

#anianti2016

we care
il lavoro di assistere

SUPP. SCENARIO 2016; 33 (3);



35°

Congresso nazionale Anianti

A B S T R A C T B O O K



MEDIA PARTNERS
Nurse24!t
LIBERTÀ D'INFORMAZIONE INFERMIERISTICA

RIMINI, 9 • 10 • 11 NOVEMBRE 2016

PALACONGRESSI

We Care, il lavoro di assistere



associazione nazionale infermieri di area critica

INFORMAZIONI:

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

Informazioni Varie: Segreteria iscrizioni **Aniarticoop**
e-mail: aniarti@aniarti.it; Cell. 340-4045367; Fax +39-0267072294.

Lunch congressuale: il pranzo è previsto solo il giorno 10 novembre dalle ore 12.30 – 14.30 in sede congressuale. L'organizzazione assicurerà una continua distribuzione per permettere ai congressisti di visitare l'esposizione dei poster, la visione dei video e/o altre iniziative facoltative.

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

Iscrizioni esclusivamente online previa registrazione
dei propri dati personali richiesti, su:

<http://wp.aniarti.it/events/35-congresso-nazionale-aniarti-2016/>

CODICE QR PER TUTTE LE INFORMAZIONI SUL CONGRESSO



Sede Congressuale

**RIVIERA
DI RIMINI
CONVENTION
BUREAU**



Event & Conference Business Unit

Palacongressi di Rimini
Via Monte Titano, 152 - 47923 Rimini (RN)
Tel. +39 0541 711500 - Fax +39 0541 711505
clienti@riminifiera.it - www.riminiconvention.com

Prenotazioni Alberghiere



AIA Palas Soc. Consortile ARL
Via Baldini, 14 - 47921 Rimini
Tel. 0541 305874 - Fax 0541 305879
info@aialapas.it - www.aialapas.it

35° **We Care, il lavoro di assistere**

Congresso nazionale Aniarti

OBIETTIVI DEL CONGRESSO

Costituzione Italiana Art. 1: L'Italia è una Repubblica democratica, fondata sul lavoro.

- Favorire la consapevolezza del valore del prendersi cura nel lavoro di assistenza;
- Fornire indicazioni sulle nuove caratteristiche dell'assistenza infermieristica in area critica;
- Declinare l'assistenza come strumento di equità sociale e redistribuzione anche economica;
- Favorire l'elaborazione di fattori culturali che, a partire dall'assistenza, possano influenzare la convivenza.

PRESENTAZIONE DEL CONGRESSO

Il *lavoro* è l'espressione più significativa delle relazioni umane organizzate.

Il lavoro per recuperare le vite e garantire la loro piena/possibile sostenibilità futura, è sfida continua e idea tanto utopica quanto indispensabile, per un progresso vero della società. L'economia in questa fase turbolenta, drammatica, ma anche avvincente, della storia nostra, deve favorire l'evoluzione e garantire la distribuzione delle opportunità positive, soprattutto verso i più svantaggiati.

Prendersi cura, per scelta professionale, delle persone in assoluto meno autonome, a volte per la stessa sopravvivenza – come in area critica, rappresenta un emblema e una *vision* ideale a cui l'intera società dovrebbe guardare per fare sempre le proprie scelte con l'ottica delle priorità vissute.

L'*assistere* come *lavoro*, deve pertanto essere caricato di una valenza del tutto nuova: non più un impiego/dispendio di risorse pubbliche, ma lungimiranza che genera economia perché ri-genera un vivere più avanzato e più pienamente umano. Questo, in una concezione dell'economia che non sia sistema per facili guadagni, ma che torni ad essere impegno razionale e solidale per il bene-vivere della collettività.

Come coniugare allora, economia, risorse, assistenza buona, qualità di vita cercata da tutti? Come reinterpretare l'equità anche nella salute, in un mondo che, di fronte alle violenze, non si rassegna più a soccombere? Come – a breve – faremo incidere il nostro *pensiero* di infermieri nella indispensabile rivisitazione del modello sociale? Come restituire dignità riconosciuta al lavoro del *prendersi cura* a fronte della martellante esaltazione soltanto del *nuovo* e dei risultati della *cura*?

Cercheremo e proporremo le nostre risposte.

A partire dal We care! gli infermieri Aniarti elaborano ed offrono nuovi orizzonti.

PROGRAMMA DEFINITIVO

9 NOVEMBRE 2016 - MATTINO

9.30-12.00

- Apertura di AniartiPoint
- Apertura della sessione Poster a concorso
- Apertura della sessione Video a concorso (Aniarti/Nurse24.it)

Evento aperto ai cittadini

Infermieri e cittadini: campagna "la buona scuola" (joint venture con "Campagna Viva")

L'evento, riservato agli studenti del-



la Scuola Secondaria di 1° grado di Rimini, è volto a promuovere la sensibilizzazione e l'apprendimento delle tecniche di rianimazione cardiopolmonare, che devono far parte della educazione sanitaria universale.

Esperti infermieri formatori BLS/D presentano le basi teoriche della rianimazione cardiopolmonare a cui seguiranno simulazioni di apprendimento pratico. L'attività è concordata con gli Istituti scolastici e rientra nella programmazione formativa degli stessi.

12.30-14.30

Lunchtime:

mostra scientifica - sessione poster - sessione video - incontri per gruppi di interesse

9 NOVEMBRE 2016 - POMERIGGIO

14.00-18.00 Sala della Piazza

Saluti e presentazione del Congresso

Fabrizio Moggia - Presidente Aniarti

1. WORKSHOP - SALA DELLA PIAZZA

Gestione del traumatizzato grave dalla strada al Pronto Soccorso

ATCN® Italia- Gianluca Vergano, Fabrizio Pignatta, Andrea Mastroeni, Giuseppe Galanti, Maurizio Murgia, Stefano Raffaghelli, Lavinia Testa, Fabrizio Fiorentino, Mauro Sotgia

14.30-16.15

Sessione 1 - La gestione del trauma maggiore in ambiente extra-ospedaliero - Caso clinico interattivo

- La valutazione della scena: stessa importanza dell'ABCDE
- Scena del crimine: quali segnali, come avvicinare la scena e quali regole seguire durante le manovre di soccorso
- Quando l'infermiere lavora in contesti difficili: quali peculiarità e formazione specifica
- Le competenze infermieristiche sui mezzi di soccorso intermedio: grande attualità
- Incidente maggiore e triage: storia e modelli a confronto

16.15-18.00

Sessione 2 - La gestione del trauma maggiore in ambiente intra-ospedaliero - Caso clinico interattivo

- Passaggio di consegne fra extra ed intra-ospedaliero: come comunicare
- Trauma team: fondamento indispensabile per la buona gestione del paziente traumatizzato
- Trauma cranico: simulazioni interattive ed evidenze
- L'ecografia infermieristica applicata al trauma maggiore: sempre più realtà
- Linee-guida A.T.L.S.®/A.T.C.N.® per l'assistenza al paziente traumatizzato grave: lo stato dell'arte

2. WORKSHOP - SALA DELLA MARINA Infermieri e lavoro nella globalizzazione

14.30-18.00

Sessione 1 - L'assistenza ai migranti

Nuove competenze e nuovi ruoli degli infermieri per contribuire nell'ambito della gestione e dell'assistenza al fenomeno della migrazione che per le sue peculiarità ha assunto proporzioni mondiali.

Rappresentante Medici senza Frontiere

Sessione 2 - L'infermiere e la cooperazione i possibili ruoli e le competenze

L'esperienza del Medical Coordinator di Emergency
Luca Radaelli, Medical Division Coordination

L'esperienza dell'Health Manager nella Cooperazione Internazionale allo Sviluppo "A proposito di altri mondi" ONLUS

Christian Foti, Responsabile Associazione

Sessione 3 - Il lavoro nell'epoca della globalizzazione: lavorare nel mondo

Il fenomeno della migrazione dei professionisti: non solo un posto di lavoro, ma un diverso status.
Giampiera Bulfone, Corso di Laurea in Infermieristica di Udine,

Rachele Degli Esposti, St. Bartholomew's Hospital (Barts Health NHS Trust), Londra

3. WORKSHOP - SALA DEL TEMPIO 1 La comunicazione nell'ambiente di lavoro

14.30-18.00

Sessione 1 - La comunicazione come strumento: siamo sicuri di avere questa competenza?

Una lettura e una riflessione sull'utilizzo della comunicazione e sulla sua importanza nell'ambito dei rapporti di lavoro.

Nicola Donti, UO Sviluppo, Qualità e Comunicazione AUSL Umbria 1 - Perugia

Sessione 2 - Tecniche di comunicazione: la comunicazione strutturata nei team e la comunicazione con i parenti

Le tecniche di comunicazione e la sua struttura nell'ambito della gestione dei team e dei processi di lavoro.

La comunicazione con i parenti e con i genitori.
Giovanna Manca, Marianna Napolitano

Sessione 3 - La comunicazione istituzionale e i nuovi mezzi di comunicazione

Utilizzare le nuove tecnologie e i nuovi mezzi di comunicazione, come e cosa comunicare, cosa è cambiato.

Ferdinando IacuanIELLO NURSE 24®

4. WORKSHOP - SALA DEL TEMPIO 2 L'infermiere tra rispetto dell'organizzazione e nuove responsabilità

Luca Benci, Giurista, Firenze

14.30-18.00

- Le problematiche dell'applicazione delle 11 ore di riposo giornaliero.
- Le competenze avanzate e specialistiche: il dibattito in corso.
- I nuovi parametri della responsabilità professionale: dalla legge Balduzzi e al ddl Gelli. Obbligo dell'assicurazione obbligatoria per i professionisti dipendenti?
- La casistica giurisprudenziale più recente in tema di responsabilità professionale.

Area Aniantipoint - Incontri per gruppi di interesse

Assemblea annuale dei Soci Aniarti (1ª convocazione)

10 NOVEMBRE 2016 - MATTINO

Apertura del congresso salute degli ospiti invitati

9.00-10.00 Sala della Piazza

INTRODUZIONE AL 35° CONGRESSO

Fabrizio Moggia, Presidente Anarti

- **La filosofia del "care"**

Luisa Saiani, Professore Ordinario Scienze Infermieristiche generali, Cliniche, Pediatriche, Università degli Studi di Verona

- **La politica degli esiti sull'organizzazione e sull'assistito: una nuova visione oltre il nursing sensitive outcome**

Paola Di Giulio, Professore Associato di Infermieristica Università degli Studi di Torino

10.15- 11.15 Sale Parallele

TERAPIA INTENSIVA - SALA DELLA PIAZZA

- **La mobilitazione precoce e progressiva in terapia intensiva.**

Alessandra Negro, L. Cabrini, S. Colombo, A. Zangrillo, G. Villa, D.F. Manara, A. Perduca, L. Miconi, M. Dossi, C. Radaelli, L. Rinaldi, M. Marazzi - IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano. Università Vita-Salute, San Raffaele, Milano.

negro.alessandra1@gmail.com

Background. I pazienti critici ricoverati in Terapia Intensiva, sottoposti a ventilazione meccanica, trascorrono lunghi periodi di tempo immobilizzati a letto, con note conseguenze fisiche e psicologiche. La mobilitazione precoce e progressiva è stata introdotta come componente dell'ABCDE bundle, ma risulta essere una delle fasi più complesse da implementare, soprattutto nelle Terapie Intensive italiane, caratterizzate spesso dall'assenza di fisioterapisti e dal rapporto infermiere/paziente diverso da 1:1, riscontrabile nel mondo anglosassone e statunitense.

Obiettivo. Osservare l'implementazione della mobilitazione precoce e progressiva, nella Terapia Intensiva generale Ospedale S. Raffaele di Milano, dove non è presente la figura del fisio-

terapista.

Materiali e metodi. Da novembre 2014 vengono monitorati episodi di mobilitazione avanzati: dangling, out of bed e deambulazione. Sono stati considerati i pazienti ricoverati per più di 24 ore.

Risultati. Nel periodo post implementazione sono stati ammessi 470 pazienti, di cui 97 sono stati mobilitati (21%). Il numero di pazienti mobilitati in Ventilazione Assistita Meccanica è aumentato progressivamente. Gli eventi avversi sono stati rari e mai gravi (ipotensione, desaturazione, panico, fibrillazione atriale). Il numero di personale coinvolto nelle sessioni di mobilitazione è rimasto costante nel tempo (2,1 DS 1-4).

Conclusioni. Dai dati emersi si evince la fattibilità e la sicurezza della mobilitazione precoce e progressiva gestita ed eseguita esclusivamente dal personale infermieristico della Terapia Intensiva. Non è tuttavia sufficiente a raggiungere la precocità e la sistematicità ottenuta nei centri con personale dedicato.

- **Ristagno gastrico e Postura Prona: un vero od un falso problema?**

Alberto Lucchini, Ilaria Bonetti, Gloria Borrelli, Nicola Calabrese, Sara Volpe, Stefano Elli - ASST Monza, Ospedale S.Gerardo.

a.lucchini@asst-monza.it

Obiettivo. Comparazione della quantità di ristagno gastrico in pazienti sottoposti a postura supina e a postura prona durante nutrizione enterale.

Materiali e metodi. Studio osservazionale retrospettivo su pazienti posizionati in postura prona presso la terapia intensiva generale dell'ASST Monza nel periodo compreso tra gennaio 2014 ed agosto 2015 per patologie mediche e non chirurgiche. Tutti i pazienti arruolati erano sottoposti a ventilazione meccanica, prono-supinazione e nutrizione enterale gestita secondo il protocollo aziendale.

Risultati. Sono stati arruolati 25 pazienti con un'età media di 51,13±15,93 (range: 16-80) anni. Le rilevazioni di ristagno gastrico investigate sono state 656, di cui 408 in posizione supina e 248 in

posizione prona. La velocità media della nutrizione enterale è risultata essere di $63,33 \pm 18,48$ ml/h con un valore di $62,09 \pm 18,92$ ml/h in posizione supina e di $66,2 \pm 16,53$ ml/h in posizione prona. Dalle rilevazioni del ristagno gastrico si è riscontrato un valore medio globale di $24,38 \pm 54,15$ ml rispettivamente di $20,62 \pm 18,92$ ml in posizione supina e $23,62 \pm 50,02$ ml in posizione prona. In 4 rilevazioni, 2 in posizione supina e 2 in posizione prona, si è riscontrato un ristagno gastrico > 300 ml; in una sola di queste quattro rilevazioni si è reso necessario sospendere la nutrizione enterale poiché il ristagno gastrico risultava essere > 500 ml e il paziente era in posizione supina.

Conclusioni. Dai dati ottenuti si è riscontrato che non ci sono sostanziali differenze di ristagno gastrico in posizione prona rispetto a quella supina, pertanto non risultano esserci controindicazioni alla somministrazione della nutrizione enterale nei pazienti durante le ore di pronazione. E' possibile evidenziare che i dati ricavati sono frutto del protocollo in uso presso il reparto di terapia intensiva, protocollo che consente una buona gestione del ristagno gastrico permettendo una corretta, sicura ed efficace alimentazione anche in quei pazienti sottoposti per più ore alla pronazione.

• **Fattori predittivi di esito avverso in una popolazione di pazienti dimessi dalla Terapia Intensiva. Studio longitudinale prospettico.**

*Andrea Valenti - Istituto di Anestesia e Rianimazione, Azienda Ospedaliero Universitaria di Trieste
Cecilia Marino, Gianfranco Sanson - Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Trieste*

valentiandrea052@gmail.com

Introduzione. I pazienti sono considerati idonei alla dimissione dalla Terapia Intensiva (TI) quando le funzioni vitali sono stabilizzate e non sono più necessari monitoraggio e cure intensive. Tuttavia, alla dimissione per molti pazienti permane un elevato rischio di un successivo deterioramento della condizione clinica e del verificarsi di esiti avversi. Tali esiti vanno consi-

derati potenzialmente prevenibili e comportano aumento dei costi e della durata della degenza ospedaliera.

Obiettivi. Verificare l'incidenza di eventi avversi nei pazienti dimessi da Terapia Intensiva e le variabili predittive.

Materiali e metodi. Studio osservazionale prospettico condotto in una Terapia Intensiva dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Trieste nel periodo marzo-settembre 2015. Sono stati inclusi tutti i pazienti consecutivi ricoverati per almeno 24 ore. Sono stati esclusi i pazienti in stato terminale o dimessi per cure palliative. Sono stati considerati eventi avversi la riammissione in TI, il decesso nel reparto di trasferimento e una degenza post-TI > 30 giorni.

Risultati e conclusioni. Sono stati arruolati 148 pazienti. Il tasso complessivo di eventi avversi è risultato del 31,1% (25% in reparti chirurgici, 47,6% medici, 22,7% aree intensive/semintensive). Le analisi bivariate hanno evidenziato un'associazione significativa fra il verificarsi di esiti avversi e la presenza di tracheostomia, nutrizione enterale, elevati score ViEWS, APACHE II e IDA-V (dipendenza assistenziale e stabilità clinica), ridotti valori di P/F o emoglobina, maggiore durata della degenza in TI o della ventilazione meccanica, presenza di tosse inefficace e trasferimento in medicina/chirurgia. L'analisi multivariata ha evidenziato un significativo potere predittivo per il livello di dipendenza assistenziale ($p=0,017$; OR=0,803) e la tosse inefficace ($p=0,034$; OR=3,255); tali fattori risultano di estrema rilevanza assistenziale.

È necessario stratificare il rischio per tali pazienti, stabilendo criteri clinico-assistenziali di dimissibilità dalla Terapia Intensiva e identificando i reparti adatti a gestire la fase post intensiva in termini di competenza specifica e risorse assistenziali.

EMERGENZA /URGENZA - SALA DEL TEMPIO 1

- **Il processo di Handover tra sistema 118 e Dipartimenti Emergenza Urgenza: uno studio osservazionale prospettico.**

Nicola Ramacciati, Enrico Lumini, Sofia Salaris, Riccardo Baldi, Laura Rasero, - Università degli studi di Firenze
enrico.lumini@unifi.it

Background. Negli ultimi anni, all'interno dei sistemi sanitari, è cresciuta sempre più l'attenzione dedicata al processo di handover, letteralmente "consegna" inteso come passaggio di responsabilità e condivisione delle informazioni riguardo ai pazienti. Numerosi studi sono stati fatti su come avviene, sulle conseguenze di uno scarso handover e su come può esser reso più efficace. Manca però un gold standard e mancano corsi di formazione che preparino i professionisti a svolgere al meglio questa pratica. Nell'ampio materiale che si ritrova sull'handover però scarseggiano gli studi nell'ambito dell'area critica e in Italia sono ancora poche le ricerche sullo scenario del triage.

