l'uso di alcuni farmaci sedativi e la storia di un paziente con alcuni tipi di malattia acuta o cronica. Tuttavia, in letteratura c'è poca conoscenza circa l'associazione tra delirio in pazienti che hanno subito un intervento cardiocirurgico ed i predittori clinici e ambientali. Questo studio osserva i fattori clinici e strutturali che possono essere associati all'esordio postoperatorio del delirio in pazienti sottoposti a cardiocirurgia.

Metodi

Si è usato un disegno osservazionale. Sono stati arruolati 89 pazienti ospedalizzati in terapia intensiva (ICU). I pazienti sono stati valutati per la prima volta utilizzando la Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) e successivamente utilizzando il Metodo di valutazione della confusione per l'ICU (CAM-ICU). Un modello lineare di regressione è stato utilizzato per identificare i predittori del delirio nei pazienti.

Risultati

I pazienti avevano un'età media di 89 anni (DS = 6,9), erano prevalentemente maschi (84,3%) ed erano per lo più sposati (79,8%). La maggior parte dei pazienti era stata sottoposta a bypass (80,9%), mentre il 19,1% aveva subito l'intervento di endoprotesi. Il modello di regressione logistica ha mostrato che l'età del paziente, la durata della ventilazione meccanica, l'esposizione continua alla luce artificiale, la presenza di disturbi del sonno erano predittori dell'inizio del delirio.

Conclusioni

Questo studio conferma inoltre che aspetti clinici come l'insonnia e il ritmo circadiano, nonché elementi strutturali come l'esposizione alla luce artificiale sono variabili che devono essere monitorate al fine di prevenire e trattare l'insorgenza di un delirio post-operatorio grave.

16:50 - 17:10

LE CONOSCENZE E GLI ATTEGGIAMENTI DEGLI INFERMIERI RISPETTO ALLA GLASGOW COMA SCALE

Fabio Bidoggia, Sonia Manai - AOU San Luigi Gonzaga, Orbassano (TO) - fabio.bidoggia@unito.it

Introduzione

La Glasgow Coma Scale (GCS) è ancora oggi lo strumento più diffuso ed impiegato nella valutazione dello stato di coscienza, tuttavia il suo utilizzo da parte degli infermieri è spesso frammentario e disomogeneo. La letteratura fornisce risultati contrastanti rispetto alle cause di questo fenomeno.

Obiettivo

Valutare le conoscenze, gli atteggiamenti ed il self-confidence degli infermieri rispetto alla GCS ed individuare quali fattori influenzano questi aspetti.

Materiali e metodi

In due ospedali dell'area metropolitana di Torino è stato somministrato il questionario Nurses' knowledge, attitude and skill level of using Glasgow Coma Scale, sottoposto al processo di validazione linguistica. I dati sono stati analizzati attraverso la statistica descrittiva e l'analisi della varianza.

Risultati

Sono stati coinvolti 297 infermieri e 99 hanno restituito il questionario compilato (33%). Gli infermieri intervistati conoscono gli aspetti generali della GCS (8.9 ± 1.8), mostrano una buona attitudine al suo utilizzo (25.2 ± 3.7) e autovalutano in modo prevalentemente "neutro" le proprie capacità (14.9 ± 5.4). I fattori maggiormente influenti sono il genere, l'età, il tipo di titolo di studio, l'ospedale ed il servizio di appartenenza e gli anni di esperienza.

Discussione

I punteggi ottenuti nei tre aspetti sono inferiori rispetto a quelli di studi simili. Le conoscenze e gli atteggiamenti nei confronti della GCS possono essere potenziati attraverso corsi di formazione mirati e l'introduzione di guide operative. In futuro, volendo replicare lo studio, sarà necessario coinvolgere maggiormente gli infermieri attraverso incontri organizzati con il personale dei singoli servizi.

17:10 - 17:30

ACCURATEZZA, SENSIBILITÀ E AFFIDABILITÀ INTER-VALUTATORE NEL MONITORAGGIO DELL'EVOLUZIONE DELLE LESIONI CUTANEE IN TERAPIA INTENSIVA. STRUMENTO CARTACEO O DIGITALE?

Valerio Di Nardo, Mauro Scimmi, Leonardo Di Nardo, Andrea Del Grande - Azienda Ospedaliera "S. Maria" di Terni - valeriodinardo1987@gmail.com

Background

È ampiamente riconosciuto che i pazienti ricoverati in terapia intensiva hanno una maggiore probabilità di sviluppare lesioni da pressione (LdP) rispetto ai pazienti ospedalieri o domiciliari (Tsaras et al. 2016). Un'accurata valutazione e una chiara documentazione sono aspetti importanti nella gestione delle ferite, e forni-

scono una base per le decisioni appropriate per l'assistenza al paziente (Young et al. 2017).

Lo scopo del seguente studio è di confrontare accuratezza, sensibilità e affidabilità inter-valutatore di uno strumento cartaceo (Push Tool 3.0) rispetto ad uno strumento digitale (WoundApp 2.1) nel valutare l'evoluzione di lesioni cutanee osservandone la progressione dei margini.

Materiale e metodi

Sono stati selezionati 8 pazienti con LdP. Per ogni lesione sono state scattate 2 foto a distanza di x giorni. Ad ogni valutazione la lesione veniva misurata con entrambi gli strumenti da 2 infermieri di rianimazione e 2 esperti di wound care al fine di identificare lo scostamento della Push Tool 3.0 rispetto alla WoundApp 2.1 in termini di accuratezza, sensibilità e affidabilità inter-valutatore.

Risultati

Rispetto allo strumento digitale che fornisce una misurazione reale, la Push Tool 3.0 risulta avere una buona accuratezza ma scarsa sensibilità al cambiamento, soprattutto per lesioni con superficie superiore ai 12 cm². La differenza dell'accuratezza dei 2 strumenti risulta essere maggiore quanto maggiore è l'area della lesione. Per quanto concerne l'affidabilità inter-valutatore, questa risulta essere buona nella maggior parte delle misurazioni ma scarsa per le lesioni dalla forma irregolare.

Discussione

I 4 infermieri hanno espresso apprezzamento per lo strumento digitale, soprattutto per le lesioni dalla forma irregolare e con superficie superiore ai 24 cm², valore oltre il quale la Push Tool 3.0 perde accuratezza.

È fondamentale che la valutazione non si esaurisca con la somministrazione di una o più scale, a cui occorre far seguire l'elaborazione dei dati raccolti con un'interpretazione, organizzata e strutturata, dei fenomeni osservati (Santullo e Chiari, 2003).

Limiti

La dimensione del campione non rende le differenze tra i due strumenti statisticamente significative. Mentre la Push Tool 3.0 valuta anche l'essudato e il tipo di tessuto, la WoundApp 2.1 permette la sola misurazione dell'area della lesione. È doveroso specificare che entrambi gli strumenti non considerano profondità e presenza di tratti sottominati o tunnelizzati, caratteristiche che non possono prescindere da un'accurata valutazione infermieristica



BACK TO BASIC

In Area Critica

Poster

Poster

aniarti

P1

ACCOGLIERE IL PAZIENTE AGGRESSIVO IN PRONTO SOCCORSO: PROPOSTA DI UN PROTOCOLLO COMPORTAMENTALE PER L'INFERMIERE DITRIAGE

F. Bidoggia, F. Raimo - AOU San Luigi Gonzaga Orbassano - fabio.bidoggia@unito.it

Introduzione

Il fenomeno della violenza sul luogo di lavoro in ambito sanitario rappresenta una delle principali questioni di salute pubblica; la problematica è in costante crescita e risultano maggiormente coinvolti gli infermieri operanti presso i servizi di emergenza-urgenza, in particolare gli infermieri di Pronto Soccorso. L'obiettivo del presente elaborato è fornire agli infermieri di triage le conoscenze e gli strumenti utili per prevenire e gestire il paziente aggressivo in pronto soccorso.

Materiali e metodi

Nel periodo dicembre 2016 – marzo 2017 è stata condotta una revisione della letteratura internazionale riguardante il fenomeno dell'aggressività in pronto soccorso consultando le banche dati Medline, Cinahl e PsycINFO.

Risultati

Sulla base delle evidenze reperite dalla letteratura, è stato elaborato un protocollo che racchiude strumenti e proposte di intervento utili per prevenire e gestire il paziente aggressivo in pronto soccorso; il protocollo è articolato in differenti capitoli che trattano la valutazione, l'attribuzione del codice colore, la prevenzione e la gestione del paziente aggressivo, oltre all'inserimento del paziente in un sistema informatico di registrazione dei pazienti aggressivi e la segnalazione dell'episodio.

Discussione

La valutazione del rischio di violenza e la pianificazione di interventi inerenti la prevenzione e gestione del paziente potenzialmente aggressivo dovrebbe diventare una componente essenziale dell'assistenza infermieristica in pronto soccorso: tali contenuti sono sintetizzati ed esplicitati nel protocollo proposto dall'elaborato, la cui applicazione è stata proposta presso un Dipartimento di Emergenza e Accettazione di I° livello dell'area metropolitana di Torino ad integrazione di un lavoro condotto su una tematica affine.

P2

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

C. Taddei - camillataddei95@gmail.com

Introduzione

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

Obiettivi

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

Materiali e metodi

Somministrazione cartacea di un questionario al campione di riferimento composto da infermieri che operano sui mezzi di soccorso nella provincia di Siena e successiva analisi statistica dei dati: la prima parte indaga

sulla frequenza di utilizzo delle competenze individuate, mentre la seconda parte prevede un'autovalutazione sul possesso o meno di tali competenze. Le competenze prese in atto sono state scelte consultando la NCS e i corsi specifici per l'ambito. In seguito è stato effettuato un focus Group con gli esperti del settore per completare l'individuazione.

Discussione

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

Conclusioni

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

P3
UN'ALTRA SOLUZIONE PER GESTIRE L'OVERCROWDING IN PRONTO SOCCORSO: L'INFERMIERE DI RACCORDO
A. Ceccagnoli, P.O, M. Ceccarelli, G. Carnio, P. Groff - Azienda Ospedaliera di Perugia - andrea.ceccagnoli@gmail.com

Il sovraffollamento è la grande spina nel fianco dei Pronto Soccorso (PS) e da anni operatori e società scientifiche propongono modelli per gestire tale criticità conosciuta come overcrowding. La ricetta parte dal presupposto che «il fenomeno del sovraffollamento dei servizi non dev'essere considerato un problema solo del Pronto Soccorso ma è una criticità che deve coinvolgere tutto l'ospedale». Al momento le soluzioni strategiche individuate per fronteggiare il fenomeno sono varie: cruscotto informatizzato in PS, l'istituzione discharge room e admission room, la predisposizione di un Piano di gestione del sovraffollamento, lo sviluppo di percorsi diagnostico terapeutici rapidi (fast track e see and treat); e l'istituzione di una funzione di coordinamento (Bed Management) per governare i flussi in ingresso e in uscita.

L'ulteriore innovazione di cui vogliamo parlare è rappresentata da una nuova figura presente nel PS di Perugia che va ad affiancarsi a quella già esistente di Bed Management, ossia l'Infermiere di Raccordo. Quest'ultimo presente 7 giorni su 7, ha specifici compiti da svolgere: raccoglie le necessità dei medici di PS circa i propri pazienti da ricoverare, libera il team di pronto soccorso (medico e infermiere) dalla gestione del paziente in attesa di ricovero, contatta il reparto concordando con il collega l'orario di ricovero, facilita il contatto medico di PS/medico di reparto qualora debbano essere comunicate delle specifiche criticità, si confronta con la funzione di Bed Manager dopo che questo ha svolto una ricognizione dei posti letto disponibili, si occupa di assistere a livello alberghiero il paziente in attesa di ricovero e comunica allo stesso la tipologia di allocazione (in camera o in attesa della camera). Tutta l'attività sopra riportata è svolta mediante l'ausilio di scheda appositamente creata ed utilizzata.

In futuro si può pensare a delle migliorie di 2 tipologie:

- strumentali che comportano l'informatizzazione della scheda in uso magari renderla condivisibile con il DPS e la DMO, nonché la dotazione di telefoni intranet;
- gestionali che comportano l'individuazione di percorsi specifici applicabili in modo da snellire il flusso in PS (es. pazienti già seguiti da specifiche UO, PGS, gestione cod. argento e pazienti fragili).

Ultimo aspetto da annoverare, ma non per minor importanza è rappresentato dal fatto che l'infermiere di raccordo all'occorrenza collabora nella gestione dei codici rossi.

P4
L'INFERMIERE NEL TRASPORTO SANITARIO SECONDARIO URGENTE: STUDIO OSSERVAZIONALE MULTICENTRICO
P. Graciotti, A.R. Lampisti, M. Marchegiani - ASUR Marche (Area Vasta 2) Ancona - paola.graciotti@tiscali.it

Introduzione

Il trasporto sanitario secondario o trasporto intraospedaliero è il trasporto di pazienti in continuità di soccorso da una struttura di livello assistenziale inferiore ad una superiore per mancanza di posti letto, competenza specialistica, accertamenti diagnostici e terapeutici. Il trasporto sanitario in urgenza è al centro della cronaca dei cosiddetti casi di "malasanità". I rischi possono essere minimizzati con un'organizzazione accurata del trasferimento, un'adeguata stabilizzazione clinica del paziente, l'accompagnamento con personale sanitario qualificato e un adeguato equipaggiamento tecnico.

Obiettivo

Analizzare l'organizzazione dei trasporti secondari urgenti della Regione Marche e indagare sulla percezione degli infermieri nella gestione del paziente durante il trasporto in autonomia.

Materiali e Metodi

Studio osservazionale multicentrico con somministrazione di due questionari: uno sulla modalità dei trasferimenti ed un altro sulla percezione. Il campionamento di convenienza riferito al 1° questionario ha coinvolto i coordinatori dei Pronto Soccorsi delle Marche ed il 2° gli infermieri con esperienza nei trasferimenti urgenti.

Risultati

Rispetto le modalità di trasferimento, nel 19% vengono seguite le indicazioni previste dalla classificazione Ehrenwerth, mentre in altri vengono seguiti criteri generali per stabilire la necessità di assistenza medica o infermieristica (diagnosi 25%, condizioni cliniche 25%, possibile evoluzione 31%). Il mancato riferimento alla classificazione Ehrenwerth, può portare ad una sovrastima o sottostima delle necessità assistenziali dell'assistito (classe II: volontario 40%-infermiere 60%, classe III: infermiere 40%-infermiere/medico 60%, classe IV: infermiere/anestesista 40%-infermiere/medico 60%) e la scelta su chi far partire diventa operatore-dipendente. In tutti i presidi si sono presentati problemi: comunicazione 35%, supporti tecnici 18%, documentazione 17%, reperimento del personale 9%. La percezione (tranquillità, soddisfazione, formazione) degli infermieri è positiva con differenziazioni a seconda della classe di appartenenza del paziente anche se con l'aumentare della stessa, aumenta la preoccupazione.

Conclusione

Si sottolinea l'importanza dell'uniformità nei comportamenti attraverso l'adozione di protocolli e check list. L'infermiere ha le potenzialità per gestire il paziente in classe III ed è comunque abbastanza soddisfatto di come gestisce il paziente in classe IV e V, indice di una professione in crescita.

P5
INSORGENZA DI LESIONI DA PRESSIONE IN PRONTO SOCCORSO: UN'INDAGINE OSSERVAZIONALE
D. Petta, D. Calamassi - Studio Auxilium - mimma.slayer@gmail.com

Razionale

La lesione da pressione (LdP) è un'area localizzata di danno della cute e dei tessuti sottocutanei causata da forze di pressione, trazione, frizione che si forma normalmente in corrispondenza di prominente ossee. Alcuni studi hanno evidenziato la correlazione tra insorgenza di LdP e permanenza del paziente sulla tavola spinale in pronto soccorso (PS). Non sono stati reperiti in letteratura studi che indagassero la correlazione tra insorgenza di LdP e permanenza in PS, indipendentemente dalla costrizione su tavola spinale.

Materiali e metodi

Lo scopo dello studio è stato quello di indagare la relazione tra insorgenza di LdP e permanenza in PS. L'osservazione dei pazienti afferenti in PS, diretta e continua nelle 24 ore, è stata implementata nell'U.O. PS dell'o-

ospedale San Giuseppe di Empoli, per un periodo di 15 giorni. A tutti i soggetti con indice di Braden inferiore o uguale a 16 è stata meticolosamente ispezionata la cute in differenti momenti durante la permanenza in PS: al triage, e dopo due, tre, cinque, otto e undici ore dall'accesso.

Analisi e discussione

Sono stati osservati in totale 123 soggetti, con età media di 87 anni ($DS \pm 8$). È stata osservata l'insorgenza di LdP al primo stadio dopo due ore di permanenza sulle barelle nel 9% della popolazione che al triage aveva la cute integra. A distanza di tre ore, la percentuale è salita al 20%. È stato possibile osservare che la percentuale aumentava in relazione all'aumento del tempo trascorso sulle barelle. Inoltre, è stato possibile notare la relazione tra permanenza in PS e peggioramento dello stadio della lesione in coloro che presentavano LdP già al momento del triage, a distanza di tre ore dall'accesso. Con il passare delle ore di permanenza sulle barelle del PS, è salita la percentuale delle lesioni in peggioramento, soprattutto per quanto riguarda le lesioni che sono passate dal primo al secondo stadio.

Conclusioni

I dati raccolti suggeriscono che la permanenza in PS è un probabile rischio per lo sviluppo delle LdP in soggetti con indice di Braden uguale o inferiore a 16. Tale rischio potrebbe ridursi notevolmente applicando alcuni interventi: somministrazione della scala di Braden da parte dell'infermiere triagista per l'individuazione dei pazienti a rischio, mobilitazione di questi, posizionamento di materassi antidecubito e limitazione dei tempi di permanenza in PS al minimo essenziale.

P6 PERCORSO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE CON ICTUS ACUTO DAL PRONTO SOCCORSO ALLA STROKE UNIT - UTILIZZO DELLA SIMULAZIONE PER OTTIMIZZARE LO "STROKE PATHWAY"

E. Cossio, L. Caravella, R. Calicchio, M. Peruzza, V. Bagatello, S. Magliocchetti, D.M. Barison, F. Zoccola, R. Arecco, V. Restivo, R. Di Matteo, A. Fagiani, L. Grantini - ASO Alessandria - ecossio@ospedale.al.it

Introduzione

L'incidenza dello stroke è stimata essere tra 100-200 casi/100.000 abitanti per anno, rappresentando, dopo le malattie cardiovascolari ed i tumori, la terza causa più comune di morte e la più importante causa di disabilità permanente. Un precoce inquadramento dell'ictus fin dall'esordio è requisito indispensabile per una successiva corretta gestione terapeutica. L'analisi si propone di implementare azioni correttive durante il trattamento dello stroke; migliorare le performance del team multidisciplinare, la comunicazione al suo interno, raggiungere una riduzione del D.N.T. (Door-to-needle time).

Materiali e metodi

L'analisi proattiva del processo in esame è stata eseguita attraverso la metodologia della simulazione in situ. La tecnica di simulazione utilizzata è stata: paziente simulata e task training. Il 6 Aprile 2018, presso i locali dell'Ospedale Civile Santi Antonio e Biagio e Cesare Arrigo di Alessandria, è stata effettuata la simulazione che ha visto coinvolti un gruppo multidisciplinare costituito da un medico del 118, 6 infermieri di Pronto Soccorso, un medico di Pronto Soccorso, una Neurologa, la radiologia e la neuro-radiologia (tecnici, infermieri) ed un neuro-radiologo interventista.

Discussione

L'analisi del processo del percorso stroke intraospedaliero è stato effettuato mediante una simulazione dal vivo dello stesso in un tempo zero in un giorno predefinito con monitoraggio dei tempi. Completata con successo la simulazione con DNT 38 minuti - Tempo "door to needle" nella golden hour. Criticità evidenziate nel debriefing: la mancanza della pre-notifica da parte del 118, tempo di attesa dell'arrivo del neurologo, tempo di attesa eccessivo nella refertazione degli esami ematici. Proposte di miglioramento: il ripristino della scheda regionale del 118; l'allerta immediata nel neurologo con chiamata da parte del personale di triage/PS; l'utilizzo di etichette rosse con la scritta "Paziente con ictus".