Materiali e metodi. L'obiettivo è quello di misurare la qualità del processo di handover così come viene vissuta dagli attori principali e confrontare le percezioni con le osservazioni sul campo riguardo a qualità e contenuto (esaminando eventuali omissioni e punti critici) della comunicazione tra infermieri che portano il paziente con l'ambulanza e infermieri del DEA che li ricevono. Si è utilizzata la Handover Evaluation Scale (HES, O'Connell, 2008). Il processo di Handover tra equipaggi sanitari del 118 e DEA dell'AOU Careggi di Firenze è stato osservato con l'ausilio di una checklist SBAR (Situation, Background, Assessment, Request). I questionari e le osservazioni sono state effettuate nel periodo ottobre 2015 – febbraio 2016.

Risultati. Al questionario hanno risposto 65 infermieri. La percentuale di adesione al questionario si aggira intorno al 56%. Lo strumento ha mostrato una buona validità di costrutto confermando una alfa di Cronbach sempre a struttura fattoriale a 3 dimensioni con valori del >0,80. Pochi rispondenti hanno ricevuto formazione in materia di handover. Per la percezione sembra che l'handover sia importante ed efficace ma che richieda troppo tempo. Bassi gli scores registrati nella dimensione integrazione e supporto

che evidenziano stress e clima di lavoro scadente. Sono stati osservati 80 processi di handover: in media ha una durata di 4 minuti e in relazione alla checklist SBAR, le informazioni (voci) comunicate sono 6/7 al massimo per ogni handover. Si nota che il processo non è standardizzato, infatti vi è un'elevata variabilità nell'ordine di comunicazione delle informazioni.

Conclusioni. Necessario effettuare formazione, lavorare sul clima di lavoro e sull'integrazione tra le due Unità Operative. Dallo studio viene formulata una proposta di elementi standard che potrebbero essere una base di riferimento per la creazione di uno strumento condiviso.

- **Il quinto codice di triage: un progetto pilota.**
Onorina Passeri, Paola Bosco, Marta Chiara, Monica Pecorino - Fondazione IRCCS Ca' Granda Policlinico di Milano
comita63@libero.it

Premessa. Il costante sovraffollamento del Pronto Soccorso e le ripercussioni negative sui diversi aspetti della qualità delle cure e della sicurezza degli utenti hanno indotto le strutture sanitarie ad un'attenta analisi e monitoraggio del fenomeno e all'introduzione di correttivi mirati. Nel corso degli anni è maturata la consapevolezza di definire e promuovere un nuovo modello organizzativo con percorsi clinico assistenziali basati sul livello di intensità di cura a garanzia della continuità assistenziale nell'utilizzo efficace/efficiente delle risorse disponibili.

Scopo. Sperimentare nel Pronto Soccorso (PS) Generale della Fondazione Ca' Granda dell'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano il sistema di triage con codifica a 5 livelli di priorità ad integrazione del modello organizzativo per intensità di cura già in uso.

Materiali e metodi. E' stata effettuata un'attenta revisione della letteratura e delle evidenze disponibili, in particolare sono state oggetto di studio la Raccomandazione Ministeriale n. 15, del febbraio 2013, le linee Nazionali 1996 e 2001, le nuove linee d'indirizzo per il triage in Pronto Soccorso-Proposta del Coordinamento Nazionale Triage di Pronto Soccorso. Queste ul-

time propongono un sistema di triage a 5 livelli di priorità in ordine crescente (emergenza, urgenza, urgenza differibile, urgenza minore, non urgenza) con codificati i tempi massimi di attesa per singolo livello, tempi e modalità di rivalutazione. Sono state analizzati algoritmi e schede di triage e definito un progetto pilota. Il progetto prevede l'adozione di un sistema di triage a 5 livelli di priorità con assegnazione del livello 3 (urgenza differibile) e 4 (urgenza minore) agli utenti a cui attualmente viene assegnato il codice verde (50-60% degli accessi), per effettuare un ulteriore screening e individuare all'interno di questi pazienti quelli che pur presentando condizioni stabili e assenza di rischio evolutivo necessitano di prestazioni complesse e attivazione del trattamento entro 60 minuti (urgenza differibile).

Risultati. E' stato effettuato uno studio retrospettivo con analisi delle schede di triage di tutti gli utenti con codice verde afferenti al PS nella prima settimana di luglio (450 schede). Sono stati individuati secondo i criteri descritti in monitor 29 i casi che rientrano nei livelli 3 e 4. E' stato elaborato un nuovo algoritmo che verrà testato a breve.

Conclusioni. L'attivazione del 5° codice risulta fondamentale per poter garantire l'applicazione delle nuove proposte in tema di triage e completare il modello organizzativo basato su tre flussi (alta, media e bassa intensità assistenziale) già operativo da un anno che ha fornito buoni risultati in termini di presa in carico, attivazione del trattamento appropriato, riduzione dei passaggi di informazioni (consegne). Persiste tuttavia la criticità relativa ai tempi di ingresso per i livelli 4 e 5 e ai tempi di permanenza globale degli utenti.

- **La somministrazione "difficile" in pronto soccorso: analgesia intranasale come alternativa all'endovenosa.**

*Raffaele Di Mauro, Valentina Di Silvio - Asl Vercelli
raffaele.dimauro@hotmail.it*

Introduzione. Il dolore rappresenta la causa più frequente per la quale un paziente accede

al Pronto soccorso. Un'analgesia appropriata è opportuno garantirla per motivi clinici ed etici. La terapia endovenosa (EV), in alcuni casi, può ritardare l'analgesia e bisognerebbe utilizzare una via di somministrazione alternativa che dia gli stessi benefici terapeutici.

Obiettivo. Valutare se la somministrazione di analgesici per via intranasale (IN) apporti gli stessi benefici della somministrazione EV.

Materiali e metodi. È stata condotta una revisione della letteratura utilizzando motori di ricerca pertinenti quali TRIP DATABASE e PUB-MED. Sono state consultate anche riviste italiane "di settore". Per lo studio sono stati arruolati 11 articoli scientifici e 3 linee guida.

Conclusioni. La via di somministrazione IN, utilizzando un atomizzatore MAD, risulta semplice da gestire e ben tollerata dai pazienti rispetto alla somministrazione EV. Gli effetti analgesici sono simili se vengono somministrati farmaci biocompatibili in dosi adeguate. È preferibile avvalersi della via di somministrazione IN per pazienti pediatriche o adulti nei quali è difficoltoso reperire un accesso vascolare. Questo studio potrebbe stimolare la stesura di protocolli operativi utilizzabili da infermieri Triagisti per un'immediata risposta ai pazienti che accedono al Sistema Sanitario Nazionale con dolore severo.

ORGANIZZAZIONE - SALA DEL TEMPIO 2

- **La persona assistita in medicina d'urgenza e la qualità del sonno: uno studio osservazionale prospettico**

*Antonella Dragonetti, Maria Giuseppina Garripoli
- ASL TO2 ospedale S.G. Bosco
antonella.dragonetti@aslto2.piemonte.it*

Introduzione. Dormire è un bisogno fondamentale della persona ed è per questo una componente essenziale della salute e del benessere in tutte le fasi della vita. In letteratura numerosi studi evidenziano come la qualità della vita della persona ricoverata, sia ampiamente danneggiata dall'impossibilità di riposare e più di 50% delle persone presenta disturbi del sonno durante

la degenza.

Obiettivo. Descrivere la qualità del sonno delle persone assistite in una struttura di terapia subintensiva di un presidio sanitario torinese dopo l'attuazione di interventi di miglioramento del comfort per favorire il riposo notturno.

Materiali e metodi. Studio osservazionale prospettico di tipo quantitativo su un campione non randomizzato. È stato utilizzato un questionario già presente in letteratura, sviluppato e validato in uno studio del 2012 da Freedman et al. tradotto dal gruppo di lavoro infermieristico della struttura e utilizzato nella prima parte dello studio. I dati del primo studio (2014, 50 pazienti) sono stati confrontati con i dati del secondo studio (2015, 50 pazienti), ovvero dopo aver attuato alcune modifiche sulla base delle problematiche emerse nel primo studio, per poter valutare l'efficacia degli interventi messi in atto per favorire il sonno delle persone ricoverate.

Risultati. Il disturbo del riposo notturno indotto dai 13 fattori indagati (rumore, allarmi, voci, campanelli, telefoni, luci, rilevazione parametri vitali, esami diagnostici, prelievi, attività infermieristiche, somministrazione terapia, aerosol, dolore) con il questionario risulta essere complessivamente diminuito e per 10 fattori di essi si evidenzia un p-value inferiore a 0,05.

Conclusioni. Lo studio ha permesso di descrivere la qualità del sonno percepita dalle persone degenti in una medicina d'urgenza e terapia subintensiva in cui da qualche anno gli infermieri hanno deciso di affrontare il problema del riposo notturno al fine di prendere decisioni per migliorarlo. I risultati hanno dimostrato l'efficacia degli interventi intrapresi dall'equipe infermieristica per migliorare la qualità del sonno delle persone ricoverate.

• **Il lavoro del prendersi cura. Una analisi sulla responsabilità infermieristica alla luce di recenti orientamenti giurisprudenziali.**

Marco Zucconi, Rosita Morcellini - P.O. DPS Azienda Ospedaliera di Perugia

Teresa Rea - AOU Federico II° Napoli

marco.zucconi@email.it

Introduzione. Nell'ultimo ventennio, per effetto di alcune norme di legge, per l'evoluzione universitaria del percorso formativo e per alcuni cambiamenti socio-culturali avvenuti, la professione infermieristica ha finalmente acquisito l'espressione di professione intellettuale, che le conferisce un notevole ampliamento dei livelli d'autonomia d'esercizio ma anche, parallelamente, un ugual livello di responsabilità. La responsabilità dell'infermiere si coniuga indissolubilmente con i concetti di attività e di competenza e assume il significato di impegnarsi per mantenere un comportamento congruo e corretto; si esprime quindi nella capacità di rispondere ai bisogni dell'assistito. I riferimenti per poter analizzare la responsabilità professionale derivano non solo dalle norme per l'esercizio professionale, ma anche dagli orientamenti della dottrina giurisprudenziale e dalle sentenze emanate, soprattutto da parte della Cassazione.

Scopo. La ricerca analizza l'evoluzione del concetto di responsabilità infermieristica attraverso alcuni recenti orientamenti giurisprudenziale basati su casi di colpa professionale.

Metodi. È stata condotta una ricerca su banche dati giuridiche on-line relativamente a sentenze penali che hanno riguardato infermieri per fatti accaduti negli ultimi 20 anni, con successiva analisi critica di quanto trovato.

Risultati. Negli anni c'è stato un aumento di sentenze che riguardano la professione infermieristica. Dall'analisi della giurisprudenza si evidenzia come è ormai superata, anche se non sempre tutte le sentenze rispettano questa lettura, la concezione dell'infermiere responsabile esclusivamente della corretta esecuzione di indicazioni altrui, riferite per lo più alla somministrazione della terapia, all'esecuzione di procedure e alla sorveglianza dei pazienti. Nell'analisi della responsabilità professionale, alla luce della evoluzione normativa e con riferimento alla colpa come inosservanza delle regole di perizia, prudenza e diligenza o di leggi, norme e regolamenti, l'infermiere, è titolare del proprio atto sanitario, transitando da una responsabilità limitata e circoscritta all'assunzione di responsabilità dell'atto infermieristico, come delineato nel

DM 739/94 e realizzato in base alle competenze acquisite con la formazione di base e post base e ne risponde, in quanto portatore di una specifica posizione di garanzia. Da notare poi l'importanza data dalla giurisprudenza alla documentazione assistenziale, all'utilizzo di una metodologia di lavoro basata sulle evidenze e al rispetto delle volontà della persona assistita.

• **Complessità assistenziale, instabilità clinica e attività infermieristica in una medicina d'urgenza**

Patrizia Di Giacomo, Francesca Savini, Annamaria Carlini - Azienda Usl Romagna, sede Rimini iotricia@alice.it

Background. Il modello organizzativo per intensità di cure si basa sulla valutazione della complessità clinica clinico e dei bisogni di assistenza e richiede l'utilizzo di scale di valutazione. L'organizzazione dell'U.O. di Medicina d'Urgenza dell'ospedale Infermi di Rimini si basa su questo modello e utilizza le scale Modified Early Warning Score (Subbe et al. 2001, 2006) per la valutazione dell'instabilità e la Ray score per la complessità assistenziale (Nardi et al, 2012).

Obiettivo. Descrivere il livello di instabilità e complessità assistenziale nelle persone ricoverate in una Medicina d'Urgenza e verificare l'eventuale relazione fra il peso rilevato in base alla MEWS e alla RAY e le attività infermieristiche svolte.

Materiali e metodi. E' stato condotto uno studio retrospettivo, in base al precedente studio pilota (Carlini et al. 2014), su 201 pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco, BPCO e sepsi, tra Dicembre 2014 e Luglio 2015. I dati sono stati raccolti dalla documentazione informatizzata, mediante una scheda costruita ad hoc nel precedente studio per rilevare caratteristiche demografiche, diagnosi d'ingresso, indici di complessità assistenziale e di intensità clinica, e le attività infermieristiche svolte. I dati sono stati elaborati per le frequenze e le medie, per le differenze fra le medie è stata utilizzata ANOVA.

30 – 12.30 Sale Parallele

TERAPIA INTENSIVA II - SALA DELLA PIAZZA

• **Controllo ecografico del posizionamento del catetere venoso centrale e individuazione dello pneumotorace post procedura eseguito dall'infermiere in terapia intensiva: un'alternativa alla radiografia del torace.**

Federico Moggia, Lesya Melnyk, Sara Lessi, Viviana Grasso, Barbara Ignazzi, Giulia Adriano, Loredana Mariotti, Francesco Corradi – Ente Ospedaliero Ospedali Galliera.
chiccomoggia@gmail.com

Obiettivo. Dimostrare l'utilità dell'ecografia vascolare infermieristica per valutare il malposizionamento di Catetere Venoso Centrale (CVC) e Pneumotorace (PNX) al fine di evitare l'esecuzione di radiografia del torace post-procedurale.

Materiali e metodi. In seguito al posizionamento medico del CVC in terapia intensiva, la prassi corrente è quella di chiedere una radiografia del torace di controllo per confermare il corretto posizionamento. Le ultime linee guida consigliano l'utilizzo dell'ecografia toracica e dell'ecocardiografia per confermare il corretto posizionamento del CVC.¹

Risultati: E' stato condotto uno studio prospettico su 67 posizionamenti di CVC su pazienti adulti ricoverati in terapia intensiva. Al termine della procedura, è stata eseguita un'ecocardiografia con mezzo di contrasto costituito da una miscela di soluzione fisiologica e bolle d'aria, allo scopo di evidenziare la presenza e il posizionamento della punta del catetere.

Un controllo ecografico bilaterale in M-mode, è stato eseguito per individuare la presenza di eventuale PNX post procedurale, quindi è stata eseguita una radiografia del torace a seguito del posizionamento del CVC, assunta come standard di riferimento.

In 3 pazienti l'ecografia ha individuato un malposizionamento in vena giugulare interna, mentre in 2 pazienti ha dimostrato un malposizionamento in atrio destro. Il test ha dimostrato una sensibilità del 100% e una specificità del 95%, il

valore della K di Cohen è di 0,74, con un'accuratezza del 95%.

Il tempo medio per eseguire un'ecografia è risultato essere di 8 + 3 minuti, contro un tempo di 30 + 20 minuti per la radiografia del torace.

Conclusioni. La stretta concordanza tra l'ecografia infermieristica e lo standard (Radiografia del torace) per individuare malposizionamenti del CVC, giustifica l'utilizzo dell'ecografia per ottimizzare l'utilizzo delle risorse e limitare l'esposizione ai raggi del paziente e l'utilizzo del tempo. La radiografia del torace, resta necessaria solo quando le condizioni del paziente rendano impossibile una finestra ultrasonografica.

Bibliografia

1) FRANKEL HL1, KIRKPATRICK AW, ELBARBARY M, BLAIVAS M, DESAI H, EVANS D, SUMMERFIELD DT, SLONIM A, BREITKREUTZ R, PRICE S, MARIK PE, TALMOR D, LEVITOV A. *Guidelines for the Appropriate Use of Bedside General and Cardiac Ultrasonography in the Evaluation of Critically Ill Patients-Part I: General Ultrasonography*. Crit Care Med. 2015 Nov;43(11):2479-502.

• Passaggio di consegne in terapia intensiva: uno studio osservazionale.

Francesca Pepe

francesca.pepe@hotmail.it

Introduzione. Il momento del passaggio di consegne, soprattutto in Terapia Intensiva, rappresenta il punto da cui partire per poter fornire un'assistenza infermieristica adeguata ed efficace. L'obiettivo principale dello studio consiste nel valutare se durante il passaggio di consegne vengono rispettate tutte le fasi del metodo SBAR (Situation, Background, Assessment, Request/Recommendation). L'obiettivo secondario, tende a misurare il numero di interruzioni, la loro natura e le loro caratteristiche.

Materiali e metodi. È stato effettuato uno studio osservazionale, attraverso l'utilizzo di una apposita checklist costruita in base all'analisi della letteratura: sono state dapprima ascoltate e in seguito analizzate le consegne di 4 reparti intensivi dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Perugia. Sono state ascoltate e rilevate 50

consegne per ogni reparto, per un totale di 200 consegne e sono stati presi in esame circa 65 infermieri.

Risultati e Discussione. Nel 50% dei casi l'infermiere utilizza dei reminder (blocchi, fogli...) per le consegne ma solo il 35% delle consegne registrate segue il metodo SBAR. Tra le distrazioni rilevate il 64% sono causate da allarmi del monitor multiparametrico e circa il 10% dal ventilatore automatico. Il tempo medio di consegne di 40 secondi per paziente già ricoverato all'interno de reparto.

Conclusioni. I risultati dimostrano un'ampia variazione negli stili di consegna. Un processo di handover esclusivamente verbale non rappresenterebbe una procedura efficace, e risulterebbe incline alla perdita di dati significativi. L'uso attento di prendere appunti durante la consegna sarebbe in grado di migliorare notevolmente la quantità di informazioni conservate, così come l'uso di un foglio prestampato e regolarmente aggiornato, contenente informazioni importanti dei pazienti, eliminerebbe quasi del tutto la possibilità di perdere dati importanti durante la consegna.

Bibliografia

1) BENAGLIO C, PIFFER L, SPEROTTO S, VEZZOLI M, ALBANESE S, PIVA E. *Modelli innovativi della continuità dell'assistenza: dalle consegne alle consegne al letto del malato*. Assistenza infermieristica e ricerca, 2006 p. 105-108.

2) BISCARO M, BENETTON M. *Il passaggio di consegne tra Emergenza Territoriale e Pronto Soccorso: studio osservazionale con metodo SBAR*. Scenario 2014(1), p. 2-7.