Discussione e conclusioni

La simulazione, ha consentito non solo di evidenziare le criticità esistenti, ma anche di programmare alcune azioni migliorative in modo da ridurre di molto il tempo "Door to Needle" e di conseguenza migliorare l'outcome dei pazienti.

P7 UTILIZZO DELLA SIMULAZIONE NELLA FORMAZIONE DEL PERSONALE SANITARIO E RUOLO DEGLI INFERMIERI NELLA MAXIEMERGENZA: STUDIO OSSERVAZIONALE

P. Graciotti, A. Piloni, D. Messi - ASUR Marche - Area Vasta 2 - paola.graciotti@tiscali.it

Introduzione

La maxi emergenza è un evento dannoso che determina uno squilibrio tra i bisogni delle vittime e le risorse disponibili. Nel 2015, nel mondo sono stati registrati 574 disastri. Non esistono ad oggi programmi formativi standardizzati ma la formazione pre-evento è importante per migliorare la risposta. L'infermiere è coinvolto in tutte le fasi del Ciclo dei Disastri: pre-evento (Disaster Manager, educazione/formazione), soccorso (triage, Direttore Squadre di Recupero, assistenza e stabilizzazione nel Posto Medico Avanzato, equipe medico-infermieristiche nelle ambulanze), recupero (revisore di qualità, salute mentale).

Obiettivi

Analisi delle simulazioni full scale per la formazione del personale sanitario del 118 (Senigallia e Ancona) e ruolo degli infermieri nella maxi emergenza.

Materiali e metodi

Studio osservazionale delle simulazioni e studio retrospettivo della percezione su di un campione di convenienza. I dati sono stati raccolti attraverso check-list con 20 items che analizzavano la catena dei soccorsi e un questionario formato da 18 domande che analizzavano le caratteristiche del campione, lo svolgimento e la percezione durante le simulazioni, la percezione durante eventi reali.

Risultati

È stata rispettata la catena dei soccorsi: il personale del primo mezzo con medico, infermiere e autista hanno assunto rispettivamente i ruoli di Direttore Soccorsi Sanitari, di Recupero e dei Trasporti. In entrambe le simulazioni è stato attivato il Posto Medico Avanzato ma a Senigallia non sono state create le aree di attesa e questo ha comportato un sovraccarico di lavoro all'interno dello stesso. Gli infermieri hanno svolto il triage START e lo SMART ed hanno assistito i feriti durante il trasporto in ospedale. Per il 95% del campione è importante utilizzare la simulazione full scale per valutare le abilità e il 28% ha provato stress per immedesimazione nell'evento. Solo una sede ha eseguito il debriefing post-simulazione; è stato suggerito di non far partecipare il personale in formazione come vittima e di inserire casi pediatrici. L'8% dei partecipanti ha partecipato ad eventi reali di maxi emergenza e la formazione è risultata molto/moltissimo importante ai fini del buon esito del soccorso.

Conclusioni

La simulazione full scale è il gold standard per la formazione del personale e permette di consolidare le conoscenze, di testare le competenze e ridurre lo stress. Gli infermieri ricoprono ruoli chiave durante tutte le fasi e sono fondamentali per le loro competenze come leader, nell'assistenza di base e avanzata.

P8
RUOLO E RESPONSABILITÀ DELL'INFERMIERE NEL RICONOSCIMENTO E TRATTAMENTO DEL BAMBINO MALTRATTATO IN TERAPIA INTENSIVA PEDIATRICA

A. Di Biaggio, M. V. De Girolamo - ASUR Marche Area Vasta 3 Civitanova Marche - de_girolamo_mv@inwind.it

Introduzione

Per maltrattamento sul bambino si intende una serie di atti o carenze tali da turbare il bambino nella sua integrità corporea, psico-fisica, intellettuale e morale provocate da un familiare o da un adulto che ha in carico il bambino e compiute con atti di trascuratezza o lesioni di carattere fisico, psichico o sessuale (Consiglio d'Europa 1981). Il 79% sono manifestazioni di maltrattamento cronico mentre il 5% sono a rischio di maltrattamento, 16% rientrano nei casi di emergenza con un coinvolgimento maggiore nelle bambine rispetto ai maschi.

Obiettivo

Fornire all'Infermiere le conoscenze per identificare segni clinici nel riconoscere il minore maltrattato con un approccio multidisciplinare che vede coinvolti anche il Pediatra, Assistente Sociale, Psicologo e Medico Legale.

Materiali e metodi

La ricerca è stata effettuata su piattaforma PubMed, database MedLine. Le parole chiave utilizzate sono: abused child, Nursing, Nursing/methods, Nursing/assessment, Outcome, studies, ultimi 5 anni, età (nascita-18 anni) e prediligendo i free-full Text, con una sintesi di 737 articoli selezionati per lettura dell'abstract, rispondenti al quesito di ricerca.

Discussione

Le principali forme di abuso sono costituite da lesioni cutanee (ustioni, ecchimosi e morsi) e da lesioni scheletriche (fratture, trauma addominale, toracico e cranico). Le ustioni rappresentano il 10% dei casi di abuso con una mortalità del 30%, mentre le fratture costituiscono il 10%-15% delle lesioni. Il trauma addominale causa sia il 50% di mortalità che di esiti gravi, mentre la "Skaken Baby Sindrome", caratterizzata da un'accelerazione e decelerazione del capo del bambino causando così la rottura dei vasi sanguigni, costituisce la forma più grave di trauma cranico, con comparsa nel bambino maltrattato di ematomi epidurali o subgaleali. Questa richiede un intervento immediato e il ricovero in Terapia Intensiva Pediatrica.

Conclusioni

La responsabilità dell'Infermiere prevede un'indagine sull'anamnesi, storia clinica e familiare, cui farà seguito la diagnosi ed esecuzione dell'esame. Il referto e la prognosi rappresentano le tappe successive e costituiscono uno strumento indispensabile per la tutela del minore maltrattato; è un obbligo di legge con segnalazione all'Autorità Giudiziaria (art.334 Cpp) sanzionabile in caso di omissione (art.365 Cp). La Legge 15/02/1996 n° 66 colloca gli abusi come reati contro a persona.

P9
APPROCCIO INFERMIERISTICO NELLA GESTIONE DEL TRAUMA CRANICO PEDIATRICO IN TERAPIA INTENSIVA NELLE PRIME 24 ORE: LINEE GUIDA DI RIFERIMENTO

A. Di Biaggio - ASUR Marche Area Vasta 3 Civitanova Marche - de_girolamo_mv@inwind.it

Introduzione

L'anatomia e la fisiologia del sistema nervoso centrale dei bambini è diversa da quella degli adulti e questo è determinante per i traumi cranici. Il metabolismo cerebrale si sviluppa rapidamente nei primi anni, pertanto i valori dell'emodinamica cerebrale degli adulti non si possono applicare ai bambini. La categoria pediatrica non è costituita da un gruppo omogeneo per le marcate variazioni a cui va incontro il bambino. Dalla nascita in poi, l'anatomia del cranio subisce molti cambiamenti, dalla scomparsa delle fontanelle alla chiusura delle suture craniche. La testa è relativamente grande nei bambini più piccoli, il torace è poco protetto, gli organi addominali sono di grandi dimensioni, la pressione intracranica è inferiore, la pressione del sangue è diversa

per età, con implicazioni sulla pressione di perfusione cerebrale. Considerando queste differenze sono necessarie delle Linee guida sul trattamento del trauma cranico pediatrico nelle prime 24 dall'evento traumatico.

Obiettivo

Fornire all'Infermiere di Terapia Intensiva conoscenze specifiche ed aggiornate sul trattamento del trauma cranico pediatrico.

Materiali e metodi

Ricerca condotta su PubMed, database MedLine. Parole chiave; children, traumatic brain injury, Pediatric TBI guideline, neurotrauma, brain, head.

Discussione

L'approccio ABCD è essenziale per fornire un trattamento tempestivo dell'ipossia e dell'ipotensione al fine di prevenire lesioni cerebrali secondarie. La pressione arteriosa deve essere mantenuta a valori normali basati sull'età per assicurare una buona perfusione cerebrale. La valutazione dello stato neurologico si basa sulla scala di Glasgow (GCS). Si identificano tre livelli di trauma, in base al punteggio GCS; lieve GCS 14-15; moderato GCS 9-13 e grave GCS ≤ 8. La testa del letto deve essere sollevata di 30°; testa- collo devono essere mantenuti nella posizione mediana neutra. Il collare cervicale deve essere della giusta misura per favorire il drenaggio venoso. Nel trauma cranico grave con segni ipertensione endocranica si somministra terapia iperosmolare con soluzione salina ipertonica a dosi comprese tra 6,5 e 10 ml/kg. Per identificare una lesione intracranica, si ricorre all'esecuzione di Tac Cranio, nell'immediato ed entro le 6-8 ore dall'evento traumatico.

Conclusioni

Questa sintesi fornisce una guida per gli Infermieri nella valutazione iniziale, stabilizzazione e diagnosi di danno cerebrale traumatico importante in età pediatrica nelle prime 24 ore.

P10
INFERMIERISTICA BASATA SULLE PROVE DI EFFICACIA IN UMBRIA: DISEGNO DI RICERCA E DATI PRELIMINARI DI UNO STUDIO DESCRITTIVO

A. Varone, M. Serrenti, C. Scarabocchi, K. Pierini, V. Piernera, F. Tinnirello, N. Ramacciati - Università degli Studi di Perugia - andro.varone96@libero.it

Introduzione

L'Evidence Based Nursing (EBN) sviluppatosi intorno agli anni '90 in seguito alla diffusione dell'EBM (Evidence Based Medicine) è un movimento che propone di basare le decisioni cliniche e assistenziali su prove di efficacia (evidenze) provenienti dalla ricerca clinica e sanitaria. L'EBN è ormai riconosciuta come il gold standard per fornire un'assistenza sanitaria sicura.

Nel sistema sanitario statunitense è un requisito che permette di mantenere il "Magnet designation status", un riconoscimento dato alle strutture ospedaliere che soddisfano criteri specifici di alta qualità assistenziale, che per gli infermieri viene certificato dall'American Nurse Credentialing Center affiliato all'American Nurses Association. In Italia la pratica basata sulle evidenze è richiamata sia da numerose norme di legge, che dal nostro codice deontologico.

Scopo

Uno studio di tipo osservazionale verrà condotto con l'obiettivo di valutare la diffusione e la percezione degli infermieri umbri riguardo all'uso dell'EBN.

Materiale e metodi

L'indagine verrà eseguita tramite somministrazione di un questionario ad hoc rivolto ad un campione stratificato di infermieri in servizio presso tutte le 4 Aziende Sanitarie presenti nel territorio umbro: Azienda Ospedaliera di Perugia, di Terni, Azienda USL Umbria 1 e Umbria 2. L'analisi statistica di tipo descrittivo indagherà le

correlazioni del ricorso all'EBN da parte degli infermieri in relazione al ruolo, età, formazione base e post-base, esperienza professionale, ambito assistenziale, atteggiamenti e consuetudini rispetto all'uso delle fonti della letteratura scientifica.

Conclusioni

Oltre a restituire una descrizione della diffusione dell'EBN tra gli infermieri umbri, attraverso l'analisi dei risultati si intende fornire alcuni elementi utili per sviluppare future strategie ed interventi miranti all'utilizzo delle pratiche infermieristiche basate sulle prove di efficacia, nello specifico contesto regionale.

P11

INFERMIERISTICA BASATA SULLE PROVE DI EFFICACIA: DISEGNO DI RICERCA E PRIMI DATI DI UNO STUDIO DESCRITTIVO SULLA DIFFUSIONE TRA I NEOLAUREATI E GLI STUDENTI DEL 3° ANNO DEL CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA DI PERUGIA

F. Tinnirello, A. Varone, M. Serrenti, C. Scarabichchi, K. Pierini, V. Piernera, N. Ramacciati - Università degli Studi di Perugia - francescotinnirello96@gmail.com

Introduzione

L'infermieristica basata sulle prove di efficacia, affermatasi a partire dagli anni '90 dopo la nascita del movimento noto come EBM (Evidence Based Medicine), è inserita a pieno titolo in quella che ormai è stata definita in ambito sanitario l'Evidence Based Practise (EBP).

Sebbene sia da tempo entrata nei programmi di studio dei corsi di laurea in Infermieristica, la comunità scientifica e professionale si è più volte interrogata sul grado di pervasività di questo approccio metodologico e pratico nelle future generazioni infermieristiche.

Scopo

Obiettivo dello studio è quello di analizzare l'orientamento all'uso delle "evidenze (prove) scientifiche" nella propria prassi assistenziale (tirocinio o recente contesto lavorativo) da parte di studenti del 3 anno di corso e neolaureati di un'università italiana del centro Italia.

Materiale e metodi

Lo studio osservazionale verrà eseguito tramite l'uso di un questionario ad hoc, somministrato agli studenti del 3° anno del C.d.L. in infermieristica dell'Università degli Studi di Perugia Sede di Perugia e neolaureati da meno di un anno provenienti dallo stesso ateneo, per un totale di circa 200 unità.

Risultati attesi

Le variabili indagate riguarderanno il supporto informativo utilizzato, le metodologie di ricerca bibliografica adottate e i comportamenti declinati nella prassi assistenziale, alla luce di alcuni fattori descritti in letteratura correlati alla reale utilizzazione dell'EBN (conoscenze, supporto, cultura e tempo).

P12

UTILIZZAZIONE DELL'EVIDENCE BASED NURSING, BARRIERE E FATTORI FACILITANTI AL SUO UTILIZZO: DISEGNO DI RICERCA E DATI PRELIMINARI DI UNO STUDIO QUALITATIVO

V. Piernera, F. Tinnirello, A. Varone, M. Serrenti, C. Scarabichchi, K. Pierini, N. Ramacciati - Università degli Studi di Perugia - veronica_piernera@hotmail.it

Introduzione

L'Evidence Based Medicine, nata negli anni '90 in campo medico, si è presto diffusa in tutti gli ambiti sanitari tanto che con l'acronimo EBN, ovvero Evidence Based Nursing si è estesa anche all'infermieristica. Le prove derivanti da studi rigorosi sono diventate il riferimento principale per un'assistenza sicura, efficace, trasparente e soddisfacente per assistiti e familiari. Tuttavia, sebbene gli infermieri si dichiarino aperti nei confronti della pratica basata sulle evidenze, l'applicazione di quest'ultime nella quotidiana è spesso problematica.

Scopo

Il presente studio si prefigge di analizzare con un approccio qualitativo l'esperienza di alcuni infermieri dell'Azienda Ospedaliera di Perugia esperti nell'implementazione dell'evidence based practice, riguardo barriere e fattori facilitanti.

Materiali e metodi

Lo strumento d'indagine prescelto è il focus group proposto a 6-10 infermieri esperti, con campionamento propositivo. L'analisi dei temi e delle essenze emergenti saranno analizzate tramite il metodo di Colaizzi e descritte secondo i criteri del COREQ (COConsolidated criteria for REporting Qualitative research)

Risultati attesi

Individuare i temi principali inerenti i fattori ostacolanti e favorevoli l'implementazione e la diffusione di pratiche assistenziali evidence based nel contesto di un'azienda ospedaliera a carattere universitario alla luce dei dati provenienti dalla ricerca internazionale.

P13

IL METODO DELLA SIMULAZIONE NEL PANORAMA DEL CRISIS RESOURCE MANAGEMENT: REVISIONE SISTEMATICA

P. Vagnarelli, G. Odoardi, G. Sorrentino - patriziavagna12@gmail.com

Introduzione

Il Crisis Resource Management (CRM) è un metodo di apprendimento, ideato dal professor Gaba (Gaba et al., 2015.), che enfatizza il fattore umano comportamentale nella gestione di un evento critico. Il principio su cui poggia è quello di sviluppare le capacità durante una situazione critica simulata e di trasferire le conoscenze su quanto è necessario fare in azioni efficaci nelle situazioni cliniche concrete.

Obiettivo

Esaminare l'efficacia della simulazione basata sui principi CRM rispetto alla tradizionale simulazione, i relativi effetti sulla performance dei team interprofessionali e i successivi cambiamenti degli outcomes dei pazienti.

Materiali e metodi

È stata condotta una revisione sistematica di studi RCT pubblicati in inglese negli ultimi 10 anni. I database consultati sono Pubmed, Cochraine Library, Scopus e Google Scholar. I termini della stringa di ricerca sono: "crisis resource management", "simulation training", "outcomes" e "High Fidelity Simulation Training". Sono stati presi in considerazione solo il livello 3 (trasferimento dell'apprendimento nel luogo di lavoro) e il livello 4 (miglioramento degli outcomes dei pazienti) del modello di valutazione della formazione elaborato da Kirkpatrick (Kirkpatrick DL & Kirkpatrick JD, 2006). Sono stati inclusi nello studio tutti i professionisti sanitari.

Risultati e discussione

La ricerca nei database ha prodotto 177 studi, di questi 6 soddisfacevano a pieno i criteri d'inclusione: 5 appartengono al livello 3 e uno al livello 4 del modello di formazione di Kirkpatrick. Tutti gli studi incentrati sulla performance del team (Kirkpatrick livello 3) hanno evidenziato un incremento significativo in almeno uno dei risultati presi in analisi. Il debriefing del team guidato ha offerto un'opportunità per i partecipanti a riflettere sull'esperienza di successo, ottenere un feedback positivo e condividere le emozioni che sono necessarie per sperimentare maggiore autostima e efficacia del team. Dai risultati ottenuti è emerso che i leader con formazione CRM abbiano acquisito maggiori capacità nel dirigere il gruppo durante le manovre di RCP. L'allenamento CRM migliora le abilità di lavoro di squadra ma non vi sono prove a sufficienza che migliori gli outcomes dei pazienti.

Conclusione

Tutti gli studi hanno almeno un esito positivo per la formazione CRM ma non è possibile raggiungere conclusioni generalizzabili a causa della varietà di interventi, metodologie e valutazione degli outcomes.

P14**L'INFORMATIZZAZIONE GARANTISCE IL MONITORAGGIO DEI NURSING SENSITIVE OUTCOMES (NSO)? STUDIO RETROSPETTIVO PRESSO LA FONDAZIONE TOSCANA GABRIELE MONASTERIO**

*L. Fialdini, D. Lucchetti, M. Tongiani, A. Ripoli, M. Vaselli, S. Baratta - Fondazione Toscana Gabriele Monasterio
fialdiniluca@gmail.com*

Introduzione

Un sistema di monitoraggio rappresenta una risorsa fondamentale per la gestione dei processi clinici e organizzativi, orientati agli esiti sensibili dell'assistenza infermieristica, al compassionate care e quindi alla qualità e all'efficacia delle cure (Grazioli, L'Infermiere, 2017).

Materiali e metodi

Arruolati i pazienti ricoverati post scampo, intervento cardiocirurgico e/o procedura emodinamica dal 1/1/2017 al 31/12/2017 con uno studio retrospettivo sugli outcomes (valutazione multidimensionale) raccolti nella cartella informatizzata. Data la distribuzione non gaussiana delle variabili, la statistica descrittiva è stata espressa con la mediana e l'intervallo interquartile. Per ogni variabile sono forniti anche gli estremi del range di variazione.

Risultati

Osservati 4720 pazienti, il 49% ricoverati nel presidio di Massa e il 51% a Pisa. VAS/NRS almeno una volta al giorno in 3736 pazienti. Il sintomo fuori range si è manifestato in 876 pazienti (numero misurazioni per ricovero: 11 [7 - 20], range: 0-127). Il dolore è stato misurato in totale 18341 volte. Barthel: 20 [19 - 20], range: 0-20, compilata entro 6 ore dall'ingresso nell'85% dei casi. Braden: 22 [21 - 22], range: 7-23, entro 6 ore nell'86%. ReTos: all'87% dei pazienti >=65 anni è stata compilata la scala a 6 ore dall'accettazione, registrando nell'anno 21 cadute.