3) BULFONE G, SUMATHY M, GRUBISSA S, PALESE, A. *Trasferire efficacemente informazioni e responsabilità attraverso le consegne: revisione della letteratura*. Assistenza infermieristica e ricerca, 2012, p. 91-101.

QUALITÀ DI VITA, FINE VITA ED ETICA SALA DEL TEMPIO 1

• Il fine vita in Pronto Soccorso: riflessione sulla letteratura internazionale.

Luca Resta

Nicola Ramacciati, Medicina del Dolore- Azienda Ospedaliera Perugia.
luca_resta92@libero.it

Introduzione. Il fine vita in Pronto Soccorso è un ambito assistenziale che ha delle criticità e che necessita di essere indagato.

Metodo. Revisione narrativa della letteratura internazionale nelle banche dati Pubmed e CINAHL, utilizzando le parole chiave: emergenza, infermiere, fine vita, assistenza infermieristica nel fine vita; includendo articoli in lingua inglese ed italiana, dal 2011 al 2015.

Risultati. Sono stati presi in esame 16 articoli. Dall'analisi, è emerso che il Pronto Soccorso non è un luogo dove morire per la presenza di numerose barriere (elevata complessità assistenziale, carenza di infermieri, sovraffollamento degli assistiti). Inoltre l'assistenza al morente e la gestione dell'evento morte causa nell'infermiere una serie di sentimenti contrastanti. La revisione ha individuato alcuni suggerimenti, da attuare per migliorare l'assistenza: redistribuzione dei carichi di lavoro, aumento del tempo diretto di assistenza, creazione di programmi di training e di supporto, implementazione di protocolli e linee guida.

Conclusioni. La gestione del fine vita in Pronto Soccorso presenta alcune lacune da colmare. L'obiettivo da raggiungere è quello di garantire un'assistenza infermieristica di qualità.

Bibliografia

- 1) RAMACCIATI N. *Quando si muore in Pronto Soccorso: approccio ai vissuti emozionali*. Scenario 2010; 27(2): 37.
- 2) RESTA L, RAMACCIATI N. *Assistenza infermieristica nel fine vita in Pronto Soccorso: revisione narrativa della letteratura*. Scenario (submitted).
- 3) DECKER K, LEE S, MORPHET J. *The experiences of emergency nurses in providing end-of-life care to patients in the emergency department*. Australas Emerg Nurs J 2015; 18(2): 68-74.

• Somministrazione del questionario EQ-5D ai pazienti sottoposti ad ecmo veno-venosa.

Alessandro Galazzi, A. Brambilla, G. Grasselli, A. Pesenti - Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale

Maggiore Policlinico.

A. Lucchini, G. Foti - *Terapia Intensiva Generale, Ospedale S.Gerardo, ASST Monza, Università degli Studi di Milano-Bicocca*.

R. Fumagalli - *Terapia intensiva Generale, Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Università degli Studi di Milano-Bicocca*

alessandro.galazzi@gmail.com

Introduzione. L'ECMO (extra corporeal membrane oxygenation) può aumentare la sopravvivenza in caso di ARDS. In letteratura ci sono pochi studi che valutano gli outcome e la qualità della vita dei pazienti sottoposti a questo trattamento.

Obiettivo. Valutare la percezione della qualità della vita nei pazienti sottoposti a ECMO Venovenosa dopo la dimissione dalla terapia intensiva (TI).

Materiali e metodi. Studio osservazionale mediante somministrazione telefonica del questionario EQ-5D. Popolazione arruolata: pazienti sottoposti a ECMO V-V negli anni 2013-2015 presso la TI generale dell'A.O. S.Gerardo di Monza.

Risultati. I pazienti sottoposti ad ECMO V-V nel periodo indagato sono stati 40. I pazienti deceduti in TI sono stati 14 (40%). I dimessi vivi sono stati 26 (60%). L'intervista telefonica è stata possibile in 17 (42.5%) pazienti. La mediana relativa alla durata del supporto ECMO nei pazienti arruolati per lo studio è stata pari a 19 giorni (IQR: 15-33), mentre la degenza in TI è stata pari a 37 giorni (20-79). Gli intervistati presentano una diminuzione della qualità della vita negli item relativi al dolore (59%), seguiti dalle problematiche legate alla mobilitazione (47%) e all'ansia (47%). La qualità della vita percepita dai pazienti è del 70% (IQR: 70-80).

Discussione. Le problematiche riscontrate sono in accordo con i pochi studi riportati in letteratura su questa specifica popolazione di pazienti.

Conclusioni. La maggior parte dei pazienti (76%) riferisce uno stato di salute buono. Lo studio pilota suggerisce la necessità di proseguire ed istituzionalizzare il servizio di follow-up.

• **Rilevanza di ricordi ed esperienze della persona al risveglio dal coma su assistenza e qualità di vita post-ricovero.**

Gaetano Romigi, Iryna Fusko, Davide Bove - ASL Roma 2

garomigi@inwind.it

I pazienti in coma ricoverati in una terapia intensiva (TI) per un evento acuto continuano ad avere una vita emotiva: un misto di sogni, illusioni ed esperienze emotive relativo ad eventi reali. In letteratura esistono numerosi studi sull'ansia e la depressione successive ad un evento acuto, ma esistono pochissimi studi sulle sequenze neupsicologiche che possono determinare conseguenze sulla Qualità di Vita e sul ripristino dello stato di salute psico-fisica durante la riabilitazione post-risveglio.

Questo studio osservazionale riferito a a persone che hanno avuto l'esperienza del coma e del ricovero in TI si propone da una parte di facilitare il ricordo delle esperienze vissute durante la degenza e dall'altra di studiarne la correlazione con la qualità di vita post risveglio.

Si tratta pertanto di uno studio che ha coinvolto fino ad ora 5 strutture riabilitative di Roma e provincia e 76 pazienti ai quali è stato somministrato un questionario. Si tratta di una traduzione e riadattamento di un questionario già effettuato in Portogallo.¹

I risultati oltre a migliorare le conoscenze relative ai ricordi e alle esperienze vissute dai pazienti in coma durante il ricovero, forniscono lo spunto per proposte di interventi infermieristici di miglioramento dell'assistenza riabilitativa al risveglio, finalizzati al pieno recupero e ad una qualità di vita più che accettabile.

Bibliografia

1) GRANJA C, LOPES A, MOREIRA S, DIAS C, COSTA-PEREIRA A, CARNEIRO A. *Patients' recollection of experiences in the intensive care unit may affect their quality of life.* Crit care 2005;9(2).

**EDUCAZIONE E CITTADINO
SALA DEL TEMPIO 2**

• **Cuore per Cuore: un progetto per insegnare la Rianimazione Cardiopolmonare nelle scuole**

Barbara Maria Cantoni, Martina Clerici, Anna Kon-delcikova, Lara Ianna, Stefano Maiandi, Rosanna Onzo - Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano

barbaracantoni@alice.it

Razionale. La Società Italiana di Medicina ed Emergenza Pediatrica (SIMEUP) già a partire dal 2008, si impegna della formazione della popolazione laica alle manovre di rianimazione cardiopolmonare (RCP). Nelle manifestazioni denominate "una manovra per la vita" si ha come obiettivo quello di fornire una adeguata informazione e formazione a tutta la popolazione: adulti ma anche bambini. Questo perché la letteratura suggerisce in studi di rilievo, che anche un bambino di 9 anni, è perfettamente in grado di effettuare una RCP e di attivare i mezzi di soccorso sottolineando quanto risulti importante l'insegnamento della rianimazione cardiopolmonare nella carriera scolastica di ogni studente.

Ipotesi di ricerca. I bambini in età scolare (scuola primaria) sono in grado dopo frequentazione di corso facilitato in PBLS pediatrico, di memorizzare la sequenza di rianimazione cardiopolmonare, di effettuare correttamente la manovra di massaggio cardiaco di ventilare e di chiamare correttamente i soccorsi. Se si comparano due gruppi: bambini della scuola primaria e ragazzi della scuola secondaria, non si ravvisano differenze relative alle performance.

Materiali e Metodi. La coorte: studenti frequentanti la 5 elementare e la 3 media, ambo sessi; non disturbi cognitivi; comprensione della lingua italiana; adesione allo studio da parte dei genitori; liberatoria per registrazione video; assenza di conoscenze anche semplificate di concetti di rianimazione.

Il corso: segue le linee guida CAB adottate dalla SIMEUP. Confezionamento di libretto semplificato inserendo parti di formazione sull'anatomia delle vie respiratorie e del concetto di "pompa

cardiaca. Effettuazione di pretest, al fine di valutare il grado di preparazione della popolazione in studio. La lezione teorica con uso di diapositive per una durata massima di 30' seguita da una fase pratica di esercitazioni su manichini con rapporto alunni/istruttore pari a 6:1.

Risultati. Il campione composto da 194 studenti distribuiti in modo omogeneo per sesso e classe di appartenenza. La scuola primaria ha un età di 10.3 ± 1 , mentre la scuola secondaria di 1° grado $13.4 \pm 0,7$.

Il guadagno formativo dei gruppi è stato valutato attraverso l'analisi del x2. La differenza nelle popolazioni in studio tra il pre ed il post test, è risultata essere altamente significativa con una pvalue di 0.0001. Il guadagno complessivo ha ottenuto una pvalue 0.0054, con una significatività maggiore nel gruppo della scuola primaria di 1 grado.

Discussione: l'ipotesi di ricerca è confermata confrontandola con la letteratura di riferimento. La popolazione studiata è risultata fortemente motivata ad acquisire le tecniche di RCP; i bambini della scuola primaria sono in grado di effettuare una tecnica di RCP e una corretta attivazione dei soccorsi al pari di ragazzi più grandi. Lo studio non acquisisce una validazione esterna, inoltre non si è proceduto ad una rivalutazione a distanza della formazione acquisita.

• **Infermierinformando: progetto educativo sul corretto uso dei servizi di emergenza-urgenza rivolto agli studenti dei licei italiani.**

Gaetano Romigi, Alessio Bartoli, Adriano Bellocchio, Giulia Bertoldi, Elisa Bucci, Giorgia Centorami, Jessica Del Giovane, Ariela Desideri, Johnatan Di Marco, Martina Evangelista, Rossella Fazio, Laura Marangoni, Lucia Martinazzo, Ramona Mocanu, Antonello Nicoletti, Loredana Pap, Annarita Ruberto, Rita Santodonato, Valerio Savio, Ewa Dorata Wlosek, Simona Ricci - ASL Roma 2
garomigi@inwind.it

L'inadeguata informazione e l'utilizzo improprio dei servizi sanitari di emergenza-urgenza da parte dei cittadini ha fornito lo spunto per una proposta educativa indirizzata agli istituti sco-

lastici. La campagna ha lo scopo di informare e sensibilizzare la popolazione, e in particolare i giovani studenti delle scuole medie superiori, sull'appropriato utilizzo dei servizi di urgenza-emergenza, nella convinzione che un cittadino più informato sia un cittadino più consapevole nel riconoscere i bisogni di salute e individuare in base a questi la struttura e i professionisti più adeguati a rispondervi. È stato condotto uno studio nella provincia di Roma con la somministrazione di un questionario prima e dopo la formazione teorica e pratica, attuata dal gruppo di Infermieri del Master in Infermieristica clinica nel paziente critico dell'Università di Tor Vergata presso la sede della ASL Roma 2. La formazione proposta per 3 anni consecutivi (2014, 2015 e 2016) ha affrontato i temi suggeriti dalla Campagna educativa nazionale di Agenas e dalla campagna "Viva" dell'IRC, ovvero il nuovo sistema di emergenza unico nazionale 112, le emergenze sanitarie, il Pronto soccorso, il Triage e il servizio di continuità assistenziale. Sono stati raccolti 260 questionari in 5 classi di quarto anno del Liceo Classico Plauto di Roma rispettivamente 130 prima della campagna e 130 dopo. Prima dell'intervento educativo su 130 studenti, il 90% di loro possedeva informazioni inadeguate riguardo il servizio di continuità assistenziale; l'80% non aveva idee chiare sulla figura dell'operatore della Centrale Operativa e sull'esistenza del nuovo Numero Unico Emergenza 112; il 95% degli studenti non conosceva il termine "triage". In seguito all'intervento è emersa una maggiore conoscenza e consapevolezza dei temi affrontati, riscontrando il 98% di risposte totali corrette rispetto ai 130 questionari. È stato anche somministrato un questionario di gradimento dal quale sono emerse preferenze per l'attività tecnico pratica svolta in palestra con maggiore coinvolgimento attivo dei ragazzi. Dai dati ottenuti, sia tramite i questionari che tramite colloquio diretto, si può affermare che una corretta campagna potrebbe migliorare l'utilizzo dei servizi di emergenza-urgenza sul territorio. Sono emersi con forza il ruolo dell'Infermiere e la sua funzione educativa. Alla campagna è stato fornito il patrocinio da parte del Collegio Ipsavi di Roma.

- **Rianimazione aperta: infermieri e parenti a confronto indagine conoscitiva nelle rianimazioni dell'Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord (AORMN).**

Tamara Campanelli - Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord

Nicola Nardini

tcampanelli@yahoo.it

La rianimazione è un reparto con regole d'accesso molto restrittive e con limitazioni sulla presenza dei familiari. Il ricovero in terapia intensiva rappresenta un evento traumatico che coinvolge direttamente ed emotivamente i familiari del degente, nei quali possono nascere sentimenti come ansia, depressione, paura.

La diffusione delle rianimazioni aperte risulta ancora limitata, sia in Europa che in Italia; in quest'ultima le politiche di visita adottate sono restrittive tanto che solo 1-2% delle rianimazioni adotterebbe una politica di apertura. Questo lavoro vuole indagare cosa pensano gli infermieri delle rianimazioni ed i familiari dei pazienti ricoverati relativamente alle rianimazioni aperte. Sono stati somministrati due questionari nelle rianimazioni dell'AORMN (nel periodo Febbraio-Marzo 2016) diversi ed anonimi: uno per gli infermieri e uno per i familiari. Gli infermieri sono 16 del presidio ospedaliero Santa Croce di Fano e 18 del presidio ospedaliero San Salvatore di Pesaro, mentre ai familiari dei pazienti ricoverati ne sono stati consegnati 47, tutti restituiti, ma utili all'analisi solo 43.

I questionari a domande chiuse hanno previsto al termine una domanda aperta.

L'analisi dei questionari del personale infermieristico evidenzia una percentuale elevata di professionisti appartenente al sesso femminile con un'esperienza lavorativa elevata (dai 16 ai 20 anni) nel 71% dei casi; gli infermieri ritengono che l'attuale organizzazione degli orari di visita sia sufficiente e nella metà dei casi non sono d'accordo con l'apertura della rianimazione ai parenti. Emerge però la consapevolezza che i familiari siano una fonte di aiuto per il benessere del paziente, poiché contribuiscono a ridurre

stati ansiogeni o confusionari, ma dall'altro lato sembra non essere gradita la presenza dei familiari per tempi più ampi.

L'analisi dei questionari dei familiari ci mostra un campione con età media compresa tra i 40 - 50 anni, in prevalenza di sesso femminile (58%); naturalmente questi ultimi sono assolutamente propensi ad una modifica degli orari di visita verso una apertura totale della struttura.

I dati e i risultati ottenuti da questo lavoro trovano conferme anche in altre esperienze relative a questo ambito. A tale proposito diversi studi hanno dimostrato che le Terapie intensive aperte ottengono risultati migliori rispetto alle terapie intensive chiuse. La presenza dei familiari risulta non essere correlata ad un aumento delle infezioni.

12.30-14.30

Lunchtime:

mostra scientifica - sessione poster - sessione video - incontri per gruppi di interesse

10 NOVEMBRE 2016 - POMERIGGIO

13.45-14.30 Area Poster

Sessione poster

Gli autori incontrano i congressisti

13.45-14.30 Sala della Piazza

Sessione video

Proiezione video in concorso

14.30-15.00 Sala della Piazza

- **L'evoluzione nelle organizzazioni per la presa in carico infermieristica in area critica**

Annalisa Silvestro, Senatore della Repubblica Italiana, già Presidente Federazione IPASVI

15.00-16.00 Sale Parallele

ORGANIZZAZIONE II - SALA DELLA PIAZZA

- **L'utilizzo di una scala di valutazione e di un triage infermieristico diminuiscono il rischio di caduta in ospedale dei pazienti post intervento cardiovascolare? Studio prospettico presso la Fondazione Toscana Gabriele Monasterio (FTGM).**

Danilo Caserta, L. Fialdini, E. Benelli, M. Vaselli, S. Baratta - Fondazione Toscana Gabriele Monasterio fialdiniluca@gmail.com

Introduzione. Le cadute sono tra gli eventi avversi più frequenti, e per questo risulta fondamentale implementare uno strumento efficace per la prevenzione e sicurezza dei pazienti. In Italia le cadute costano al Servizio Sanitario Nazionale oltre 400 milioni di euro/anno. Il sistema di monitoraggio, la procedura e l'implementazione dello strumento per valutare il rischio, e la distribuzione di materiale informativo sono elementi a garanzia del processo.

Materiali e metodi. Studio prospettico multicentrico (ospedale di Massa e Pisa), dal 1/06/2015 al 31/07/2015, comprendente i pazienti ricoverati, con età ≥ 65 anni, post intervento cardiocirurgico e/o procedura emodinamica. Esclusi i pazienti in urgenza e in stato di incoscienza all'ingresso. La scala ReTos è stata scelta come strumento di valutazione del rischio applicato dall'infermiere all'accettazione.

Risultati. 566 valutazioni (44,9% all'ingresso, 26,7% a 72 ore dal ricovero e 28,4% dopo 120 ore), osservati 254 pazienti, età media 75,82 anni (DS 6,504). La maggioranza della popolazione è rappresentata dal sesso maschile (64,6%). I pazienti caduti sono stati 5: 3 ricoverati presso la degenza adulti dell'Ospedale del Cuore di Massa e 2 nella sub intensiva 2 cardiologica della struttura di Pisa. Per ciascuna delle 28 variabili dello studio, compreso lo score, siamo andati ad analizzare la significatività statistica del confronto tra i due gruppi (caduti e non caduti) attraverso il calcolo del p value. I principali items, statisticamente significativi, sono: Score, Domanda 5

– Vertigini o capogiri durante la degenza?, Domanda 7 – Deficit di udito?, Domanda 12 – Cammina senza ausili, aggrappandosi agli arredi?, Domanda 15 – Difficoltà a muoversi nel letto?, Domanda 18 – Difficoltà nello svolgere azioni quotidiane?

Attraverso il metodo non parametrico della random Forest, la scala ReTos ha dato la possibilità di stratificare la nostra popolazione in tre gruppi: gruppo 1: 1 caduto su 89, gruppo 2: 1 caduto su 94, gruppo 3: 3 caduti su 71.