Nell'89% dei pazienti la Mews è stata rilevata almeno una volta entro 24 ore e al 98,5% è stata rivalutata con score >=3. Nel 94,5% è stato posizionato un CVP ed a 1302 pazienti un CVC, principalmente in vena giugulare destra e rimosso mediamente in terza giornata. Nel rispetto delle pratiche della sicurezza della Regione Toscana sono stati inseriti i relativi bundle. Il 94,8% dei 250 pazienti osservati non ha subito contenzioni, al 5,20% è stata somministrata terapia specifica. Il tasso di infezione della ferita chirurgica è diminuito rispetto all'anno precedente (6,2% vs 6,8%) con osservazione durante il ricovero e follow up ad un mese. La STU risulta correttamente compilata nell'85% dei casi. Le mancate somministrazioni non motivate dal personale infermieristico si sono verificate nell'11% dei casi.

Conclusioni

L'informatizzazione ha permesso di monitorare gli indicatori sensibili all'assistenza infermieristica.

P15**PRESSIONE ARTERIOSA INVASIVA: COME EVITARE GLI ERRORI DI MISURAZIONE IN TERAPIA INTENSIVA**

*E. Simonetti, M. Rosati - Istituto G. Falusi di Massa Marittima
simonetti.ele3@gmail.com*

Introduzione

Nelle UTI il monitoraggio emodinamico e in particolare la rilevazione della PA del paziente critico risulta essere di fondamentale importanza e di totale governance infermieristica. La metodica maggiormente utilizzata è quella invasiva tramite l'incannulamento di un'arteria e un sistema di tubi e trasduttore, andando a rilevare l'onda pressoria. Il sistema è spesso influenzato da molti artefatti che ne inficiano l'attendibilità. Per ridurre al minimo il rischio di artefatti e il conseguente errore nella stima della pressione arteriosa non sono a volte sufficienti le comuni pratiche cliniche. Sono stati proposti devices che hanno lo scopo di ottimizzare il dumping del sistema tubi/trasduttore e di conseguenza ridurre fino ad eliminare l'errore delle misure.

Obiettivi

La ricerca di metodiche volte a ridurre ed eliminare artefatti. Analizzare le differenze tra rilevazione pressoria invasiva e non invasiva per migliorare l'accuratezza della rilevazione pressoria. Verificare se nei casi di under-dumping riconosciuti dall'infermiere, l'utilizzo di filtri meccanici ottimizza il dumping del sistema riducendo o eliminando gli artefatti. Lo scopo è quello di eliminare le discrepanze tra le metodiche, migliorare la morfologia dell'onda pressoria arteriosa e conseguentemente l'outcome del paziente. Indagare se gli infermieri rilevano la differenza tra: valori pressori misurati con mezzi invasivi e non invasivi e se, eventualmente, mettono in atto tutte le tecniche che hanno a disposizione per migliorare la misurazione.

La popolazione oggetto di studio è stata di 24 pazienti arruolati nell'Unità di Rianimazione generale e Medicina Critica del Policlinico Santa Maria alle Scotte di Siena, nel periodo compreso tra Luglio 2016 ed ottobre 2016. I requisiti per l'inclusione erano l'incannulamento di un'arteria periferica e una degenza che si estendesse almeno a 3 giornate in quanto le rilevazioni sono state effettuate in prima ed in terza giornata. L'onda pressoria fisiologica ideale risulta caratterizzata da: un'incisura anacrota, un picco sistolico coincidente con la pressione sistolica e un'incisura dicrota coincidente con la pressione diastolica. L'onda si crea grazie ad un trasduttore che riceve segnali in input da un catetere arterioso e da un coefficiente di dumpaggio proprio del sistema. Ovvero un coefficiente di smorzamento necessario per ogni sistema di trasduzione.

P16**"FARE DI PIÙ NON SIGNIFICA FARE MEGLIO – CHOOSING WISELY ITALY". DISEGNO DI RICERCA E PRIMI DATI DI UNO STUDIO OSSERVAZIONE SU QUATTRO RACCOMANDAZIONI INFERMIERISTICHE (AIURO, ANIMO E ANIARTI)**

K. Pierini, V. Pierner, F. Tinnirello, A. Varone, M. Serrenti, C. Scarabicchi, N. Ramacciati - Università degli Studi di Perugia - katiapierini@alice.it

Introduzione

Slow Medicine è stata fondata nel 2011 come movimento volto a promuovere processi di cura basati sull'adeguatezza, all'interno di una relazione di ascolto, dialogo e condivisione delle decisioni con il paziente. Questo movimento ormai diffusosi sia a livello nazionale che internazionale (Choosing Wisely Italy), sta raccogliendo le esigenze di cambiamento di un numero crescente di operatori sanitari, pazienti e cittadini, impegnati a gestire i problemi di salute con un nuovo paradigma culturale e metodologico. Sprechi, pratiche inappropriate, inutili, interessi confliggenti, inducono professionisti e pazienti a consumare sempre più servizi sanitari nell'illusione che sia sempre meglio fare di più per migliorare la salute. Per questo, Slow Medicine ha lanciato la campagna "Fare di più non significa fare meglio" simile a "Scegliere saggiamente" negli Stati Uniti, che mira a migliorare l'appropriatezza clinica e promuovere processi di cura basati sull'adeguatezza.

Scopo

Attraverso uno studio descrittivo si intende misurare il grado di adesione a 4 raccomandazioni di tre associazioni infermieristiche:

- n.4 Non rinnovare la medicazione del sito chirurgico nelle prime 48 ore dopo l'intervento in assenza di complicanze (AIURO).
- n.5 Non rinnovare le medicazioni avanzate poste sul sito chirurgico complicato e/o infetto con tempistiche differenti rispetto a quanto indicato dalle linee guida e dalle specifiche del prodotto (AIURO).
- n.5 Non seguire protocolli di mobilizzazione e di cura delle lesioni da pressione secondo protocolli "standard" nel paziente morente (ANIMO).
- n.5 Non mantenere routinariamente il digiuno pre-operatorio dalla mezzanotte antecedente l'intervento chirurgico d'elezione (Aniarti).

Materiali e metodi

Studio descrittivo retrospettivo (un anno) sulla documentazione clinica assistenziale (cartacea e informatica) di ricoverati operati presso 5 reparti di chirurgia dell'ospedale Città di Castello (ASL Umbria 1).

Risultati attesi

Lo studio si prefigge di delimitare il grado di adesione alle indicazioni proposte dalle tre associazioni infermieristiche in un ospedale (213 posti letto), rispetto alcune comuni prassi assistenziali per sviluppare eventuali interventi di implementazione delle raccomandazioni professionali per un'assistenza basata su una "scelta saggia".

P17

ADESIONE ALLE RACCOMANDAZIONI ANIARTI NELLE TERAPIE INTENSIVE DEL TERRITORIO UMBRO: DISEGNO DI RICERCA E DATI PRELIMINARI DI UNO STUDIO DESCRITTIVO

C. Scarabocchi, K. Pierini, V. Piernera, F. Tinnirello, A. Varone, M. Serrenti, N. Ramacciati - Università degli Studi di Perugia - crystinescarabocchi@gmail.com

Introduzione

L'Associazione Nazionale Infermieri di area Critica (Aniarti) dal 1981 promuove le competenze, la cultura e l'operatività degli infermieri di area critica. Slow Medicine, fondata nel 2011 è un movimento che propugna una medicina basata sulla relazione medico-paziente, attenta ai tempi della conoscenza reciproca, quindi fortemente centrata sul rapporto tra professionista sanitario e paziente. Il primo obiettivo della "Slow Medicine" è quello di realizzare una rete che ha come punti di riferimento i professionisti nei diversi ambiti del sistema di cura. L'associazione Aniarti, è tra le associazioni che per prime hanno proposto raccomandazioni infermieristiche, consigliando pratiche "sagge" rispetto ad altre pratiche a volte comunemente utilizzate che non portano benefici significativi ai pazienti ma, anzi, foriere di rischi inutili. L'Associazione ha fornito 5 raccomandazioni nel proprio ambito specialistico di area critica, le prime 3 verranno prese in considerazione nello studio:

1. Non sostituire ad intervalli regolari i circuiti del ventilatore meccanico per ridurre il rischio VAP
2. Non utilizzare routinariamente i DPI per l'accesso dei familiari nei reparti di terapia intensiva
3. Non eseguire aspirazioni endotracheali ad intervalli regolari, ma in base a indicatori precoci di ritenzione di secrezioni bronchiali

Scopo

L'obiettivo del presente studio è quello di valutare l'adesione alle raccomandazioni Aniarti/Slow Medicine nella prassi assistenziale delle terapie intensive umbre.

Materiale e metodi

Attraverso un'intervista strutturata rivolta ai coordinatori infermieristici dei 15 reparti di terapia intensiva umbri (Perugia, Terni, Città di castello, Gubbio, Foligno, Spoleto) verrà condotto uno studio descrittivo con l'obiettivo di valutare la diffusione e l'adesione alle raccomandazioni n. 1, 2, 3 di Aniarti/Slow Medicine.

Risultati attesi

Attraverso l'analisi dei dati si intende restituire un quadro aggiornato dello stato dell'arte rispetto le indicazioni suggerite dalle raccomandazioni Aniarti/Slow Medicine nelle realtà umbre di Terapia Intensiva e gettare le basi per future azioni di implementazione, miglioramento e sviluppo delle raccomandazioni nello spirito della medicina e assistenza "sobria, rispettosa e giusta".

P18

LESIONI DA PRESSIONE FACCIALI NEI PAZIENTI CON ARDS SOTTOPOSTI A PRONAZIONE

F. Binda, F. Marelli, D. Turriciano, A. Galazzi, T. Mauri, I. Adamini - Fondazione IRCCS Ca' Granda - Ospedale Maggiore Policlinico - filippo.binda@policlinico.mi.it

Introduzione

La pronazione è un intervento terapeutico per migliorare l'ossigenazione nei pazienti affetti da ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome) sottoposti a ventilazione meccanica. Diversi studi in letteratura hanno valutato la sicurezza e l'efficacia della pronazione nei pazienti, tuttavia la posizione prona sembra aumentare il rischio

di insorgenza di lesioni da pressione (LDP), in particolare nel distretto facciale.

Scopo

Rilevare l'incidenza di LDP nel distretto facciale dovute alla pronazione in pazienti con ARDS.

Materiale e metodi

Studio retrospettivo che include tutti i pazienti sottoposti a pronazione per almeno 12 ore ricoverati presso la Rianimazione Generale dell'Ospedale Maggiore Policlinico nel periodo 2013-2017. La scala di Braden è stata utilizzata come indicatore del rischio di sviluppare LDP all'ammissione in terapia intensiva mentre per la stadiazione delle LDP è stato impiegato il sistema di classificazione NPUAP (National Pressure Ulcer Advisory Panel). Insieme al report delle LDP sono stati registrati altri dati come età, sesso, BMI, durata della degenza in terapia intensiva, supporto ECLS e mortalità.

Risultati

119 pazienti sono stati sottoposti ad almeno un ciclo di pronazione: 47 (39.5%) hanno sviluppato almeno una LDP. La maggior parte delle lesioni dovute alla pronazione sono localizzate al volto (56.8%): mento (21.5%), naso (18.4%) e zigomo (16.9%). In totale, 19 pazienti (40.4%) riportano 3 lesioni cutanee presenti contemporaneamente in sedi anatomiche diverse. Nel gruppo di pazienti con LDP, la mortalità è stata del 48.9% vs 29.2% ($p=0.03$); mentre il 57.4% dei pazienti con LDP ha necessitato di un supporto ECLS (ECMO veno-veno). Il punteggio della scala di Braden, all'ammissione, è molto simile per i due gruppi (10 ± 3).

Discussione

I pazienti con almeno una LDP hanno un tasso di mortalità più elevato e la maggior parte di essi ha bisogno del supporto ECMO. Il punteggio della scala di Braden ha identificato il rischio elevato per entrambi i gruppi ma con scarsa specificità. La maggior parte delle LDP sono localizzate al volto: questo suggerisce come la procedura attuale (applicazione di una medicazione idrocolloidale ultra-sotile sulla cute integra) non sia sufficiente e occorra introdurre nella pratica clinica nuove misure preventive per proteggere la cute.

P19

PREVENZIONE MDRO CON L'IGIENE TOTALE: CLOREXIDINA VS SAPONE NEUTRO

S. Pulvirenti, F. Capuzzi, G. Di Gioia, V. Rapisarda, L. Ricci - AOU Maggiore della Carità di Novara simone.pulvirenti@maggioreosp.novara.it

Introduzione

Le infezioni correlate all'assistenza sono una delle principali cause di morbilità e mortalità tra i pazienti ricoverati in ospedale. È stato stimato che in Europa, ogni anno, oltre 4 milioni di pazienti acquisiscono un'infezione correlata all'assistenza e che queste provocano circa 37.000 morti. Per contrastare la diffusione degli organismi multiresistenti (MDRO multidrug-resistant organism), i Centers for Disease Control and Prevention raccomandano un approccio omnicomprensivo, fondato su evidenze scientifiche. Una nuova strategia per la prevenzione e riduzione dello sviluppo di infezioni MRDO è rappresentata dall'utilizzo della clorexidina, come citato dalle linee guida dove viene già indicata come antisettico di riferimento per alcune procedure.

Obiettivo

Verificare la validità o meno dell'utilizzo di salviette imbevute di clorexidina al 2% per eseguire l'igiene totale dei pazienti, con il fine di diminuire la casistica di persone infette da MDRO. Tale procedura è stata attuata in un periodo che va dal 12 Aprile 2017 al 22 Novembre 2017 presso la SCU Rianimazione dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria Maggiore della Carità di Novara. Il periodo di paragone è quello compreso dal 1° Gennaio 2014 all'11 Aprile 2017, durante il quale è stato utilizzato il sapone neutro per le pratiche di igiene totale.

Risultati

I risultati prodotti, anche se privi di vera significatività statistica a causa dell'esiguo numero di campione, hanno rilevato un'efficacia della clorexidina al 2% nel ridurre l'incidenza dello sviluppo di infezioni sostenute da MDRO in terapia intensiva. L'analisi dei dati dice chiaramente che durante il periodo esaminato, la media delle persone infette è del 0,0081136% contro uno 0,0315048% rispetto ad un periodo unico dal 1° Gennaio 2014 all'11 Aprile 2017.

Conclusioni

Si suggerisce di intraprendere uno studio in merito all'effettiva efficacia della clorexidina in termini di riduzione dello sviluppo di MDRO in terapia intensiva, che coinvolga più strutture e avente un numero di campione più vasto così da poter ottenere risultati significativi dal punto di vista statistico, cercando infine di creare un protocollo di igiene dei pazienti ricoverati in unità di terapia intensiva che sia in grado di ridurre il tasso di infezioni sostenute da MDRO.

P20

INDAGINE RETROSPETTIVA SULLA RIMOZIONE DEI CATETERI VENOSI CENTRALI CORRELATA A SOSPETTO DI SEPSI NEI PAZIENTI IN TERAPIA INTENSIVA

*S. Pulvirenti, F. Capuzzi, N. Guarnieri, P. Santomauro - AOU Maggiore della Carità Novara
simone.pulvirenti@maggioreosp.novara.it*

Obiettivo

L'obiettivo è di valutare la percentuale di colonizzazione dei Cateteri Venosi Centrali nel reparto di Rianimazione dell'ospedale di Novara, rimossi per sospetto di sepsi catetere correlata e analizzati tramite coltura microbiologica della punta del CVC, attraverso uno studio retrospettivo.

Materiali e metodi

Studio retrospettivo condotto tramite l'analisi di un database di pazienti del Centro di Rianimazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Maggiore della Carità" di Novara. Sono stati inclusi nello studio tutti pazienti portatori di Catetere Venoso Centrale, che sono stati ricoverati per almeno 72 ore in Terapia Intensiva e a cui almeno un CVC è stato rimosso per sospetta sepsi catetere correlata. Sono stati esclusi dallo studio i pazienti con età inferiore ai 18 anni al momento del ricovero, tutti i pazienti che al momento del ricovero presso la S.C. Rianimazione avevano un'infezione in corso, i pazienti portatori di PICC. Il database iniziale è stato creato includendo i pazienti che sono stati ricoverati in Terapia Intensiva per almeno 72 ore dal 01/01/2015 fino al 14/10/2017.

Risultati

A 201 pazienti è stato rimosso almeno un CVC per sospetta sepsi catetere correlata. I 201 pazienti inclusi nello studio avevano un'età media di 57,3 anni con come età minore 18 anni e maggiore 85 anni. Sono stati rimossi in tutto 300 CVC, la punta è stata tagliata sterilmente e inviata ad analizzare per una coltura microbiologica al laboratorio dell'ospedale ed è risultato che 59 Cateteri venosi centrali (19,7%) erano stati colonizzati e 241 (80,3%) erano negativi a qualsiasi microorganismo.

Discussione

Lo studio ha rilevato un'alta percentuale (80,3%) di CVC rimossi per sospetto di CRBSI, che non erano colonizzati da nessun microorganismo, in accordo con altri risultati rilevati in letteratura. Visti i risultati dello studio che hanno rimarcato un problema già segnalato in letteratura, quale quello delle molteplici rimozioni non necessarie di CVC per sospetto di CRBSI, si attende che metodi conservativi già valutati come il DTP, vengano ulteriormente studiati e comparati al metodo standard così da divenire pratica clinica quotidiana in molte realtà, non sottoponendo più i pazienti a manovre invasive non necessarie.

P21

FATTORI E INTERVENTI NON FARMACOLOGICI CHE INFLUENZANO IL SONNO IN TERAPIA INTENSIVA: REVISIONE DELLA LETTERATURA

S. Gullino, M. Caruso - IRCCS Fondazione Policlinico San Matteo - sabinainf1@gmail.com

Introduzione

Decenni di ricerca hanno costantemente identificato il sonno come un problema comune e potenzialmente deleterio che colpisce i pazienti nell'unità di terapia intensiva (ICU). E' risaputo che l'ospedalizzazione crea alla persona un disagio tale da alterare i bisogni di base, tra cui il ritmo circadiano sonno-veglia. La letteratura internazionale enfatizza l'importanza della valutazione e promozione del sonno in Terapia Intensiva, tuttavia l'assistenza infermieristica sembra trattare l'argomento con leggerezza e superficialità.

Obiettivo

Indagare i fattori che alterano il ritmo circadiano sonno-veglia e quali interventi non-farmacologici mettere in atto per favorire la qualità del sonno in Terapia Intensiva.

Materiali e metodi

E' stata condotta una revisione della letteratura attraverso l'interrogazione delle principali Banche Dati Biomediche PubMed, Cinahl, Cochrane Library, Scopus.

Risultati

Diversi studi hanno dimostrato come la riduzione della luce e del suono e la minor frequenza a letto del paziente, rappresentano i principali interventi per garantire un adeguato ritmo sonno-veglia; inoltre l'aromaterapia (con olii essenziali), la musico-terapia nelle ore diurne, l'uso di tappi per le orecchie e mascherine facciali possono contribuire ad aumentare la qualità del sonno.

Conclusioni

Sono delle pratiche che possono contribuire a migliorare la qualità del sonno, in maniera soggettiva, tuttavia si evidenzia come tra i professionisti c'è una bassa implementazione di protocolli di promozione del sonno, nonostante diversi studi evidenziano che l'applicazione di questi ultimi non aumenta di molto la durata del sonno. Pertanto, c'è la necessità di ricerche ben progettate e condotte per rafforzare le prove sull'uso di interventi non farmacologici, al fine di migliorare il sonno nei pazienti delle ICU.