Conclusioni. Questo studio non ci ha dato una predizione sul rischio caduta ma ci ha dato la possibilità di stratificare la popolazione in tre gruppi, permettendo di pianificare l'assistenza infermieristica in base ai bisogni. Ha fornito formazione e informazione agli operatori, ai pazienti e ai caregivers ed ha permesso di valutare il rischio di caduta correlato a problemi strutturali riferiti sia all'ambiente che alle attrezzature ed arredi. Attraverso una flow chart l'Infermiere attua un vero e proprio triage, classificando i pazienti a basso, medio e alto rischio.

- **Le consegne infermieristiche in terapia intensiva: revisione narrativa della letteratura.**

Elisa Mattiussi, Davide Della Mora, Stefano Bambi, Pietro Gaspardo, Matteo Danielis – Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine elisa.mattiussi@uniud.it

Introduzione. La consegna infermieristica (handover) è la premessa per garantire continuità assistenziale. Terapie intensive (TI) sale operatorie (SO), ove pazienti ad alta intensità clinico-assistenziale richiedono una presa in carico globale e tempestiva da parte di un'equipe multidisciplinare, sono i luoghi in cui avvengono più spesso errori prevenibili associati al passaggio di informazioni. L'obiettivo di questa revisione narrativa della letteratura era approfondire la tematica delle consegne infermieristiche nell'ambito di TI.

Materiali e metodi. La ricerca è stata condotta su PubMed includendo gli articoli in lingua inglese e italiana che trattavano il tema delle consegne infermieristiche che avvengono in TI. Criteri di esclusione sono stati: anno di pubbli-

cazione >15 anni, setting di terapia intensiva pediatrica e neonatale e passaggio delle consegne in condizioni di urgenza/emergenza. Le parole chiave utilizzate sono state: Nursing, Handover, Intensive Care Unit, Quality, Safety, Communication Error.

Risultati. Sono stati trovati 216 articoli: 41 mantenuti per titolo e abstract, scartati 20 secondo criteri d'inclusione e/o perché datati e infine analizzati 21. In base al metodo di ricerca gli studi inclusi erano: 3 revisioni integrative della letteratura, 1 RCT, 7 osservazionali, 5 qualitativi e 5 quasi sperimentali. Gli studi sono stati poi aggregati in tre aree tematiche che analizzano le consegne infermieristiche in TI e tra TI e altri setting clinici. La prima area tratta l'handover tra SO e TI: la letteratura esplora i metodi utilizzati per fornire le informazioni e i loro contenuti e analizza la qualità e la sicurezza di questa fase. La seconda area tratta il passaggio delle consegne tra gli operatori all'interno della TI: alcuni lavori descrivono le barriere/ostacoli che si manifestano potenzialmente riducendo la sicurezza sul paziente, mentre altri i metodi e i contenuti utilizzati per l'handover. La terza area tratta le consegne date tra TI e reparti di degenza: vengono esplorate e proposte strategie per favorire la continuità assistenziale e indagati gli elementi che limitano la sicurezza del paziente.

Conclusioni. Le consegne sono fondamentali per assicurare continuità assistenziale e sicurezza al paziente, nell'ambito della TI sono più soggette a errori ed omissioni che possono portare a eventi avversi: la letteratura suggerisce programmi e interventi per implementare la loro qualità. Nuova ricerca dovrebbe indagare l'efficacia del handover sugli esiti dei pazienti e sulla qualità del percorso assistenziale.

• **Progetto Araba Fenice in Liguria. Aggressioni agli operatori sanitari: identificare, valutare e gestire le situazioni a rischio.**

Michela Barisone, Davide Carosa - Ospedale Santa Corona di Pietra Ligure
michela.barisone@libero.it

Introduzione. Il National Institute of Occu-

pational Safety and Health (NIOSH) definisce la violenza nel posto di lavoro come "ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro". Dall'analisi della letteratura emerge, in maniera preoccupante, la dimensione del fenomeno, che rimane comunque sottostimato a causa della scarsa propensione a denunciare gli episodi di violenza da parte degli infermieri. Uno studio americano di Emergency Nurses Association (ENA) dimostra che più della metà degli infermieri dei dipartimenti di emergenza sono vittime di violenza. Ulteriori studi dimostrano che questi eventi avvengono più frequentemente nelle aree di emergenza-urgenza, strutture psichiatriche ospedaliere e territoriali, nelle sale di attesa, medicina e servizi di continuità assistenziale.

Metodo. Da Gennaio 2016 ad oggi, nella Regione Liguria, ad un campione di 72 infermieri di diverse aree assistenziali, tra cui area emergenza urgenza, è stato somministrato un questionario per verificare l'entità del fenomeno circa le aggressioni agli operatori sanitari, per identificare possibili strategie e interventi, non solo a livello formativo ma anche organizzativo.

Risultati. Lo studio è attualmente in corso, ma da un'analisi preliminare dei dati, si evidenzia che il 95% del campione dichiara di aver assistito almeno ad un episodio di violenza nel corso della propria carriera professionale. Il tipo di aggressione maggiormente dichiarato è quello verbale, ma in percentuale leggermente inferiore anche l'atteggiamento siano ad arrivare all'aggressione fisica, in particolare nei settori dove i livelli di ansia sono maggiori e le persone più vulnerabili, come le sale di attesa dei pronto soccorso o ambulatori. Il 68% degli infermieri dichiarano di esser stati vittime di un episodio di aggressione.

Discussione. Dall'analisi dei dati emergono importanti considerazioni, che evidenziano la mancanza di formazione specifica agli operatori del comparto sanitario nel riconoscere e prevenire comportamenti aggressivi ed ostili. Dove le complessità assistenziali sono spesso critiche e gli infermieri hanno una maggiore esposizione,

le aggressioni fisiche, gli insulti e le minacce risultano essere molto elevate.

Conclusioni. In Italia, attraverso un esplicito rimando normativo (art. 28 del D. Lgs 81/08), ciascuna struttura sanitaria dovrebbe elaborare ed implementare un programma di prevenzione della violenza e incoraggiare il personale sanitario a segnalare prontamente gli episodi subiti.

PEDIATRIA E NEONATOLOGIA: UN PRENDERSI CURA PARTICOLARE - SALA DEL TEMPIO 1

- **Il neonato sottoposto ad ipotermia terapeutica: indagine osservazionale nel territorio italiano sulla prevenzione delle lesioni da decubito nelle terapie intensive pediatriche.**

Maria Vittoria De Girolamo - Terapia Intensiva Pediatrica - Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli, Roma

de_girolamo_mv@inwind.it

Oggetto di questo studio è il neonato sottoposto ad ipotermia terapeutica, argomento molto vasto da un punto di vista medico nel suo contenuto, nel quale è indispensabile individuare degli obiettivi di pertinenza infermieristica su cui soffermarsi da un punto di vista clinico-assistenziale. Oltre alla conoscenza scientifica e pratica riguardo l'utilizzo dell'ipotermia sul neonato che l'infermiere di Terapia Intensiva deve avere, vi è una componente tipicamente infermieristica. Questa comprende oltre la parte tecnica di gestione del materassino con cui si attua l'ipotermia, soprattutto la parte del "care" legata alla cura della cute del piccolo paziente, al fine di contrastare l'insorgenza delle lesioni da pressione a cui il neonato in condizioni critiche, può andare incontro, con estrema facilità data l'immobilità a cui è costretto. Da sempre questo tipo di lesioni sono un segno e un sintomo di una assistenza scadente ed espongono il paziente a numerosi rischi oltre a richiedere un ulteriore impiego di risorse. Lo studio posto in essere, nasce dalla necessità di uno stato dell'arte circa l'assistenza infermieristica a questi piccoli pazienti sottoposti ad ipotermia terapeutica in

Italia, per condividere problematiche e possibili soluzioni, al fine di standardizzarne l'approccio partendo dalle migliori evidenze scientifiche. A tale scopo è nata l'idea di creare una rete delle Unità di Terapia Intensiva Neonatali e Pediatriche operanti nel territorio italiano partendo da una Indagine Osservazionale, con lo scopo di capire quanto il fenomeno fosse presente e quali strumenti venissero adottati per la prevenzione prima e la cura poi delle lesioni da decubito. Il lavoro di revisione della letteratura che ha preceduto l'indagine, ha permesso di acquisire una adeguata conoscenza e diffusione del fenomeno, inoltre ha portato in evidenza l'importanza e la tipologia delle diverse scale di valutazione del rischio che sono state già validate in letteratura. Lo Studio Osservazionale multicentrico descrittivo è stato condotto all'interno delle Terapie Intensive Pediatriche e Neonatali reperite attraverso l'iscrizione all'Associazione TIPnet dislocate sul territorio italiano, contattando telefonicamente le Coordinatrici Infermieristiche, spiegando loro la finalità e raccogliendone l'adesione a partecipare allo studio ed inviando quindi, tramite e-mail un questionario, a risposte chiuse. Il lavoro di Indagine Osservazionale si è dimostrato essere un interessante strumento conoscitivo per avviare progetti futuri.

- **ABCDE&F bundle in terapia intensiva pediatrica.**

Andrea Cislighi, Alessandro Galazzi, Mario Madeo - IRCCS Fondazione Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano.

andrea.cislighi@policlinico.mi.it

Introduzione. Negli ultimi anni si sono diffuse una serie di raccomandazioni conosciute come ABCDE&F bundle: Awakening and Breathing Coordination, Delirium monitoring and management and Early mobility with Family empowerment. Ogni lettera corrisponde ad un insieme di interventi che se attuati quotidianamente migliorano non solo la sopravvivenza, ma anche gli outcome a breve e lungo termine.

Obiettivo. Illustrare le valutazioni e i trattamenti raccomandati negli ABCDE&F bundle nel pa-

ziente pediatrico ricoverato in terapia intensiva, con particolare riferimento al coinvolgimento della famiglia e al ruolo dell'infermiere.

Materiali e Metodi. Analisi della letteratura scientifica.

Risultati. L'utilizzo degli ABCDE&F bundle si è dimostrato efficace nella riduzione del delirium, della debolezza neuromuscolare acquisita, della durata della ventilazione meccanica/VAP, dei giorni di degenza in TIP/ospedale e della mortalità.

Conclusioni. L'implementazione degli ABCDE&F bundle è complessa e la sua completa attuazione richiede risorse e tempo. In un'ottica di collaborazione multidisciplinare (medici e fisioterapisti) l'infermiere occupa un ruolo fondamentale.

• **Overcrowding nel Pronto Soccorso dell'Ospedale Infantile Regina Margherita (OIRM) di Torino: la presa in carico precoce infermieristica.**

*Maria Cristina Rossi - Città della Salute Torino
cristinar326@gmail.com*

Introduzione. Gli accessi pediatrici ai servizi di emergenza-urgenza sono in costante aumento, circa 4 milioni l'anno. Mentre solo circa l'1% degli accessi rappresenta una vera urgenza e meno del 2% utilizza il 118.

Quindi la modalità di accesso non è, in genere, correlata con la gravità reale del bambino, di solito non sono stati visitati dal pediatra di base e di solito l'afflusso è prevalente nelle ore diurne e giorni festivi. Spesso il Pronto Soccorso viene scambiato come un ambulatorio polispecialistico dove si spera di effettuare delle indagini diagnostiche in tempi brevi.

Inoltre in campo pediatrico l'allungamento dei tempi di attesa è correlato nello specifico alle procedure che sono più lunghe e indaginose e richiedono un maggior impegno da parte del personale infermieristico. A tutto questo si aggiunge una diversa percezione del bisogno di salute, con genitori che vogliono essere rassicurati e allontanare anche un semplice sospetto di malattia. Si tratta quindi di mettere in atto delle strategie organizzative per salvaguardare

e migliorare la mission fondamentale del Pronto Soccorso: quella di garantire risposte tempestive ed efficaci alle sindromi emergenziali.

Il "gold standard" del Triage globale prevede che logistica e organizzazione consentano all'infermiere la valutazione dei segni e sintomi e la presa in carico complessiva della persona da assistere, in quest'ottica presso il Pronto soccorso dell'OIRM di Torino si sta attuando una riorganizzazione di presa in carico precoce dei pazienti con codice minore (verde e bianco) in sede di triage.

Con l'obiettivo di ridurre i tempi di permanenza nel Pronto Soccorso, ottimizzare il setting assistenziale e migliorare la qualità percepita, sono state definite un insieme di procedure diagnostico-terapeutiche svolte dall'infermiere in sede di triage che facilitano il percorso del paziente con codice minore riducendone i tempi di attesa prima della dimissione o il ricovero.

Materiali e metodi. Misurare il tempo medio di attesa dalla presa in carico medica alla dimissione anno 2015 (prima della riorganizzazione) con il tempo medio di attesa anno 2016.

Risultati. In sede congressuale verranno presentati i dati sulla comparazione dei tempi di attesa.

Bibliografia

1) Raccomandazione n. 15, Febbraio 2013, Ministero della Salute, Dipartimento della Programmazione e dell'ordinamento del SSN. *Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage della Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso*

2) S. BAMBI ET AL. *See & Treat in pronto soccorso: dal medico all'infermiere con competenze avanzate.* Assistenza infermieristica e ricerca, 2008, 27, 3

**COMPETENZE E FORMAZIONE
SALA DEL TEMPIO 2**

• **Strumento operativo per l'inserimento del personale infermieristico nell'unità di Patologia Neonatale.**

Davide Zanardo, Mirco Zannier - Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine

zanadavide@hotmail.it

Premessa. L'inserimento di un infermiere presso una realtà ad alta specialità, quale la Patologia Neonatale, risulta essere difficoltoso. Le realtà ad alta specializzazione richiedono una competenza professionale elevata e la padronanza di tecniche intellettive, pratiche e operative. La casistica degli utenti, la loro particolare fascia d'età, le patologie specifiche e i casi d'infanti prematuri, uniti alle particolari apparecchiature elettromedicali e alle dimensioni, rendono le strutture di Terapia Intensiva Neonatale una realtà ad altissima complessità e specificità.

L'infermiere neo inserito necessita di incrementare l'apprendimento oltre alla richiesta di un supporto clinico intensivo, al fine di raggiungere il livello atteso. La presenza di un programma d'inserimento e l'accompagnamento di un tutor ha portato al miglioramento delle prestazioni del neo inserito.

Scopo. Risulta, quindi, necessaria la disponibilità di protocolli e procedure atte a permettere un idoneo inserimento del personale, sia esso in possesso di requisiti specifici e non.

Materiali e metodi. Preso in esame il metodo aziendale, valido per l'inserimento degli infermieri in tutte le realtà, si è creato uno strumento specifico per l'inserimento presso la realtà di Terapia Intensiva Neonatale. Valutando la letteratura sono stati creati degli obiettivi specifici al fine di formare e rendere autonomo l'infermiere neo inserito nell'unità. Tali obiettivi sono stati collocati in un arco temporale di 5 mesi e suddivisi per complessità.

Conclusioni. Lo strumento presenta riferimenti temporali per il raggiungimento, con la possibilità di programmare l'apprendimento pratico e didattico. Inoltre, la presenza di una scadenza temporale, permette al neo inserito e al tutor di eseguire valutazioni continue rispetto il grado e l'adesione all'autonomia.

La griglia è composta da obiettivi teorici, clinici, pratici, logistici e di formazione differenziati in base alla tempistica di inserimento e al grado di autonomia che il neo inserito dovrebbe aver sviluppato.

Bibliografia

- 1) LEONG YM, CROSSMAN J. *New nurse transition: success through aligning multiple identities.* J Health Organ Manag; 2015, 29 (7): 1098-114
- 2) RUSH KL, ADAMACK M, GORDON J, LILLY M, JANKE R. *Best practices of formal new graduate nurse transition programs: an integrative review.* Int J Nurs Stud; 2013,50 (3): 345-56
- 3) PATTERSON B, BAYLEY EW, BURNELL K, RHOADS J. *Orientation to emergency nursing: perceptions of new graduate nurses.* J Emerg Nurs; 2010,36 (3): 203-11.

- **La valorizzazione delle competenze dell'infermiere impiegato in emergenza extra ospedaliera: uno studio descrittivo quali-quantitativo.**

Marina Baricchi - Azienda Usl Reggio Emilia
fmbaricchi@libero.it

Introduzione. in Italia il sistema di emergenza territoriale è organizzato con modalità operative molto diverse. L'elevata complessità assistenziale richiede agli infermiere un bagaglio di competenze proprie del professionista esperto. L'infermiere svolge la propria funzioni in collaborazione con il personale medico, può rivestire inoltre un ruolo di responsabile operativo di centrale e Team leader sui mezzi di soccorso.

Scopo. Individuare le strategie per la valorizzazione delle competenze infermieristiche avanzate secondo la prospettiva intra-professionale.

Materiali e metodi. E' stato realizzato uno studio descrittivo quali-quantitativo. Il campione è costituito da 81 infermieri impiegati nei servizi di emergenza territoriale appartenenti a 3 province dell'area Est della Regione Emilia Romagna.

Risultati. La risposta al questionario è stata pari al 33%. L'età media degli operatori è 42 anni, 20 di attività professionale, 14 in emergenza territoriale. Il 52% del campione ha conseguito il diploma di infermiere professionale, il 30% la laurea in scienze infermieristiche, il 7% il diploma universitario. Il 48% ha realizzato la sola formazione di base, il 52% percorsi formativi post base; di questi il 57% hanno conseguito master in coordinamento, il 42% master in emergenza

urgenza. Per implementare le competenze infermieristiche avanzate le strategie segnalate dal campione sono state: 59% riconoscimento normativo, 18,5% sviluppo di protocolli di intervento per patologie specifiche, 11% formazione post base. Per migliorare la funzione educativa le strategie individuate sono state: 40% corsi di aggiornamento mirati al bisogno formativo, 22% implementazione delle ore dedicate nel corso della formazione di base, 22% percorsi educativi post-base. Il 100% del campione ritiene necessario riconoscere le competenze infermieristiche avanzate. Gli aspetti dell'attività professionale che andrebbero implementati sono risultate: 74% somministrazione di farmaci secondo protocolli per patologie specifiche, 15% la gestione delle vie aeree durante l'arresto cardio respiratorio. Le azioni che fornirebbero maggiore visibilità alla figura dell'infermiere sono risultate: 14,8% attività di presentazione, 14,8% attività formative mirate, 66,6% campagne educative; le strategie per la promozione del ruolo: 63% realizzazione di video tutorial, 8% apertura di blog, 7% creazione di pagine Facebook.

Conclusioni. I risultati dello studio mostrano una comunità culturalmente sviluppata che richiede maggiore autonomia e il riconoscimento normativo delle proprie funzioni.

• **Valutazione delle competenze non tecniche nell'attività del Picc Team Az.Socio Sanitaria Territoriale di Monza.**

Stefano Elli, Sofia Polo, Valentina Albiero, Giada Di Girolamo, Simona Vimercati, Luigi Cannizzo, Alberto Lucchini - ASST Monza.

s.elli@hsgerardo.org

Introduzione. In ambito sanitario, una crescente attenzione si sta dando alle competenze non tecniche (Non Technical Skills) nell'operato del personale. Considerando le sempre maggiori competenze specialistiche che gli infermieri possono acquisire da un punto di vista tecnico, come la possibilità di impiantare cateteri venosi centrali ad inserzione periferica (PICC), emerge l'importanza di investigare come le abilità comportamentali e interpersonali vengono garanti-

te durante lo svolgimento di queste attività.

Obiettivi. L'obiettivo di questo studio è di valutare le competenze non tecniche dei componenti del Picc Team durante gli impianti e la loro corrispondenza con il protocollo aziendale, in modo da evidenziarne le possibili criticità.

Metodi. Lo studio si è svolto tramite un'intervista indirizzata a tutti gli studenti del master in Scienze Infermieristiche di Anestesia e Terapia intensiva dell'Università di Milano-Bicocca AA 2015-2016, che durante il periodo di tirocinio hanno seguito gli impiantatori del Picc Team ASST-Monza nelle loro attività. Il questionario proposto mirava a confrontare, nella percezione di un osservatore esterno al Picc Team, le Non Technical Skills richieste dal programma di addestramento degli impiantatori con quanto effettivamente manifestato durante l'attività clinica.

Risultati. I risultati sono stati positivi sia rispetto al rapporto con il personale del reparto, sia verso il paziente che nei confronti degli studenti; possibili criticità riguardano l'ottimizzazione del tempo durante l'impianto, la capacità di gestione del ruolo professionale specifico e la verifica della comprensione delle procedure da parte del paziente.

Conclusioni. L'acquisizione di competenze avanzate da parte degli infermieri richiede sempre maggior attenzione riguardo alle abilità non tecniche, indispensabili per interagire in un sistema multidisciplinare complesso e per orientare anche le nuove competenze sulla cura e la centralità della persona.

La definizione e la valutazione delle competenze non tecniche rappresentano una delle discriminanti tra l'infermiere esecutore di azioni, seppur ad alta complessità, e l'infermiere professionista del "care" in ambito specialistico.

16.15-18.30 Sala della Piazza

SESSIONE CONTEST

Strumenti e modelli di gestione dell'assistenza al trauma

- **Strumenti e strategie per l'immobilizzazione della colonna nel paziente traumatizzato: vanno tutti immobilizzati?** *Andrea Mastroeni, Carlo Realini - ATCN® Italia*
- **L'integrazione dell'ecografia infermieristica nell'osservazione del paziente traumatizzato: può fare la differenza?** *Mauro Sotgia, Luigi Barca - ATCN® Italia*
- **L'infermiere nel trauma team: utopia o realtà?** *Roberto Vacchi, Simona Saddi - Anarti*

16.15-17.15 Sale Parallele

TERAPIA INTENSIVA III - SALA DEL TEMPIO 1

- **Analisi delle rimozioni accidentali dei presidi nei pazienti in terapia intensiva.** *Gianluca Salinaro, I. Adamini, P. Roselli, G.M. Greco, D. Rancati, G. Ghilardi, A. Galazzi - Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico gianlucasalinaro@gmail.com*

Introduzione. In tutte le terapie intensive si utilizzano quotidianamente molti presidi invasivi come cateteri venosi centrali, cateteri arteriosi, tubi endotracheali e sondini nasogastrici che possono venire accidentalmente rimossi dal paziente o dagli operatori, aumentando i costi di ospedalizzazione, il carico di lavoro e il livello di stress del personale. In letteratura pochi studi analizzano questo evento avverso le cui complicanze possono riguardare sia la rimozione stessa che il riposizionamento del presidio.

Obiettivo. Conoscere l'incidenza dello sposizionamento accidentale dei presidi nei pazienti adulti ricoverati in terapia intensiva e identificare le cause della rimozione.

Materiali e metodi. Studio osservazionale retrospettivo. Sono stati inclusi tutti i pazienti adulti (età ≥ 18 anni) ricoverati presso la Terapia Intensiva Generale, Neurochirurgica e Postoperatoria, della Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, dal 01

gennaio 2011 al 31 dicembre 2015.

Risultati. Nel periodo considerato sono stati ricoverati 6711 pazienti, le rimozioni accidentali sono state 267 ovvero 2.1 sposizionamenti ogni 1000 giornate presidio. Il presidio maggiormente rimosso è il SNG seguito dal tubo endotracheale e dal monitoraggio intracranico rispettivamente 9.0, 2.4 e 1.9 sposizionamenti/1000 giorni. I cateteri vascolari (CVC e CA) si attestano a 1.4 sposizionamenti/1000 giorni. In 1 solo caso è stata interessata la cannula ECMO e la cannula tracheostomica. La causa principale della rimozione è a carico del paziente (79.8%) che presenta tipicamente una RASS ≥ 1 (74.2%) e risulta privo di mezzi contenitivi (70.7%). Il turno durante il quale si verificano il maggior numero di sposizionamenti è quello notturno (37.1%). È interessante notare che molti presidi non vengono riposizionati (32.6%).

Conclusioni. Nel campione analizzato l'incidenza delle rimozioni accidentali è inferiore a quella riportata in letteratura per tutti i tipi di presidio, sono comunque auspicabili il continuo monitoraggio del fenomeno e l'implementazione di strategie di prevenzione del rischio. L'identificazione e l'analisi dei fattori ad esso correlati permettono di intervenire con azioni correttive appropriate.

Bibliografia

- 1) CARRIÒN MI, AYUSO D, ET AL. *Accidental removal of endotracheal and nasogastric tubes and intravascular catheters.* Crit Care Med. 2000 Jan;28(1):63-6.
- 2) LORENTE L, HUIDOBRI MS, ET AL. *Accidental catheter removal in critically ill patients: a prospective and observational study.* Crit Care. 2004 Aug;8(4):R229-33.

- **Quando posso mangiare? La nutrizione precoce in terapia intensiva cardiocirurgica.**

Anna Sergi, Nicola Pagnucci, Giordano Bargagna, Valentina Salomone - Università di Pisa sergianna88@gmail.com

Introduzione. La letteratura scientifica riporta articoli e revisioni favorevoli alla nutrizione precoce nella fase post operatoria, soprattutto per

l'utilizzo, ove possibile, di quella di tipo enterale o dell'alimentazione per via naturale.¹ Studi clinici randomizzati esistenti dimostrano che la nutrizione enterale o un'alimentazione standard fornite precocemente sono associate a minor rischio di infezioni e un tasso di mortalità più basso anche per i pazienti ricoverati in terapia intensiva e con emodinamica instabile. Non risultano al momento studi specifici relativi ad outcome favorevoli dal punto di vista nutrizionale su pazienti cardiochirurgici in terapia intensiva.

Obiettivo. Migliorare l'outcome dei pazienti cardiochirurgici ricoverati in terapia intensiva attraverso un'alimentazione o un supporto nutrizionale precoce.

Metodi. Uno studio Randomizzato Controllato è stato condotto presso una terapia intensiva per pazienti cardiochirurgici del centro Italia. Il gruppo "controllo" ha ricevuto un'alimentazione prevista dall'abituale protocollo in uso a partire dal secondo giorno post operatorio dopo la rimozione dei drenaggi. Il gruppo "sperimentale", in base allo stato di coscienza, ha ricevuto una nutrizione enterale o alimentazione per via naturale seguendo i protocolli Erase le linee guida Espen.^{2,3} Sono state elaborate griglie per la valutazione degli outcomes sensibili e la rilevazione di eventuali eventi avversi.

Risultati. Lo studio, attualmente in corso, sta fornendo risultati che mostrano outcomes estremamente favorevoli in termini di integrità delle mucose periorali, ripresa della peristalsi intestinale, integrità e mantenimento del buono stato della cute e percezione positiva da parte dei pazienti riguardo alla possibilità di alimentarsi precocemente (abbattimento della sensazione di sete, di secchezza delle fauci, di gusto sgradevole). I dati elaborati al momento forniscono risultati sovrapponibili a studi aventi per oggetto pazienti ricoverati in degenza o in terapia intensiva generale. Risultati definitivi saranno disponibili al momento del congresso.

Bibliografia

1) DE AGUILAR-NASCIMENTO JE, BICUDO-SALOMAO A, PORTARI-FILHO PE. *Optimal timing for the initiation of enteral and parenteral nutrition in critical medical and surgical conditions.* Nutrition 28.9(2012):840-843.

2) FEARON KCH ET AL. *Enhanced recovery after surgery: a consensus review of clinical care for patients undergoing colonic resection.* Clinical nutrition 24.3(2005):466-477. [

3) KREYMANN KG ET AL. *ESPEN guidelines on enteral nutrition: intensive care.* Clinical nutrition 25.2(2006)

• **Early mobilization in ICU: proposta di protocollo con l'utilizzo del cicloergometro.**

Vita Frazzetta - Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena
vita.frazzetta@libero.it

Introduzione. La mobilitazione precoce è un importante trattamento che porta notevoli miglioramenti alle funzioni fisiche a lungo termine nei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva (ICU). Non sempre sono disponibili fisioterapisti all'interno dell'Azienda Ospedaliera dedicati alla mobilitazione dei pazienti critici, la proposta di questo protocollo nasce proprio per sopperire a tale carenza.

Obiettivi. Si è deciso di stilare un protocollo multidisciplinare medico-infermieristico che avesse come obiettivi prioritari: l'implementare la mobilitazione nei pazienti critici attraverso l'attuazione di esercizi passivi/attivi e quando possibile con l'utilizzo del cicloergometro; il ridurre l'incidenza e la durata del delirio nei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva e di conseguenza l'utilizzo di farmaci sedativi; il coinvolgimento e la collaborazione attiva dei parenti.

Materiali e metodi. Dopo un'analisi e una revisione della letteratura a disposizione, è stata fatta una proposta di protocollo che ben si adattasse alla nostra realtà. Il protocollo prevede un'iniziale valutazione giornaliera sia del grado di mobilitazione del paziente, attraverso lo score SOMS che categorizza i diversi gradi di mobilità, sia della presenza di eventuali criteri di esclusione come patologie neurologiche acute, ridotta riserva polmonare e cardiaca.

Dopo tale valutazione, il paziente viene inserito all'interno di un progetto riabilitativo, che si pone degli obiettivi a breve e a lungo termine. Il protocollo inoltre prevede un indispensabile

monitoraggio dei parametri vitali durante l'esecuzione degli esercizi, la programmazione di un progressivo incremento del carico di lavoro e la registrazione della procedura sulla documentazione clinica.

Utilizzo del cicloergometro nei pazienti con ridotta mobilità è limitato solo agli arti superiori, max 2 volte/die con cicli di 20 minuti; mentre nei pazienti con SOMS 2-3 utilizzo del cicloergometro è esteso anche agli arti inferiori con cicli di 20 minuti 2 volte/die.

Conclusioni. Enormi sono i vantaggi della early mobilization in ICU, in termini di diminuzione dei costi, di degenza media e di miglioramento della disabilità a lungo termine.

L'implementazione di un protocollo multidisciplinare ha portato a sensibilizzare tutti gli operatori sulla centralità del tema in questione e a standardizzare i comportamenti grazie all'utilizzo di una flowchart, che facilita l'applicazione del protocollo. Ogni ICU dovrebbe adottare un programma e un protocollo di mobilitazione precoce, utilizzando le risorse disponibili e adattandolo alla propria realtà locale.

EMERGENZA /URGENZA II - SALA DEL TEMPIO 2

• Indagine Nazionale 2016 sulla Violenza verso gli Infermieri di Pronto Soccorso: studio di validazione e primi dati preliminari.

Nicola Ramacciati - Azienda ospedaliera di Perugia
Stefano Bambi, Alessio Gili, Enrico Lumini, Laura Rasero – Università degli studi di Firenze
Andrea Mezzetti – 118 Empoli
nicola.ramacciati@unifi.it

Introduzione. La violenza sul lavoro è considerata un fenomeno di rilevanza mondiale.¹ In particolare la violenza perpetrata da utenti e accompagnatori nei confronti degli operatori sanitari è una delle modalità più diffuse.² Rispetto a questa forma particolare di violenza gli infermieri, in particolare quelli di Pronto Soccorso (PS) sono tra i lavoratori più esposti.³ In Italia, ad eccezione di rari studi, non sono disponibili fonti statistiche in grado di delineare un quadro det-

tagliato del fenomeno nello specifico contesto del PS.⁴

Obiettivo. Illustrare lo studio di validazione del questionario predisposto per l'indagine nazionale 2016 sulla Violenza verso gli infermieri di Pronto Soccorso (QuIN16VIPs) avviata nel secondo semestre del 2016 dall'Università di Firenze in partnership con Anarti e presentare i primi dati del flusso informativo dell'indagine in corso.

Materiali e metodi. Il QuIN16VIPs, derivato da un costrutto in via di perfezionamento e dalla revisione della letteratura è stato oggetto di valutazione di contenuto da parte di un gruppo di 8 esperti e sottoposto a studio di validità di facciata tramite 19 infermieri di PS e a studio pilota con arruolamento di 30 infermieri.

Risultati. La media dei punteggi relativi alle scale di Likert utilizzate per la validità di facciata, evidenziano un giudizio buono dello strumento, sia nel complesso (chiarezza e neutralità) che nel particolare (adeguatezza, rilevanza, comprensibilità delle domande e chiarezza delle risposte). Lo studio pilota si concluderà il 15 luglio, e sta evidenziando un'alta percentuale di rispondenti e di completamento, mentre il tempo medio complessivo è di circa 14,5 minuti.

Discussione. In accordo ai punteggi e commenti ricevuti dal Panel di esperti chiamati a valutare la validità di contenuto e di facciata si è provveduto a modificare il questionario, mentre grazie allo studio pilota sarà possibile confermare la fruibilità del questionario e misurarne la stabilità.

Conclusioni. I questionario, sia in sede di Panel che di studio pilota, risulta adeguato per la raccolta di informazioni sul fenomeno della Violenza verso gli Infermieri di PS. I dati raccolti al momento del Congresso di Rimini saranno oggetto di una prima analisi.

Bibliografia

- 1) KRUG EG, WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Violenza e salute nel mondo*. Quaderni di sanità pubblica 2002, 1-356.
- 2) UIIPRC. *Workplace violence - A report to the nation*. Iowa City, IA: University of Iowa, 2001.
- 3) ICN. *Position Statement: Abuse and Violence against Nursing Personnel*. 2006

4) BECATTINI G, BAMBI S, PALAZZI F, ET AL. LUBECATTINI G, BAMBI S, PALAZZI F ET AL. *Il fenomeno delle aggressioni agli operatori di Pronto Soccorso: la prospettiva italiana*. In ANIARTI, Atti XXVI Congresso Nazionale ANIARTI 2007, 535-541.

• **Assistere i cittadini stranieri: un'indagine condotta in un DEA della Campania.**

Teresa Rea, Silvio Simeone, Gianpaolo Gargiulo, Assunta Guillari - AOU Federico II di Napoli
Marco Zucconi - AO di Perugia
 teresa.rea@unina.it

Introduzione. In Italia i servizi di Pronto Soccorso sono sovraffollati perché rappresentano la via più facile e disponibile per trovare risposte ai bisogni di salute. Frequentemente la persona immigrata ignora l'esistenza del diritto alle cure che il nostro SSN garantisce, anche attraverso servizi ambulatoriali e medici di medicina generale e si rivolge principalmente al Pronto Soccorso, soprattutto se irregolare. Le politiche sanitarie per la tutela della salute degli immigrati e dei rifugiati in Italia sono abbastanza recenti ma il benessere della persona rappresenta da sempre il principale scopo dell'assistenza infermieristica, il cui fulcro è costituito dall'approccio personalizzato, nel rispetto delle differenti culture delle persone assistite. L'Italia si sta rapidamente trasformando in una società multietnica e multiculturale e ciò impone agli operatori sanitari di dotarsi di competenze e strumenti operativi nuovi, adeguati ai bisogni di salute dei cittadini stranieri.

Scopi. Indagare nella popolazione delle persone straniere che si sono rivolte ad un DEA di Il Livello di un'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale della Campania, i bisogni di assistenza infermieristica per poter assicurare una risposta efficace ai bisogni di salute della persona straniera.

Materiali. E' stato condotto uno studio osservazionale su un campione di convenienza di 7.819 pazienti trattati al DEA dal febbraio 2013 all'ottobre 2015. Sono stati indagate le seguenti variabili: età, sesso, paese di provenienza, diagnosi e modalità di dimissione.

Risultati. E' emerso che le persone immigrate presentano problemi di salute analoghi alla popolazione italiana residente, ma che si mostrano poco disposte a proseguire il percorso tramite i servizi territoriali. Preferiscono infatti ritornare in un DEA/Pronto Soccorso in caso di riacutizzazione dei sintomi. La comunicazione risulta difficoltosa a causa di barriere linguistiche e culturali. In genere le persone immigrate sono relativamente giovani, in buono stato di salute ma presentano rischi che derivano dalle condizioni di vita precaria in Italia, specie nei casi di clandestinità o di marginalità sociale.

Conclusioni. L'infermiere è chiamato a rispettare le differenze culturali dell'assistito, unendo alla competenza tecnico-professionale la conoscenza approfondita delle differenze che rendono uniche culture diverse. Pertanto, al fine di rispondere efficacemente ai bisogni di salute del cittadino straniero, è indispensabile pianificare e realizzare percorsi formativi che favoriscano la multidisciplinarietà nelle visioni e negli approcci che la sfida della Salute globale ci impone.

• **Conoscenze e barriere al trattamento del dolore in Dipartimento di Emergenza: uno studio quali-quantitativo nell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi di Firenze.**

Enrico Lumini, Giulia Passalacqua, Guya Piemonte, Nicola Ramacciati, Laura Rasero - Università degli Studi di Firenze
 enrico.lumini@unifi.it

Background. Il dolore è il sintomo più frequente nei pazienti che si presentano al Dipartimento di Emergenza (DEA), con una prevalenza stimata del 60-80%. L'oligo-analgesia, termine usato per descrivere il mancato riconoscimento e l'inadeguato trattamento del dolore, nei DEA è un problema altrettanto comune. Numerosi studi clinici dimostrano che sino al 70% dei pazienti del DEA dichiarano di avere dolore e che la maggior parte di essi non riceve un trattamento analgesico appropriato. Uno studio italiano recente dimostra che l'oligo-analgesia in DEA è anche un nostro problema: solo il 50% dei pazienti con dolore richiedono analgesici e di questi solo la

metà li ottiene.