P22

QUANDO LA REALTÀ SUPERA L'IMMAGINAZIONE: IL LAVAGGIO POLMONARE MASSIVO NEI PAZIENTI AFFETTI DA PROTEINOSI ALVEOLARE

*G. Messina, G. Rodi, P. Borella, A. Quaini, G. Grugnetti, A. Massara, S. Valdrighi - Fondazione IRCCS San Matteo Pavia
giusy.messina@hotmail.it*

Introduzione

La Proteinosi alveolare polmonare (PAP) descritta nel 1958, è una sindrome rara caratterizzata dall'accumulo di materiale correlato al surfattante all'interno degli alveoli e dei macrofagi alveolari che causa un quadro restrittivo con alterata diffusione dei gas polmonari e conseguente sintomatologia che spazia da una sostanziale asintomaticità a insufficienza respiratoria grave potenzialmente mortale. Il trattamento principale per la PAP è il Lavaggio Polmonare Massivo (WLL) che permette di controllare le fasi acute di scompenso della malattia. La Rianimazione 1 della Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia è uno dei pochi centri in Europa ad effettuare questa complessa procedura.

Scopo

Diffondere la conoscenza di questa problematica presentandola casistica del nostro centro, ricercare in letteratura ciò che viene fatto per prevenire le possibili complicanze e ottimizzare l'assistenza durante questa procedura complessa.

Materiali e metodi

Studio osservazionale retrospettivo sui pazienti affetti da PAP che hanno eseguito la procedura WLL presso l'Anestesia e Rianimazione 1° del Policlinico San Matteo in un periodo da Gennaio 1990 a Febbraio 2017. Sono stati effettuati 126 trattamenti di WLL in 67 pazienti.

Risultati

Una valutazione statistica completa dei casi dei pazienti affetti da PAP non è possibile perché si è riscontrato una difficoltà nell'identificare questa patologia nelle aree geografiche meno avanzate; i casi di PAP sono descritti in tutto il mondo. In particolare il Giappone ha pubblicato una casistica con incidenza e prevalenza delle persone affette da PAP primitiva del 0,49 e 6,2 per milione rispettivamente, rapporto maschi-femmine 2:1 e 1:1, età media alla diagnosi di 51 anni, storia di fumo e di esposizione a polveri rispettivamente del 56% e del 23%. I pazienti affette da PAP secondaria rappresentano circa il 10%.

Le complicanze rilevate dagli studi condotti presso la fondazione IRCCS Policlinico San Matteo nell'U.O. di Rianimazione 1° dall'anno 1990 fino al 2016 sono: breve fase di ipertermia nelle 24 ore successive (50%); avulsione dentaria (2%); lesione della mucosa all'ingresso del bronco sinistro (1%); aspetti ischemici transitori all'ECG (2%); neuropatia transitoria da compressione di un arto.

Conclusioni

In letteratura non sono stati trovati articoli e lavori specifici.

P23

INTENSIVE CARE: DISCHARGE PLANNING

N. Lemma, S. Zerulo - Asl Roma 2 - 67nicola67@gmail.com

Introduzione

La riammissione dei pazienti in terapia intensiva (T.I.) è considerato un indicatore di qualità dell'assistenza. I tassi di riammissione in T.I. riportati in letteratura, si attestano tra il 4 e il 14%. Diversi studi hanno identificato i fattori di rischio predittivi per la riammissione in T.I. tra i quali l'età > 39 anni, il sesso femminile, la malattia ischemica, i disturbi polmonari, la polmonite, la malattia cerebrovascolare, la sepsi, l'insufficienza cardiaca, il diabete mellito, la malattia polmonare cronica ostruttiva, ecc. Un'adeguata valutazione dei pazienti ritenuti a rischio da parte del personale infermieristico di T.I. prima del trasferimento in aree di degenza a minore intensità di cura, ma anche un opportuno supporto tecnico agli infermieri di queste aree assistenziali, può contribuire a ridurre sensibilmente l'incidenza delle riammissioni in T.I.

Obiettivi

Migliorare gli outcomes dei pazienti trasferiti dalla T.I. verso reparti a minore intensità di cura, prevenendo le riammissioni in T.I. attraverso un'adeguata gestione assistenziale del paziente trasferito dalla T.I. Promuovere la collaborazione tra il personale infermieristico delle aree critiche e quello delle aree di degenza medica e chirurgica allo scopo di aumentare le skills nella gestione assistenziale del paziente critico anche attraverso momenti di addestramento /formazione on-the-job.

Progetto

L'avvio del progetto è avvenuto il 1 dicembre 2017; il 28 febbraio 2018 è terminato il primo periodo di sperimentazione. Al momento del trasferimento, compilazione della scheda DIS-hand-off. Successivamente attivazione del la consulenza discharge intensive care. L'intervento è registrato sulla documentazione assistenziale.

Risultati

Una prima verifica dei risultati della sperimentazione è stata effettuata a marzo 2018 con 133 valutazioni DIS eseguite su 32 pazienti dimessi evidenziando che, solo la 3° valutazione DIS, eseguita dopo 24 ore dalla dimissione, ha presentato variazioni significative. Il tasso di riammissione pari al 3,2%, trend in diminuzione rispetto ai dati emersi dall'analisi del 2016, in cui il tasso pari al 15,62%.

Conclusioni

In coerenza con il trend delle valutazioni, si prevede che dopo la DIS al momento della dimissione, la prima valutazione venga eseguita dopo circa 24 ore, con le dovute indicazioni circa il percorso "discharge planning" più idoneo a quel paziente: procedere con il percorso standard, programmare un percorso urgente o innescare il percorso on demand.

P24

LA RESILIENZA: UN CONFRONTO TRA REPARTI

W. De Luca, R. Rossetti, M. Sbaffi, P. Ricchiuto - Asur Marche AV1 - delucawalter92@gmail.com

Introduzione

La resilienza è divenuta un tema rilevante in ambito di ricerca infermieristica. Si tratta di un'abilità innata che può essere migliorata nel tempo e risulta fondamentale per superare le difficoltà. La sua importanza è data dall'influenza che ha nel comportamento sul lavoro e nella vita extra lavorativa. Una scarsa resilienza spesso causa burnout e PTSD con conseguenze che si ripercuotono sui pazienti. Si è quindi ritenuto opportuno approfondire l'argomento.

Obiettivo

L'obiettivo dello studio è valutare la resilienza degli infermieri e confrontare reparti di area critica e non.

Materiali e metodi

A seguito di ricerca bibliografica sull'argomento è stato condotto uno studio osservazionale tramite il questionario CD-Risc tradotto e validato in italiano. Il reclutamento è avvenuto tramite il social network Facebook attraverso il quale è stato somministrato il format online del questionario coinvolgendo gruppi infermieristici e gli ordini OPI.

Risultati

Sono pervenuti 394 questionari compilati e si è proceduto alla valutazione di 331 di questi poiché 63 sono stati esclusi in quanto incompleti.

Hanno partecipato 267 donne e 64 uomini; l'età media è 35,55 anni; la moda è 27 anni; la mediana 32 anni; l'esperienza lavorativa media è di 10,95 anni.

I questionari, dotati di scala Likert, consentono una valutazione della capacità di resilienza con un punteggio compreso tra 0 e 100 e sono stati valutati separatamente sulla base della tipologia di reparto. È emerso che in area critica il 32,41% ha ottenuto una valutazione insufficiente.

P25

L'UMIDIFICAZIONE DEI GAS INSPIRATI COME STANDARD DI CURA

V. Santoro, M. Rosati - verasantoro30@gmail.com

Introduzione

L'umidificazione dei gas inspirati è sempre richiesta quando il paziente respira attraverso una via artificiale. Le vie aeree superiori forniscono il 75% del calore e umidità agli alveoli. Se l'umidità richiesta agli alveoli è 44 mg/L ma le vie aeree superiori vengono by-passate, la parte che l'umidificatore deve fornire sarà 33 mg/L. Spesso si deve scegliere un umidificatore attivo piuttosto che uno passivo.

Materiali e metodi

Nell'U.O. Rianimazione e Medicina critica dell'AOUS è stato intrapreso uno studio osservazionale in un periodo compreso tra settembre e ottobre 2017, includendo 13 pazienti sottoposti a ventilazione meccanica invasiva, mediante tubo o tracheostomia, protratta per un lungo periodo, affetti e non da patologie respiratorie. Sono stati esclusi i minori di 18 anni e i pazienti in respiro spontaneo nonostante la presenza di una cannula tracheostomica. È stata prevista una raccolta dati durante il periodo indicato.

Risultati

I dati sono stati sottoposti ad analisi statistica di tipo descrittivo; a conclusione della raccolta dati sono state effettuate delle lezioni frontali ad ogni turno di infermieri, aperte anche ad altri professionisti sanitari, durante le quali sono stati descritti i dispositivi in uso nel reparto e i dispositivi di nuova generazione, è stata rimarcata la necessità ed importanza dell'umidificazione attiva laddove le condizioni cliniche lo permettano e sono stati discussi, infine, i punti di forza e i punti deboli della pratica clinica.

Dall'analisi dei dati è risultato che non vi sono rilevanti differenze tra i due sistemi in termini di efficacia, su un totale di 173 rilevazioni 46 volte le secrezioni si sono dimostrate fisiologiche con un filtro passivo (HCH 01) e 37 con uno attivo (Hygrovent®™ Gold), le restanti rilevazioni mancano perché non riportate in cartella dall'operatore. L'efficacia può però essere compromessa se il tipo di umidificazione non viene adeguatamente scelto e gestito dall'infermiere. È stato osservato che non sempre vengono seguite le Linee Guida e la definizione delle caratteristiche delle secrezioni risulta soggettiva nonostante Suzukawa et Al. suggeriscano un metodo di classificazione, utilizzato per tale studio.

Conclusioni

Al termine dello studio è stata elaborata una flow chart come Guida per l'infermiere e resa disponibile all'interno della Rianimazione, viene utilizzata ancora oggi dagli operatori e questo porta al conseguimento dei due obiettivi principali: evitare complicanze a un paziente in condizioni cliniche già critiche e favorire gli scambi gassosi.