Materiali e metodi. L'obiettivo è quello di misurare le conoscenze del personale infermieristico e la percezione degli ostacoli o delle barriere che tuttora rendono difficoltosa la valutazione ed il trattamento del dolore in DEA. Altro obiettivo è quello di fotografare su un campione significativo di pazienti quanto il dolore venga valutato e trattato. È stato utilizzato un questionario validato (Tanabe, 2000) per valutare le conoscenze e le barriere percepite dagli infermieri che prestano servizio presso il DEA ed il Pronto Soccorso (PS) Ortopedico dell'AOU Careggi. Sono inoltre state analizzate i record dei pazienti assistiti presso il DEA ed il PS Ortopedico dell'AOU Careggi in alcuni giorni estratti a caso nell'ultimo trimestre 2015.

Risultati. Sono stati recuperati 52 questionari per un tasso di risposta complessivo del 68,42%. Le risposte corrette sono attorno al 62% e in linea con studi analoghi. Conoscenze migliori si sono registrate per le tecniche di valutazione del dolore e le conoscenze sugli interventi appropriati in PS; mentre i punteggi più bassi si registrano sulle conoscenze farmacologiche. Le barriere percepite come più importanti sono il carico di lavoro e la mancata diagnosi. Sono stati analizzati i record elettronici di 1004 pazienti giunti con dolore nel periodo di riferimento: la valutazione del dolore viene eseguita solo nel 28,9% dei casi e la rivalutazione solo nel 18,9% di questi. Solo il 38,5% dei pazienti ha ricevuto un trattamento antalgico.

Conclusioni. Le conoscenze degli infermieri sono certamente da migliorare ma le migliori conoscenze non sono associate ad una valutazione migliore del dolore ($P < 0,005$). Sono necessarie iniziative formative multimodali e innovative come la formazione sul campo per sradicare comportamenti basati sull'abitudine nonostante la consapevolezza che siano scorretti per assicurare una migliore presa in carico del paziente con dolore in DEA.

17.30-18.30 Sale Parallele

TERAPIA INTENSIVA IV - SALA DEL TEMPIO 1

• **Valutazione della performance del Medical Emergency Team (MET) dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese mediante MAELOR TOOL.**

Rodrigo Lopez, Luciano Sanarico, Benedetta Bidi, Egidio Mastrocinque, Pierpaolo Mongelli, Lucia Cubattoli, Federico Franchi, Ettore Zei, Sabino Scolletta – AOU Senese
rolp@me.com

Introduzione. Il sistema di risposta all'emergenza intraospedaliera (rapid response team, RRT) si trova a dover fronteggiare scenari clinici molto diversi, che vanno dal deterioramento acuto delle condizioni cliniche, evenienza che richiede un'assistenza di tipo intensivo, alle fasi terminali di patologie croniche, per le quali vengono erogate prestazioni di tipo palliativo. Se da una parte non ci sono dubbi sull'incremento di mortalità che può derivare da un ritardo di cure prestate a un paziente critico, dall'altra manca un'evidenza chiara sulle circostanze in cui un riconoscimento e un trattamento precoci portino a un obiettivo beneficio in termini di sopravvivenza. In quest'ottica, risulta evidente come la principale finalità del Medical Emergency Team (MET) intraospedaliero sia la riduzione della mortalità, soprattutto tramite la diminuzione dell'incidenza degli arresti cardiaci intraospedalieri, dei decessi inaspettati e delle ammissioni non programmate in ICU (Intensive Care Unit). A tale scopo, la valutazione dei pazienti critici deve avvenire precocemente al fine di individuare, prevenire e trattare le alterazioni cardiorespiratorie o neurologiche che si accompagnano ad outcome sfavorevole. L'obiettivo del presente studio è quello di valutare la performance intraospedaliera del MET dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese (AOUS) in un anno.

Materiali e metodi. È stato analizzato il periodo 1 gennaio – 31 dicembre 2015. Per la valutazione della performance del MET, oltre che per categorizzare e quantificare gli esiti degli inter-

venti del MET, è stato utilizzato il MAELOR (multidisciplinary audit and evaluation of outcomes of rapid response) TOOL, sviluppato da Morris et al. e modificato da Sorensen EM e Petersen JA.

Risultati. Gli interventi del MET effettuati sono stati 930. Le consulenze triggerate e gestite come emergenti o urgenti non differibili sono state 358. Per queste, gli outcome positivi sono stati 246 (68,7%), mentre i negativi sono stati 112 (31,3%). I risultati della performance del MET sono riportati in Figura.

Conclusioni. Il MAELOR TOOL si è rilevato utile ed adeguato per la valutazione della performance intraospedaliera del MET dell'AOUS. I valori di performance da noi riscontrati sono sostanzialmente sovrapponibili a quelli presenti in letteratura. Tuttavia, i nostri risultati mostrano una più bassa percentuale di ricoveri tardivi in ICU, mentre la percentuale relativa agli arresti cardiocircolatori (ACC) senza ordini di DNAR (Do Not Attempt Resuscitation) è risultata più alta.

- **La valutazione del rischio di estubazione non pianificata: studio pilota attraverso l'utilizzo della scheda SDEI.**

Elena Mattavelli, Michela Mancini, Stefano Terzoni
- Centro Cardiologico Monzino Milano
elena.mattavelli@hotmail.it

L'estubazione non pianificata è un grave complicanza a cui può andare incontro ogni paziente portatore di tubo endotracheale: l'incidenza del fenomeno risulta essere compresa tra 0,5 - 35,8 per 100 pazienti in ventilazione meccanica. I determinanti che contribuiscono a favorire questo evento possono essere distinti in due grandi categorie: correlati al paziente e correlati all'assistenza infermieristica. Uno strumento di valutazione del rischio sarebbe utile al fine di prevenire le estubazioni indesiderate, tuttavia non è ancora stato individuato dalla letteratura. Per questo motivo, nel 2013 è stata creata la Scheda SDEI.

Si è svolto uno studio prospettico, multicentrico, osservazionale, in aperto presso 7 U.O. di Terapia Intensiva nel periodo luglio - ottobre 2014 al fine di definire la riproducibilità della Scheda

SDEI ed analizzare eventuali casi di estubazione non pianificata. Per raggiungere tali obiettivi la scheda veniva compilata da 2 infermieri contemporaneamente e in cieco due volte al giorno sui pazienti maggiorenni portatori di tubo endotracheale per la ventilazione meccanica.

Durante il periodo di studio sono state raccolte 310 rilevazioni effettuate con la Scheda SDEI su un campione di 91 pazienti. Il 64,3% delle doppie rilevazioni sono risultate concordanti. L'incidenza di estubazione accidentale è risultata pari al 3,3%. La maggior parte dei fattori di rischio emersi dallo studio concordano con quanto riportato in letteratura.

La Scheda SDEI risulta riproducibile se compilata in modo diligente da parte dell'infermiere. In futuro è possibile svolgere uno studio definitivo al fine di attribuire alla scheda dei punteggi per poterla utilizzare come scala di valutazione del rischio.

- **Le riammissioni in terapia intensiva, una revisione della letteratura.**

Chiara Tiberi - Azienda ospedaliera di Perugia
chiara.tibe.92@gmail.com

Introduzione. Le riammissioni in terapia intensiva sono, spesso, definite come un semplice indicatore di qualità, ma è un concetto che racchiude numerosi aspetti: il percorso assistenziale della persona e della famiglia, il lavoro di noi operatori e un costo economico poiché, una riammissione, incide in maniera consistente sulle risorse impiegate e sul budget di una struttura.

Materiali e metodi. Sono stati inclusi nella revisione studi clinici, studi clinici sperimentali, studi randomizzati e controllati, revisioni sistematiche, in un arco temporale tra il 2005 e il 2015, nelle banche dati PubMed, Google Scholar.

Discussione. Una riammissione in terapia intensiva può essere pianificata, cioè concordata al momento della dimissione e non pianificata, cioè dovuta all'insorgenza di complicanze. Oltre a dipendere dalle condizioni cliniche dell'assistito, sono influenzate da fattori sociali, economici, ma anche da altri elementi che dipendono da noi operatori: una corretta pianificazione della

dimissione, della presa in carico dell'assistito, o possono dipendere da una mancanza di comunicazione e collaborazione tra lo staff. Tutto ciò ha un costo economico, basti pensare che una terapia intensiva copre circa il 15-20% dei costi di una struttura ospedaliera. In Australia, Inghilterra e Stati Uniti è presente la figura del Liaison Nurse, che significa letteralmente "infermiere di collegamento", cioè un professionista con abilità e conoscenze specifiche che prende in carico l'assistito in questo percorso di transizione. In Italia non essendo presente questa figura, si potrebbe adottare il Case Management come modello organizzativo, per promuovere l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza infermieristica.

Conclusioni. Analizzando la bibliografia non troviamo dei parametri o delle linee guida che definiscono un modo per prevenire le riammissioni, ma l'obiettivo della revisione è porre l'attenzione sul problema, evidenziare le eventuali malpractice che possono verificarsi, individuare i modelli organizzativi che si possono applicare e gli interventi che gli operatori possono mettere in atto nella loro pratica quotidiana.

Bibliografia.

1) BADAWI O, BRESLOW MJ. *Readmissions and death after ICU discharge: Development and validation of two predictive models.*

PLOS one. 2012;7(11):e48758.doi:10.1371/journal.pone.0048758

2) CAMPBELL A, COOK JA, ADEY G, CUTHBERSON BH. *Predicting death and readmissions after intensive care discharge.* British journal of anaesthesia;2008;100(5):656-62.

EMERGENZE /URGENZE III - SALA DEL TEMPIO 2

• Rapid Response System (RRS) dell'AOU S. Luigi Gonzaga di Orbassano: risultati di quattro anni di attività.

Roberto Penso, Roberta Vacchelli, Giulio Radeschi, Mara Maniero, Patrizia Arnaud - AOU San Luigi Orbassano, Torino.

riso.penso@gmail.com

Premessa. I RRS sono diffusi in tutto il mondo

quali modelli organizzativi di gestione delle emergenze intraospedaliere e di contenimento degli eventi avversi. Nonostante manchino evidenze definitive sui principali outcome clinici, c'è consenso nel ritenere che l'efficacia di un RRS è correlata alla frequenza di interventi "dose MET (Medical Emergency Team)". Per contro il rapporto gerarchico dei reparti limita l'autonomia degli infermieri nell'allertamento e determina insufficienza del braccio afferente. L'AOU S. Luigi Gonzaga è un ospedale con 376 posti letto; la struttura del RRS comprende anche la raccolta dati e diverse iniziative formative.

Obiettivi. Scopi dello studio retrospettivo sono analizzare l'attività del RRS svolta dal 2012 al 2015 e l'impatto dell'implementazione del sistema con l'adozione negli ultimi due anni di una scheda di monitoraggio con azioni codificate di incremento delle cure (escalation care), supportata da una specifica formazione blended.

Materiale e metodi. L'analisi ha riguardato i dati registrati nella partizione Piemontese del Registro Italiano Arresti Cardiaci (RIAC); il database, web based, comprende anche le emergenze con polso. L'estrazione dati ha permesso l'analisi descrittiva ed il confronto del biennio 2012-13 vs 2014-15.

Risultati. Il risultato più evidente è l'incremento della "dose MET" passata da 19.4% a 25.2%. L'aumento delle chiamate ha riguardato esclusivamente i pazienti degenti 75.1% vs 70.4%, soprattutto nelle aree mediche 79.2% vs 73.9% a più forte caratterizzazione gerarchica, con aumento delle chiamate effettuate dagli infermieri 52.2% vs 44.2%.

Anche l'appropriatezza delle chiamate è migliorata, testimoniata dalla riduzione degli interventi che si concludono con nessun trattamento 13% vs 17.3%. La precocità di allarme ha determinato una più alta percentuale di pazienti, che dopo la stabilizzazione clinica sono rimasti nel loro reparto 63.2% vs 51.4%. Parallelamente i pazienti trasferiti in Terapia Intensiva sono diminuiti 17.4% vs 19.3%. Le decisioni di limitazione cure presa dal MET è diminuita dal 20.4% al 12.4%.

Conclusione. Il modello organizzativo è stato

implementato con una Observation Chart e con un corso specifico.

La maggiore attenzione degli infermieri dei reparti (Area Medica) è testimoniata dall'aumento delle chiamate sempre più appropriate. La precocità di intervento ha permesso una più facile stabilizzazione in reparto e la riduzione dei ricoveri in Terapia Intensiva. La sensibilizzazione dello staff dei reparti ha permesso di gestire autonomamente i pazienti con limitata aspettativa di vita riducendo gli interventi MET.

• **Simulazione e trauma team: valutazione di impatto di un corso di simulazione HIGH FIDELITY (HF).**

Salvatore Lanzarone, S. Saggi, R. Ferro, F. Lerro, V. Amelio, J. Pernechele, L. Delpiano, G. Centini - Città della Salute e della Scienza di Torino.
missaggi@gmail.com

Introduzione. Nella gestione del Trauma Maggiore (TM) un errore/ritardo nella diagnosi o trattamento può peggiorare la prognosi del paziente. Un approccio in team multidisciplinare e multiprofessionale sembra essere efficace nel ridurre tempi di diagnosi e trattamento, incrementando l'accuratezza. Tuttavia tale approccio richiede una sinergia difficile da ottenere tra membri del team di estrazione professionale eterogenea. La simulazione HF consente di sviluppare le cosiddette "capacità non tecniche" (NTS) necessarie ad un ottimale Lavoro di Squadra quali comunicazione, leadership, consapevolezza, capacità decisionale.

Materiali e metodi. Nel contesto di un Centro Traumatologico, che accoglie il TM secondo un approccio in TraumaTeam (TT), è stato approvato un protocollo aziendale che definisce le

procedure organizzative e cliniche per la valutazione, la stabilizzazione del paziente e l'organizzazione secondo un modello operativo orizzontale dei professionisti del Team, assegnando ruoli, responsabilità e indicatori per monitorare il processo stesso. Con l'obiettivo di svolgere la formazione del personale è stata allestita una sala di simulazione HF riprodotte il box di accettazione. Sono stati costruiti scenari a partire da casi reali, al fine di sviluppare le NTS, prevedendo sessioni ludico-esperienziali di team building e lezioni teoriche incentrate sul metodo CRM. Con un audit documentale pre-corso (52 osservazioni) ed uno post, intermedio, dopo tre edizioni (70% del personale formato) si sta valutando l'impatto della formazione sul contesto: risultati clinico-assistenziali, comportamenti professionali, processi di lavoro individuali e di gruppo. L'osservazione, ancora in corso, è guidata da un documento strutturato per punti che si focalizza sulle fasi essenziali del processo. L'utilizzo di schede di performance del TT, avvenuta durante gli scenari HF, ha consentito di valutare l'impatto sull'apprendimento dei partecipanti; i test a scelta multipla fine corso hanno misurato la formazione cognitiva individuale.

Risultati. In fase di raccolta/elaborazione, consentiranno di valutare l'impatto sul processo di accettazione del trauma. A partire da questa elaborazione verrà creata una sessione di Retraining (già pianificata) finalizzata a rinforzare le NTS e risolvere specifiche criticità.

Conclusioni. I primi dati raccolti sembrano dimostrare che la formazione utilizzando l'approccio HF, consente di sviluppare, migliorare le NTS e rendere omogeneo l'approccio al Trauma Maggiore. Le affermazioni citate sono inoltre corredate da bibliografia scientifica.

11 NOVEMBRE 2016 - MATTINO

9.00-10.00 Sala della Piazza

PROCLAMAZIONE E PREMIAZIONE VINCITORI PREMI "ANIARTI2016"

poster, video e premio "Aniarti Youth"

10.00-11.30

Dilemmi per gli infermieri e loro possibili contributi

Camillo Barbisan, Comitato di Bioetica della Regione Veneto

Position statement Aniarti

La cornice delle idee emerse sul "we care" al 35° Congresso Aniarti.

Fabrizio Moggia, Presidente Aniarti

11.30-14.00

Assemblea annuale dei soci Aniarti (seconda convocazione)

Chiusura del Congresso Nazionale

#aniarti2016

we care
il lavoro di assistere

35°

Congresso nazionale Aniarti

PROGRAMMA SESSIONE POSTER

- **Quantificazione del fabbisogno infermieristico in Terapia Intensiva sulla base della complessità assistenziale: focus sul Nursing Activities Score**

Flavio Gheri, Viola Massai, Marco Mostardini, Giulia Baratto, Chiara Cini, Maria Luisa Cipriani, Giovanni Capasso – Azienda ULSToscana Centro
 flavio.gheri@uslcentro.toscana.it

Quantificare la complessità assistenziale di un paziente consente d'identificare il fabbisogno infermieristico per il soddisfacimento dei suoi bisogni. Tale processo ricopre un ruolo molto importante in Terapia Intensiva (T.I.), dove le caratteristiche del paziente critico spesso determinano carichi di lavoro elevati. Lo sviluppo di uno strumento efficace per la determinazione del fabbisogno in tale contesto è stato oggetto di numerose ricerche sin dagli anni '70. Nel 2003 Miranda et al ha creato il Nursing Activities Score (NAS), un sistema a punteggio che sulla base di 23 items ha la finalità di calcolare la percentuale di tempo spesso da un infermiere nell'assistenza al paziente. Con l'obiettivo di indagare eventuali limiti strutturali del NAS e difficoltà incontrate dagli infermieri nel corso del suo utilizzo è stata svolta una revisione bibliografica consultando le banche dati Medline, e Chinal. Le parole chiave utilizzate sono "nursing activities score" "nursing workload" "critical care" "intensive care unit" "nursing management". Sono stati inclusi 12 studi rispondenti al quesito clinico formulato tramite la metodologia P.I.C.O. e i dati estratti sono stati analizzati criticamente. Dall'analisi emerge che il NAS rischia di andare incontro a un'obsolescenza, dovuta al mancato aggiornamento degli items. Gli studi evidenziano le difficoltà dagli infermieri nell'interpretazione univoca di alcuni score e la conseguente penalizzazione dell'oggettività dei punteggi ottenuti. Dal 2003, anno di pubblicazione del NAS, ad oggi l'assistenza infermieristica in T.I.

ha subito profonde modificazioni di natura sia concettuale che pratica, grazie anche all'evoluzione della tecnologia. Da questo punto di vista il NAS fatica a fornire una valutazione accurata ed è perciò auspicabile una revisione globale dello strumento che tenga conto dei recenti sviluppi. Data la complessità della gestione del paziente critico, la determinazione accurata del fabbisogno infermieristico in T.I. risulta particolarmente importante per la prevenzione degli eventi avversi, i quali sono stati correlati da molteplici studi ad una situazione di understaffing. Si palesa dunque la necessità di un metodo di rilevazione orientato alla valutazione olistica della complessità assistenziale. Dalla letteratura valutata si ritiene che il NAS richieda una rivisitazione che ne implementi la sensibilità, adattandone i contenuti all'attuale stato delle competenze e la necessità di un'indagine osservazionale, volta a indagare criticamente l'effettiva efficacia dello strumento applicato al contesto odierno.