P26

INFUSION TEAM SVILUPPO DI UNA RETE PROVINCIALE

M. Baricchi, D. Vezzali - Azienda UsI Reggio Emilia - fmbaricchi@libero.it

Introduzione

L'assistenza al paziente con necessità assistenziali complesse richiede la disponibilità di un accesso venoso per garantire supporto farmacologico, idratazione, prelievi ematici, infusioni di nutrienti e di emoderivati. I dispositivi venosi ad inserzione medio-brachiale periferici (Midline, Mini Midline) o centrali (Picc), costituiscono una innovazione tecnologica che ha cambiato l'approccio al sistema venoso del paziente. I Picc (peripherally inserted central catheter) possono attualmente essere considerati la soluzione di prima scelta per pazienti ospedalizzati che necessitano di un accesso venoso centrale e per i pazienti domiciliari che necessitano di un accesso venoso per tempi prolungati. Questi dispositivi costituiscono la migliore risposta alla crescente necessità di ottenere per ogni paziente, in ospedale e a domicilio, una via venosa stabile e sicura, conseguita e mantenuta con il minor rischio possibile e il miglior rapporto costo-beneficio. Il sistema sanitario della provincia di Reggio Emilia è organizzato in un ospedale hub e 5 ospedali spoke. L'attività di impianto di Picc, Midline e Mini Midline è presente in modalità strutturata solo nell'ospedale di Reggio Emilia. L'obiettivo del progetto è creare un percorso integrato tra distretti ospedalieri e rete territoriale provinciale, per garantire il bisogno di somministrazione farmacologica, attraverso un accesso venoso periferico o centrale a tutti gli utenti.

Materiali e metodi

Proponiamo l'istituzione di un team medico-infermieristico dedicato, che si occupi di impianto e gestione di device venosi, suggerendo un servizio di "counseling" e formazione ai colleghi. Proponiamo un modello organizzativo che garantisca la presenza del team in ogni distretto ospedaliero, prevedendo lo spostamento dei professionisti piuttosto che dei pazienti.

Risultati

I risultati attesi prevedono: la garanzia di un accesso venoso stabile per effettuare le terapie nei pazienti con indicazione di impianto dei device, la riduzione di tempi d'attesa per l'inizio dei trattamenti, la sicurezza nell'infusione di terapie irritanti, vescicanti e necrotizzanti, il mantenimento del patrimonio venoso, maggior efficienza dei processi clinici, minor utilizzo di risorse economiche.

Conclusioni

L'istituzione di un team selezionato che operi seguendo tecniche e materiali di impianto evidence based, unitamente ad una corretta gestione dei presidi, garantisce una assistenza sicura, efficiente ed efficace, in termini di riduzione delle complicanze e dei costi in carico alle aziende.

P27

COMPETENZE INFERMIERISTICHE E ACCESSI VASCOLARI: L'ESPERIENZA DI PERUGIA

R. Scotti, A. Galzerano, A. Gili, S. Mosca - scioti.rita@gmail.com

Introduzione

Nell'ultimo ventennio un nuovo dispositivo si è affermato nel panorama degli accessi vascolari: il PICC. Per l'infermiere si parla di nuove competenze e responsabilità. L'impianto dei PICC presuppone del personale altamente specializzato e per questo motivo il dispositivo ha un valore aggiunto nei confronti dei tradizionali accessi vascolari centrali; le aziende che decidono di formare personale e si dedicano a questo tipo di organizzazione decidono di lavorare sulla costo-efficacia e sulla qualità dell'assistenza.

Obiettivi

Analizzare efficacia ed efficienza del PICC Team nell'azienda ospedaliera di Perugia.

Materiali e metodi

È stata condotta un'indagine retrospettiva dell'attività del PICC Team di Perugia dal Marzo 2016 al Marzo 2017 includendo tutti i pazienti che hanno posizionato il PICC in Sezione Angiografica. È stata inoltre studiata la storia clinica del dispositivo per rilevare le complicanze tardive.

Risultati

La popolazione corrisponde a 345 pazienti di cui 11,01% sono stati i riposizionamenti a causa delle complicanze tardive: sanguinamenti del sito di inserzione 1,45%, infezioni per il 2,03%, malfunzionamenti per il 5,51%. Tra gli utilizzi si rileva associazione statistica positiva solo per la nutrizione parenterale con $p=0,043$. Confrontando il numero di lumi utilizzati non si evidenzia associazione statistica positiva, ma comunque una tendenza dell'aumento dei riposizionamenti all'aumentare dei lumi.

Discussione

I risultati sono in accordo con la letteratura. Per migliorarli è importante il timing iniziale del paziente candidato all'impianto: molto spesso si presenta già con un patrimonio venoso compromesso che predispone a complicanze ed è auspicabile saper distinguere questi casi, dove è necessario un CICC. Per ridurre ulteriormente i malfunzionamenti si deve lavorare con più attenzione nella gestione delle infusioni di nutrizione riservando un lume esclusivo e non sottovalutando il lavaggio tra farmaci per evitare precipitati.

Conclusioni

Da questo studio si conferma il PICC come un dispositivo affidabile durante il posizionamento e la gestione, permettendo all'azienda di Perugia di raggiungere la qualità di altri ospedali nazionali ed internazionali, che hanno permesso di unire sicurezza e praticità per chi impianta, gestisce o riceve il posizionamento.

P28**FATTORI DI RISCHIO DELLA PERSONA CHE COMPROMETTONO L'ACCESSO AL PATRIMONIO VENOSO PERIFERICO: REVISIONE DELLA LETTERATURA**

S. Gulino, M. Caruso - IRCCS Policlinico San Matteo Di Pavia - sabinainf1@gmail.com

Introduzione

Croce e delizia di ogni infermiere, l'accesso venoso (AV) è spesso tra le prime procedure, se non la prima, che si effettua, in ambito ospedaliero. La letteratura internazionale e nazionale lo ha più volte definito come difficile a seguito di 2 tentativi falliti, sostenendo che la difficoltà dell'incannulamento può essere dovuta a molti fattori come il genere, l'invecchiamento e la comorbidità dei pazienti, l'esperienza del personale sanitario, il calibro della cannula e il sito d'inserzione. Tuttavia, è stata data poca attenzione alle condizioni cliniche ed ai fattori di rischio della persona che compromettono il patrimonio venoso rendendo difficoltoso l'incannulamento periferico.

Obiettivo

Lo scopo di questo studio è quello di indagare se vi sono dei fattori di rischio della persona che ne compromettono il patrimonio venoso, causando difficoltà nel reperire l'accesso venoso periferico (PVA).

Materiali e metodi

È stata condotta una revisione della letteratura attraverso l'interrogazione delle principali Banche Dati Biomediche PubMed, Cinahl, Scopus, Cochrane Library.

Risultati

Diversi sono i fattori di rischio predittivi della difficoltà nel reperire l'AV, come le continue veni-punture causate dalle malattie croniche (e.g. diabete, abuso di droghe intravenose) o le caratteristiche della persona (e.g. obesità, magrezza, invecchiamento), il genere, le ustioni, le dimensioni della cannula e l'esperienza dell'operatore.

Conclusioni

Nonostante i diversi fattori di rischio della persona che rappresentano un ostacolo al reperimento dell'AV, sono di fondamentale importanza la valutazione clinica del patrimonio venoso, l'utilizzo dell'eco-guida durante l'incannulazione periferica, ma anche la formazione dell'operatore.

P29**SOFFERENZA MORALE E DEPERSONALIZZAZIONE: STUDIO OSSERVAZIONALE MULTICENTRICO SULLA RILEVANZA DEL PROBLEMA NEGLI INFERMIERI DI TERAPIA INTENSIVA, HDU CARDIOLOGICA E ONCOLOGIA MEDICA DEI PRESIDII OSPEDALIERI SAN GIOVANNI DI DIO DI FIRENZE E SANTO STEFANO DI PRATO**

F. Gheri, A. Maglione, L. Innocenti - 118 Firenze-Prato AUSL Toscana Centro - flavio.gheri@uslcentro.toscana.it

Razionale

Nella pratica quotidiana l'infermiere si trova spesso a fronteggiare dilemmi e decisioni che coinvolgono i propri valori etici e morali. L'impossibilità di agire secondo questi, per ostacoli organizzativi o per pressioni dei colleghi, porta allo sviluppo di Moral Distress e Burnout Syndrome. Questi fenomeni si influenzano a vicenda e sono dovuti principalmente all'esecuzione di terapie ritenute inefficaci ed infatti si riscontrano maggiormente negli infermieri di Terapia Intensiva e Oncologia Medica. Le manifestazioni cliniche principali sono depersonalizzazione, esaurimento emotivo, rabbia, frustrazione, distacco e inaridimento con conseguente diminuzione della qualità assistenziale erogata.

Materiali e metodi

Studio osservazionale multicentrico condotto da settembre a Ottobre 2017 su 110 infermieri afferenti ai setting di Terapia Intensiva, HDU cardiologica e Oncologia Medica di due Presidi Ospedalieri dell'Azienda USL Toscana Centro. Al campione sono state somministrate anonimamente ed in presenza, due scale validate

ed affidabili, la Moral Distress Scale-Revised (MDS_R) e la Maslach Burnout Inventory (MBI), con lo scopo di valutare la presenza, il livello e la correlazione tra sofferenza morale e depersonalizzazione.

Risultati e discussione

I risultati ottenuti dall'analisi dei dati sul campione mostra una scarsa presenza di Burnout Syndrome in base alla MBI ove ogni item è valutato su scala Likert da 0 (mai) a 6 (ogni giorno), il valore medio è risultato 1,79. Lo score ottenuto moltiplicando frequenza e disagio degli item che compongono la MDS_R mostra come il valore del Moral Distress sia sotto valore medio, infatti entrambe le componenti della MDS_R potevano essere valutate tramite scala Likert con valori tra 0 (mai/nessuno) e 4 (molto spesso/molto), considerando come positivi valori sopra 7, mentre il valore medio è risultato 3,87. Per quanto riguarda la correlazione tra i due fenomeni si evidenzia un'influenza non troppo forte ($p=0,452$).

Conclusioni

L'analisi dei dati raccolti mostra un valore medio basso relativo alla MBI, indice di una scarsa presenza di Burnout Syndrome nel campione. Anche il fenomeno del Moral Distress è risultato scarsamente presente negli infermieri dei setting analizzati, infatti lo score medio dato dal prodotto delle due componenti della MDS_R, frequenza e disagio, è stato inferiore rispetto al cut off per la positività. Infine troviamo una correlazione tra i due fenomeni, ma non molto forte.

anarti



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