- **Mappatura delle competenze del ICCM in Terapia Intensiva**

Francesca Gianfrancesco, Emanuela Alfieri, Anna Chiara Ferrini, Luca Lisè, Ana Lorenzo, Giovanni Messina, Lorenzo Tirelli - Azienda USL della Romagna, Rimini
 francy.g2012@yahoo.com

Background e obiettivi. Tutte le organizzazioni devono fondarsi sulla conoscenza e sulle competenze per una performance superiore e per rispondere alle necessità della comunità migliorando l'efficacia e l'efficienza del sistema. Le competenze agite e distintive tracciate in letteratura evidenziano un miglioramento della qualità assistenziale attraverso la collaborazione e il coordinamento di figure multidisciplinari impegnate in un percorso di cura in una visione olistica del paziente. Resta da definire se un modello basato sul Case Management determina cam-

biamenti positivi anche all'interno di reparti ad alta complessità assistenziale. La poca letteratura esistente sottolinea l'aspetto innovativo dello studio. L'obiettivo è una proposta di definizione di profilo di ruolo (competenze, funzioni, aree di intervento) per ICCM in T.I. Questa ricerca si è focalizzata sulla figura dell'ICCM all'interno dei reparti di T.I di Cesena (ove tale figura è attiva) e Piacenza (ove non è ancora stata introdotta) allo scopo di evidenziare i cambiamenti significativi che l'apporto professionale di tale figura può determinare all'interno delle U.O in oggetto.

Metodo. Attraverso un'intervista semistrutturata sono stati raccolti dati riguardanti attività, percezioni di valutazione, aspettative e relazioni interprofessionali dell'ICCM in modo da delineare le competenze acquisite per questo ruolo nei due contesti. La metodologia viene definita come "Sistema delle Aspettative" o "Sistema Levati".

Risultati. È evidente come un'assistenza mirata alla persona e non alla patologia, equivale ad una "percezione di qualità" e questo delinea un guadagno anche in termini di fiducia nei confronti del utente. Una figura di riferimento costante migliora la percezione delle cure ricevute grazie a disponibilità e presenza di un rapporto di continuità. Abbiamo accertato inoltre come l'introduzione dell'ICCM abbia migliorato le relazioni, la comunicazione e l'unione del team diminuendo le conflittualità e contribuendo alla creazione di un ambiente più favorevole.

Conclusioni. Con l'introduzione del ICCM, esiti di tipo organizzativo, clinico-assistenziali, di soddisfazione del paziente/famigliare e del team sono positivamente influenzati. Abbiamo ottenuto un quadro riassuntivo delle competenze dell'ICCM nelle due T.I, dati che potrebbero essere un inizio per una mappatura delle competenze di questo ruolo a livello Nazionale in un futuro.

KeyWords. Ruolo, skills, competenze-sanitarie, Critical-thinking, case management, UTI, competenze infermiere, area critica, modello pratico, modelli organizzativi.

• **L'utilizzo del problema principale "Altri sintomi e disturbi": un'indagine retrospettiva inerente gli algoritmi decisionali di triage**

Lorenzo Righi - USL Toscana SUD EST

Raffaele Ifigenia - Trauma and Orthopaedics, "Stoke Mandeville Hospital", Buckinghamshire Healthcare, NHS TRUST Mauro Olivi - Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, AOU Senese, Gruppo Triage Toscana

lorenzo.righi@hotmail.it

Introduzione. Il sistema triage toscano (Gruppo Formazione Triage, 2010) è costituito da 28 problemi principali e utilizza come modello di riferimento il Manchester Triage System (Weyrich et al., 2012).

Obiettivo. Lo scopo principale è quello di analizzare le schede di triage che presentano come problema principale di ingresso "Altri sintomi e disturbi" al fine di verificare se l'assegnazione di tale flow-chart è stata corretta per ridurre l'utilizzo. Il secondario è quello di constatare la possibilità di inserire nuovi algoritmi decisionali che possano aiutare l'infermiere nella fase di accertamento.

Materiale e metodi. È stato condotto uno studio di tipo descrittivo retrospettivo che si concentra sull'analisi delle schede di triage del Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Senese (AOUS) che presentano come motivo di ingresso "Altri sintomi e disturbi" per tutti i codici colori generati nei primi tre mesi del 2015. Per riuscire ad inquadrare questo motivo di ingresso sono state visionate tutte le schede di triage e le schede di dimissione relative. Ogni scheda è stata messa a confronto con gli algoritmi del Gruppo Regionale Formazione Triage Toscana (GRFTT).

Risultati. Dai dati si evince che la percentuale di "Altri sintomi e disturbi" costituisce il 6.9% del totale degli accessi in Pronto Soccorso, il quarto motivo d'ingresso. Analizzando le singole schede di triage si può notare che solo il 25,9% (n.234) sono stati inquadrati correttamente in "Altri sintomi e disturbi" rispetto al restante 74,1% (n.671).

Conclusioni. Dalla ricerca svolta si è notato che

nonostante ci siano delle criticità nella compilazione dei dati e nell'inquadramento di alcuni problemi principali, gli algoritmi attuali non sono sufficienti a individuare alcune sintomatologie come il dolore, il dolore non traumatico e il paziente onco-ematologico.

Parole chiave. Triage infermieristico, pronto soccorso, assegnazione, Manchester Triage System, flow-chart.

Bibliografia

GFT GRUPPO FORMAZIONE TRIAGE. *Triage Infermieristico*. 3° ed. Milano: McGraw-Hill, 2010;

BECCATTINI G, RUGGERI M, BAMBÌ S. *L'esperienza del Gruppo Triage Toscano: dalla revisione degli algoritmi decisionali alla proposta di un metodo di lavoro*. *L'Infermiere* 2/2011

• **Azioni di miglioramento per la gestione del Catetere Venoso Centrale (CVC) in ICU**

Serena Viappiani, Vita Frazzetta, Ilaria Generali - AOU Policlinico di Modena
 sereviap@yahoo.it

Introduzione. I CVC sono usati frequentemente nella pratica clinica, interessano una popolazione elevata di pazienti ricoverati in ICU e viene indicato in letteratura come una delle procedure prioritarie a cui dedicare attenzione nei programmi di prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza.

Obiettivi. Si è deciso di mettere in atto azioni di miglioramento EBM che avessero come obiettivo principale l'uniformità dei comportamenti da parte di tutti gli operatori, la standardizzazione delle procedure di approccio e gestione del CVC e un'attesa di diminuzione delle infezioni ad esso correlate.

Materiali e metodi. Nell'ambito del progetto di revisione delle procedure, attuate all'interno del reparto TIPO del Policlinico di Modena, l'attenzione alla procedura di utilizzo del CVC è stata identificata come un'area prioritaria di sorveglianza e di intervento sulla base sia delle indicazioni di letteratura che dalla rilevazione di un aumentato numero d'infezioni correlate a pratiche assistenziali all'interno dell'UO. È stato creato un gruppo di lavoro che, dopo un'attenta re-

visione della letteratura, ha elencato una serie di raccomandazioni da attuare come l'igiene delle mani, l'antisepsi della cute integra con clorexidina al 2%, l'introduzione di presidi di protezione individuale e vestizione anche per il secondo operatore. Sono state apportate ulteriori modifiche quali la riduzione dei rubinetti nelle linee infusive, disinfezione/scrub del punto d'accesso, il posizionamento di garze sterili e disinfettante di comodo utilizzo per l'operatore e sostituzione delle linee infusive ogni 96 ore. Inoltre è stata creata un'apposita check-list da allegare al kit sterile per il posizionamento del CVC nella quale vengono elencati i punti chiave da tenere in considerazione prima e durante la manovra. Un'attenzione particolare è stata dedicata alla formazione del personale sia sul campo che residenziale; sono stati diffusi dei bundles, con lo scopo di essere attuati e implementati insieme per migliorare sensibilmente la qualità dell'assistenza e per dare risultati migliori rispetto ad una loro applicazione separata.

Conclusioni. La revisione delle procedure sull'introduzione e gestione del CVC, la creazione e diffusione di bundles, la formazione degli operatori ha portato a sensibilizzare tutta l'equipe sulla centralità del tema in questione e a standardizzare i comportamenti comportamenti messi in atto oltre che una diminuzione delle infezioni CVC correlate. Crediamo di aver sperimentato e consolidato un metodo di lavoro ora replicabile per altri progetti.

• **Gestione della glicemia nel paziente critico: protocolli a confronto**

Fabio Macaluso, Selena Bignardi, Francesca Maffei, Serena Viappiani, Vita Frazzetta, Barbara Ferrari, Giancarla Bergonzini - Azienda U.S.L. Modena
 fabiomacaluso@libero.it

Introduzione e obiettivi. Quotidianamente assistiamo pazienti diabetici, cronici o di nuova insorgenza. Elevati livelli di glucosio manifestano, oltre la malattia, la reazione dell'organismo allo stress fisiologico indotto dall'evento critico che ha portato i pazienti alla nostra assistenza. L'associazione tra iperglicemia e aumento della

mortalità e della morbilità dei pazienti critici è già nota e quindi oggetto di vari studi che valutano gli effetti di un controllo aggressivo del valore di glucosio ematico. L'infusione continua di insulina porta a normalizzare il valore della glicemia e questo, riportato da vari studi, risulta essere l'unico metodo efficace della gestione dell'iperglicemia e delle complicanze ad essa associate. Da qui nasce la necessità di adottare un protocollo standardizzato che tenga conto dei vari target glicemici da mantenere in differenti tipologie di paziente critico.

Materiali e metodi. In occasione del Convegno "Anestesia e Terapia Intensiva nella Terra dei Motori" di Aprile 2016 si è deciso di revisionare la letteratura e di mettere a confronto i protocolli di tre Terapie Intensive della provincia di Modena.

Risultati. Nella Rianimazione polivalente (ospedale di Carpi) è emerso che il protocollo in uso a gestione infermieristica, basato sul "Nice Sugar Study" con target glicemico 140-180 mg/dl ben si adatta alla tipologia di pazienti che vi afferiscono. Nella rianimazione traumatologica, post-chirurgica e neuro-chirurgica ospedale di Modena, il sistema di supporto decisionale computerizzato (Space Glucose Control - SGC) con target glicemico 150-180 mg/dl è risultato essere molto affidabile nonostante implichi un impegno maggiore del personale infermieristico che comunque non può essere sostituito in quanto tale sistema non tiene conto di determinati parametri variabili.

• **La presenza dei familiari durante le manovre rianimatorie: studio osservazionale sulle percezioni degli infermieri del DEA**

Marco Fioravanti, Monica Vincenzetti Giancarlo Cicolini Carlo Della Pelle – ASUR Marche
m.fioravanti87@hotmail.it

La presenza dei familiari durante la rianimazione cardiopolmonare è definita come la possibilità di scelta da parte di un membro della famiglia di essere presente nella stessa stanza con il paziente durante le manovre rianimatorie in una posizione che permette il contatto visivo o fisico. Poiché i modelli assistenziali infermieristici

sono incentrati sulla visione olistica del paziente, la presenza dei familiari durante manovre rianimatorie potrebbe essere la esplicitazione del principio cardine del modello di cura incentrato sulla famiglia. Nonostante la letteratura sull'argomento ne confermi l'utilità, tale pratica non è sempre ben tollerata dal personale sanitario. È, quindi, importante conoscere ed analizzare i punti di vista degli operatori sanitari per comprendere perché questo aspetto dell'assistenza non sia ancora ampiamente implementato. È stato condotto uno studio che ha coinvolto gli infermieri di nove DEA italiani per valutarne opinioni ed esperienze circa la possibilità della presenza dei familiari dei pazienti durante l'esecuzione delle manovre rianimatorie. **Materiali e Metodi.** Uno studio multicentrico, cross-sectional, no profit è stato condotto tra novembre 2015 e febbraio 2016 nei DEA di una regione italiana. Ai partecipanti è stato somministrato un questionario validato il cui utilizzo è stato concesso dagli autori, su espressa autorizzazione della European Federation of Critical Care Nursing Association. **Risultati.** Hanno preso parte alla ricerca 308 infermieri, prevalentemente di sesso femminile (62.3%), con età compresa tra 41 e 45 anni e con una anzianità di servizio totale ≤ 10 anni. Il 63% dei partecipanti ha effettuato RCP in presenza dei familiari e meno del 10% ha invitato almeno una volta un familiare. Gli infermieri dell'emergenza territoriale sembrano avere maggiore esperienza con tale situazione.

• **Best Practice ed evidence-based nursing: analisi comparativa tra due sistemi di fissaggio per Catetere Venoso Centrale STATLOCK® VS SORBAVIEW-SHIELD®**

Jessica Lupo - AOU Maggiore della Carita' di Novara
jessica.lupo@email.it

Introduzione. Evidenze scientifiche mostrano come le suture che fissano i CVC alla cute siano fonte di contaminazione batterica e un sistema di stabilizzazione di dubbia efficacia. Sono stati introdotti sutureless device ad adesività cutanea che garantiscono stabilità, riducono il rischio di dislocazione e infezione, permettono di osser-

vare exit-site.

Obiettivo. Confrontare 2 sistemi di fissaggio sureless per CVC con caratteristiche tecniche simili, Statlock® (STAT) e SorbaView-Shield® (SORBA).

Materiali e Metodi. Il campione è 104 pazienti, età > 18 anni, ricoverati da 3 a 7 giorni presso la SCU di Rianimazione dell'AOU Maggiore della Carità di Novara. Esclusi pazienti ustionati nell'area di interesse, con accesso venoso femorale, sudorazione abbondante o con uno stato cutaneo con segni di flogosi, infezione o sanguinamento. I sistemi sono stati valutati con scheda di monitoraggio compilata dagli Infermieri, dei quali è stato valutato il gradimento dei dispositivi con intervista orale.

Risultati. Si è focalizzata l'attenzione su: rinnovo del dispositivo; medicazione exit-site; dislocazione e sostituzione catetere; segni di allergia o infezione. È stata eseguita l'analisi della durata dei dispositivi in sede per il totale dei giorni (gg) di osservazione: STAT 45 gg, SORBA 42,5. 55 rinnovi per SORBA in 42,7 gg, 30 per STAT in 45 (IC 95% 1,21-3,12). Medicazioni exit-site con rinnovo della pellicola trasparente, confronto tra SORBA e Tegaderm I.V.® (TEGA): 55 per SORBA, per TEGA 44 (IC 95% 0,87-2). Dislocazioni CVC: 9 per SORBA, mentre 0 per STAT (IC IRD 0,07-0,34). Sostituzioni catetere 11 con SORBA, 1 con STAT (IC 95% 1,68-498,97). Non sono state eseguite analisi sui dati di segni di infezione o allergia per l'assenza di eventi.

Discussione. I dispositivi di fissaggio sono stati sostituiti quando non garantivano l'adeguata stabilità del catetere, risultavano staccati dalla cute, in caso di dislocazione e successivo rinnovo del catetere, trascorsi 7 gg. SORBA 55 rinnovi (IR 1,28), STAT 30 rinnovi (IR 0,66); 9 dislocazioni per SORBA, mentre 0 per STAT; le pellicole trasparenti semipermeabile di copertura exit-site non hanno garantito la performance dichiarata. Gli Infermieri ritengono per il 58% STAT il sistema migliore come adesività e con TEGA, la medicazione migliore. Il 38% ha scelto SORBA.

Conclusioni. I dati sono a favore di STAT, le preferenze degli Infermieri non risultano così divise: la combinazione di medicazione e sistema di fissaggio

in un solo, SORBA, rende l'applicazione più rapida, rispetto al reperire 2 componenti separate, STAT e TEGA.

• **Cannula nasale ad alti flussi versus maschera di venturi nel periodo post estubazione: un trial controllato randomizzato**

Roberto Rossi - AOU Maggiore della Carità di Novara

rougeroby76@alice.it

Problema. La maschera di venturi è il dispositivo più utilizzato per ossigenoterapia nel paziente critico; tale dispositivo eroga una frazione di ossigeno nota con un basso livello di umidificazione. Un altro sistema, l'OPTIFLOW® è stato recentemente proposto per erogare alti flussi (fino a 60 l/min) di ossigeno umidificato mediante cannule nasali. Il lavoro di ricerca è stato di valutare se l'utilizzo dell'OPTIFLOW®, nelle insufficienze respiratorie post estubazione, riduca la necessità di ventilazione meccanica. Obiettivi secondari sono stati la valutazione dei parametri del respiro (PaO₂/FiO₂, PaCO₂, SpO₂ e frequenza respiratoria), emodinamici (pressione arteriosa media e frequenza cardiaca) e della tollerabilità del presidio.

Metodi. Sono stati inclusi nello studio 71 pazienti con insufficienza respiratoria non ipercapnica non affetti da Sindrome da distress respiratorio acuto, che necessitano di ossigenoterapia nel periodo appena successivo all'estubazione. Dopo l'estubazione, 33 pazienti sono stati randomizzati per ricevere ossigeno attraverso la maschera di venturi e 38 pazienti attraverso l'OPTIFLOW®. Con entrambi i sistemi, la concentrazione iniziale di ossigeno è stata regolata in modo da ottenere una saturazione periferica tra il 92 e il 98%. Sono stati registrati i dati emodinamici e respiratori per 48 ore.

Risultati. Il gruppo di pazienti trattati con OPTIFLOW® ha mostrato una riduzione della percentuale di fallimento dell'estubazione del 22%. Il PaO₂/FiO₂ mostra un andamento di superiorità nel gruppo dell'OPTIFLOW® rispetto al gruppo Venturi che diventa significativo a 36 ore. Questo risultato è in linea con la saturazione perife-

rica di O₂. L'analisi della frequenza respiratoria dopo l'estubazione ha mostrato un minor numero di atti respiratori al minuto per il gruppo OPTIFLOW® rispetto al gruppo Venturi, mentre non è stata evidenziata nessuna differenza per quanto riguarda la PaCO₂. per quanto concerne invece l'emodinamica, non sono state riscontrate differenze nella pressione arteriosa media, né nella frequenza cardiaca. Non ci sono state differenze in termini di comfort e grado di secchezza delle vie aeree tra i due gruppi.

Conclusioni. Possiamo affermare che il sistema OPTIFLOW® è un metodo efficace per l'ossigenoterapia dopo l'estubazione, essendo in grado di ridurre la percentuale di re intubazioni e fornendo un'adeguata ossigenazione e umidificazione, a parità di comfort, rispetto alla maschera di venturi.

• **Evaluate nursing workload in Pediatric ICU: a pilot study**

Silvio Simeone, Alessandra D'Auria, Gianpaolo Gargiulo, Assunta Guillari, Teresa Rea – AOU Federico II

*Marco Zucconi - AO di Perugia
silviocecilia@libero.it*

Introduzione. I carichi di lavoro ed i nuovi assetti organizzativi all'interno dei quali i professionisti devono operare indicano inequivocabilmente che la complessità dei reparti non può più essere valutata adottando come unico criterio il numero dei posti letto occupati. La stima e il monitoraggio del bisogno assistenziale è indispensabile per "l'operatore del domani", chiamato non solo a prendere decisioni per la salute del proprio assistito, prevedendone le conseguenze, ma anche ad erogare le migliori cure possibili spesso in situazioni di carenza cronica di personale. Scopo. Valutare il carico assistenziale degli infermieri di ICU pediatriche, ambito che risulta privo di score ad hoc.

Disegno. Studio osservazionale longitudinale. Strumenti: il "Nursing Activities Score" (Miranda et al, 2003) sembra rispondere più di altri alla necessità di valutare precisamente il carico di lavoro infermieristico in contesti intensivi; alcu-

ni studi condotti in area neonatale e pediatrica rappresentano il punto di partenza per il presente lavoro (Campagner et al, 2014) (Freya et al, 2013) (Debergh et al, 2012) (Asnaghi et al, 2014) (Da Silva Castilho et al, 2011) (Nuner et al, 2013).

Risultati. I risultati derivanti dall'analisi dei 415 questionari rilevati sono stati affiancati e messi in relazione con le diagnosi d'ingresso ed alcuni indicatori di efficacia ed efficienza quali la degenza media, il tasso di occupazione, l'indice di rotazione dei posti letto e l'intervallo di turn-over

Conclusioni. Nelle terapie intensive pediatriche non sono numerosi gli studi condotti sulla quantificazione del carico di lavoro infermieristico, soprattutto per l'assenza di score appropriati ad indagare tale ambito. Dagli outcomes del nostro studio emerge come la classificazione dei pazienti per complessità assistenziale permetterebbe di ridistribuirli in base all'intensità di cura richiesta: tale riorganizzazione garantirebbe una più razionale allocazione del personale, al quale si consentirebbe di gestire in maniera più efficiente le proprie risorse e, conseguentemente, le richieste da assolvere. Il monitoraggio quotidiano della complessità assistenziale dei piccoli pazienti non solo permetterebbe uno scrupoloso controllo del livello di performance del personale in relazione alla gravità delle persone assistite (stimolando lo sviluppo di una più consapevole identità professionale e promuovendo un confronto solidale e formativo), ma rappresenterebbe anche una valida guida per i responsabili infermieristici per il governo delle risorse umane.

• **Introduzione di un nuovo presidio per l'igiene orale del paziente in Terapia Intensiva**

Natalia Catanese, Saverio Braggio - Irccs San Martino, Genova

catanesen@libero.it

Nuovo presidio: garza monouso contenente Clorexidina 0.12% per digital brush.

Obiettivi: mantenere la disinfezione del cavo orale - prevenzione VAP - rendere l'azione di igiene snella ed efficace - ridurre i tempi di azione - aumentare la frequenza degli interventi -

aumentare il confort del paziente sottoposto a ventilazione meccanica con stato di coscienza vigile - favorire un'azione autonoma nei pazienti in fase di svezzamento da ventilazione meccanica assistita o in ventilazione spontanea.

Materiale e Metodo: l'operatore svolge l'azione di igiene del cavo orale tramite salvietta monouso igienizzante e antisettica contenente Clorexidina 0.12% seguita da compilazione di un questionario di tipo osservazionale, con appositi indicatori: capacità di detersione, umidificazione delle mucose, stato di benessere del paziente, tempi di igiene, controindicazioni apparenti, indicazione particolarmente favorevole. Al termine dell'osservazione si definiscono sistemi diversificabili correlati ai device e target del paziente in terapia intensiva, tempi, costi, punti di forza e punti di debolezza nell'utilizzo del nuovo presidio.

- **Apprendimento di practice skill : la compatibilità y-site dei farmaci endovenosi nella gestione nel paziente critico**

Michela Barisone - Ospedale Santa Corona di Pietra Ligure

Federico Rosso - Dipartimento di Cardiologia, Unità di Cure Coronariche Ospedale Humanitas, Rozzano (Milano)

michela.barisone@libero.it

Introduzione. La preparazione e somministrazione di farmaci endovenosi è accompagnata dal rischio di reazioni indesiderate. Prevenire gli eventi avversi e migliorare la sicurezza dei pazienti sono obiettivi chiave della formazione infermieristica. In letteratura sono presenti pochi studi riguardanti la frequenza di reazioni di incompatibilità tra farmaci endovenosi e viene affermata la necessità di implementare questa tipologia di formazione. Assistere pazienti sempre più complessi, pluripatologici, talvolta con scarso patrimonio venoso, richiede spesso l'infusione in contemporanea di più soluzioni. Questo necessita di una conoscenza adeguata della farmacologia che richiede l'utilizzo di presidi specifici come gli accessi Y-SITE.

Metodo. Da Settembre 2015 a Febbraio 2016,

è stato condotto uno studio qualitativo, su 15 studenti del terzo anno del Corso di Laurea in Infermieristica del polo di Pietra Ligure (Università degli Studi di Genova). Dopo un seminario formativo sull'interazione e compatibilità tra farmaci, attraverso la simulazione di casi clinici sono stati predisposti dei setting in laboratorio di simulazione, per la gestione della terapia infusoria nel paziente critico e con instabilità emodinamica, attraverso l'utilizzo dell'accesso Y-site. In seguito gli studenti sono stati intervistati attraverso domande semi strutturate, mediante Focus group.

Risultati. I partecipanti riferiscono scarsa conoscenza inerente la compatibilità dei farmaci endovenosi e dichiarano una modalità di somministrazione della terapia infusoria non eterogenea tra gli infermieri. I tutor didattici raramente si soffermano a discutere con lo studente, in sede di tirocinio, di concetti quali compatibilità, osmolarità e Ph dei farmaci endovenosi e un atteggiamento di sottostima del problema da parte dell'infermiere. Questa percezione genera confusione nello studente.

Conclusioni. Questo studio dimostra essere ancora rilevante la carenza di conoscenze sulla compatibilità dei farmaci endovenosi e utilizzo di device e accessi specifici come Y-site da parte dello studente. La gestione di pazienti ad elevata complessità assistenziale, richiede spesso l'infusione di più farmaci che vanno infusi nella maniera più corretta per una risposta efficace e per prevenire eventi avversi e garantire la sicurezza del paziente. Una buona conoscenza deve guidare ad una migliore gestione dei device disponibili.

Bibliografia

COUSIN DH, SABATIER B, BEGUE E, SCHMITT C AND HOPPE-TICHY T. *Medication errors in intravenous drug preparation and administration: a multicentre audit in UK, Germany and France.* Qual Saf Health Care 2005

- **Percezione, conoscenza e formazione all'emergenza-urgenza negli adolescenti: risultati di una sperimentazione**

Francesco Germini, F. Cassano, A. Colella, F. Spec-

chia, M. Tauro – ASL Bari
germini@email.it

Obiettivi. L'obiettivo dello studio è quello di valutare l'efficacia della formazione all'emergenza-urgenza nei confronti di adolescenti al terzo anno di scuola media.

Materiali e metodi. Lo studio si è svolto secondo un protocollo quasi sperimentale: sono stati organizzati dei corsi presso la scuola media "Tommaso Fiore" di Bari coinvolgendo tutte le classi terze presenti (9 classi in tutto). Sono stati organizzati 9 corsi della durata di 4 ore, in cui è stato trattato il primo soccorso riguardo le seguenti situazioni: Colpi di sole e colpi di calore, Emorragie, Arresto cardiaco, Traumatismi, Ustioni, Avvelenamenti, Allergie, Ostruzioni respiratorie, Crisi epilettiche, Trattamento delle ferite. I contenuti del corso sono stati definiti mediante focus group con infermieri esperti dell'area emergenza con almeno 5 anni di esperienza. La metodologia didattica applicata ha privilegiato l'interazione continua e il confronto con i discendenti, stimolati ad intervenire da parte dei docenti e con l'utilizzo di manichini per le esercitazioni pratiche. I docenti erano tutti infermieri esperti di area critica o con certificazione BLSD – PTC. I corsi si sono tenuti presso la scuola nel periodo aprile – maggio 2016 con valutazione pre-post corso, e a distanza di circa 1 mese è stato nuovamente somministrato il questionario per valutare l'eventuale perdita di informazioni a medio termine

Risultati. La valutazione dell'efficacia della formazione è stata effettuata somministrando un questionario di 15 domande a risposta multipla sugli argomenti del corso, all'inizio e alla fine del corso. Lo stesso questionario è stato somministrato a distanza di un mese. L'elaborazione dei risultati è stata effettuata valutando le medie delle risposte esatte prima e dopo il corso. I ragazzi coinvolti sono stati in totale 225, suddivisi in nove classi terze. Media risposte esatte prima del corso: 10.06, Dev.St. 2.199; Media dopo il corso: 13.57, Dev.St. 1.73.

- **L'utilizzo di una scala di valutazione e di un triage infermieristico diminuiscono il rischio di caduta in ospedale dei pazienti post intervento cardiovascolare? Studio prospettico presso la Fondazione Toscana Gabriele Monasterio**

Luca Fialdini, Eleonora Benelli, Danilo Caserta, Marco Vaselli, Stefania Baratta - Fondazione Toscana Gabriele Monasterio
fialdiniluca@gmail.com

Introduzione. Le cadute sono tra gli eventi avversi più frequenti, e per questo risulta fondamentale implementare uno strumento efficace per la prevenzione e sicurezza dei pazienti. In Italia le cadute costano al Ssn oltre 400 milioni di euro/annui. Il sistema di monitoraggio, la procedura e l'implementazione dello strumento per valutare il rischio, e la distribuzione di materiale informativo sono elementi a garanzia del processo.

Materiali e metodi. Studio prospettico multicentrico (Massa/Pisa), dal 1/06/2015 al 31/07/2015, comprendente i pazienti ricoverati, con età ≥ 65 anni, post intervento cardiocirurgico e/o procedura emodinamica. Esclusi i pazienti in urgenza e in stato di incoscienza all'ingresso. La Retos è stata scelta come strumento di valutazione del rischio applicato dall'infermiere all'accettazione.

Risultati. 566 valutazioni (44,9% all'ingresso, 26,7% a 72 ore dal ricovero e 28,4% dopo 120 ore), osservati 254 pazienti, età media 75,82 anni (DS 6,504). La maggioranza della popolazione è rappresentata dal sesso maschile (64,6%). I pazienti caduti sono stati 5: 3 ricoverati presso la degenza adulti dell'Ospedale del Cuore di Massa e 2 nella sub intensiva 2 cardiologica della struttura di Pisa. Per ciascuna delle 28 variabili dello studio, compreso lo score, siamo andati ad analizzare la significatività statistica del confronto tra i due gruppi (caduti e non caduti) attraverso il calcolo del p value. I principali items, statisticamente significativi, sono: Score, Domanda 5 – Vertigini o capogiri durante la degenza?, Domanda 7 – Deficit di udito?, Domanda 12 – Cammina senza ausili, aggrappandosi agli arredi?, Doman-

da 15 – Difficoltà a muoversi nel letto?, Domanda 18 – Difficoltà nello svolgere azioni quotidiane? E' stata fatta poi un'altra analisi: attraverso il metodo non parametrico della random forest, la scala ReTos ha dato la possibilità di stratificare la nostra popolazione in tre gruppi: gruppo 1: 1 caduto su 89, gruppo 2: 1 caduto su 94, gruppo 3: 3 caduti su 71.

Conclusioni. Questo studio non ci ha dato una predizione sul rischio caduta ma ci ha dato la possibilità di stratificare la popolazione in tre gruppi, permettendo di pianificare l'assistenza infermieristica in base ai bisogni. Ha fornito formazione e informazione agli operatori, ai pazienti e ai caregivers, e ha permesso di valutare il rischio di caduta correlato a problemi strutturali riferiti sia all'ambiente che alle attrezzature ed arredi. Attraverso una flow chart l'Infermiere attua un vero e proprio triage, classificando i pazienti a basso, medio e alto rischio.

• **Segnalazione degli eventi aggressivi via App: sperimentazione in Pronto Soccorso**

Nicola Ramacciati, Enrico Lumini, Laura Rasero, Marco Proietti Righi, Andrea Ceccagnoli, Beniamino Addey - Azienda Ospedaliera di Perugia – Università degli Studi di Firenze
nicola.ramacciati@unifi.it

Introduzione. La violenza nei confronti dei sanitari è un fenomeno mondiale. Gli infermieri di PS sono tra i più esposti. In Italia il Ministero della Salute ha emanato nel 2007 la "Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari", episodi considerati eventi sentinella da segnare al Sistema Nazionale di Monitoraggio degli Errori in Sanità.

Dall'analisi dei Rapporti emerge che il fenomeno è rilevante. Nonostante i sistemi di registrazione e monitoraggio della violenza siano sempre più diffusi, la sottosegnalazione (stimata attorno all'80%) rimane un ostacolo alla conoscenza del problema e alla verifica dell'efficacia degli interventi di prevenzione e contrasto.

Metodi. La scheda di segnalazione a 16 items in uso al Pronto Soccorso di Perugia è stata riprodotta in un applicativo per smathphone e pc.

Attraverso replicazione di una survey già utilizzata per verificare il sistema, verranno confrontati tramite test parametrico i dati dell'APP vs il sistema di registrazione tradizionale cartaceo a 6 mesi dall'avvio della sperimentazione.

Risultati. I dati preliminari stanno evidenziando l'efficacia del sistema di segnalazione tramite APP in confronto alla segnalazione tramite scheda cartacea.

Conclusioni. Studi recenti suggeriscono che l'uso di sistemi semplici e agevoli di registrazione potrebbero facilitare la segnalazione degli eventi violenti.(10) La sperimentazione in corso sembra confermare questa possibilità.

Bigliografia

PICH J ET AL. *Patient-related violence against emergency department nurses.* Nurs Health Sci. 2010;12: 268-74

Ministero della Salute. *Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.* 2007

Ministero della Salute. *Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella 5° Rapporto.* 2013

KOWALENKO T ET AL. *Development of Data Collection Instrument for Violent Patient Encounters against Healthcare Workers.* West J Emerg Med 2012;13:429-33

FERNS T. *Recording violent incidents in the emergency department.* Nurs stand 2012;26:40-48

STONE J ET AL. *Workplace violence in the emergency department: giving staff the tools and support to report.* Perm J 2015;19:e113-177.

RAMACCIATI N ET AL. *Violence toward nurses in the triage area.* Scenario 2013;30:4-10

KENNEDY MP. *Violence in emergency department: under reported, unconstrained and unconscious.* Med J Aust 2005;183:362-65

HOGARTH KM ET AL. *Nurses' attitudes towards the reporting of violence in the emergency department.* Australas Emerg Nurs J 2015;pii:S1574-626

• **Il See and Treat Toscano come modalità di presa in carico tra PS e Case della Salute**

Lorenzo Righi, Stefania Brogini, Sabrina Tellini, Giovanni Becattini - USL Toscana SUD EST
lorenzo.righi@hotmail.it

Introduzione. La regione Toscana ha avviato il progetto sperimentale del See and Treat (S&T) elaborato nel 2007 per dare una risposta assistenziale alle urgenze minori e fornire al cittadino una risposta appropriata coinvolgendolo nel processo di erogazione delle cure (delibera n. 958/2007 e n. 449/2010). Il S&T si è dimostrato sicuro e favorevolmente accolto dall'utenza ma non applicato omogeneamente in regione. Nel 2010 con il DGRT n.625 in Toscana vengono istituite le prime Case della Salute per riunire in un unico centro le prestazioni fornite dai medici di famiglia, dai pediatri, dagli specialisti ambulatoriali, dalla guardia medica, e dall'insieme dei servizi socio sanitari. Al suo interno, la figura dell'infermiere riveste un ruolo chiave, attuando interventi di promozione, prevenzione, educazione e formazione nell'autogestione delle malattie croniche.

Obiettivo. Analizzare e individuare la casistica minore afferente ad un Pronto Soccorso periferico e gestibile con S&T correlando le competenze cliniche e diagnostiche in ottica di applicabilità in ambito territoriale all'interno delle Case della Salute.

Materiali e metodi. Analisi osservazionale retrospettiva della documentazione 2015 dei codici a bassa priorità in un PS dell'USL Toscana Sud Est. Revisione della letteratura sul sistema di classificazione delle NANDA-I e della sua applicazione in ambito dell'emergenza.

Risultati e discussione. L'analisi preliminare dei dati 2015 evidenzia la persistenza della casistica a bassa priorità ed il fatto che in buona percentuale questa è suscettibile di trattamento con approccio S&T. La sostanziale invarianza rispetto ai dati di riferimento, presi ad esempio quando in Toscana fu avviata la sperimentazione S&T, attesta l'importanza di esportare questo approccio anche in ambito territoriale; tale necessità è avvalorata dalla presenza della popolazione over 65 anni nella casistica di riferimento. La rispondenza evidenziata tra problemi e Diagnosi NANDA dimostra non solo la liceità dell'intervento infermieristico nel S&T in Pronto Soccorso ma pone i presupposti per la sua applicazione nelle Case della Salute.

Conclusioni. Il S&T si conferma come approccio disponibile per gli infermieri che seguano un appropriato percorso formativo. A dispetto delle difficoltà di diffusione nelle strutture di pronto soccorso italiane, l'approccio S&T si conferma essere candidato necessario ed efficace per la presa in carico dei problemi minori in qualunque setting assistenziale. Key word. S&T, diagnosi NANDA, PS per flussi, competenze infermieristiche, Case della Salute.

• **I ricordi precoci come esito psicologico nei pazienti dimessi dalla Terapia Intensiva: studio prospettico quali-quantitativo**

Alessia Lobefalo, Gianfranco Sanson, Adriana Fasci - Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste

alessia.lobefalo@gmail.com

Introduzione. Spesso l'esperienza in Terapia Intensiva (TI) è associata a ricordi sgradevoli, frammentati o assenti. Ne può conseguire lo sviluppo di morbilità psicologica.

Obiettivo. Analizzare i ricordi legati alla TI.

Metodi. Studio prospettico quanti-qualitativo. Cento persone sono state intervistate a pochi giorni dalla dimissione dalla TI con l'Intensive Care Unit Memory (ICUM) tool; 44 interviste sono state sottoposte ad analisi qualitativa.

Risultati. I temi principali sono stati il ricordo dello scorrere del tempo, di sé/di altri pazienti e di sensazioni come dolore, tristezza, ansia o paura. I più frequenti ricordi reali erano legati ai familiari, seguiti da visita medica, voci, luci e facce, soprattutto nelle persone più lucide e meno gravi. Ricordata con disagio l'assenza di riferimenti sullo scorrere del tempo. Per alcuni le voci degli operatori erano un ricordo piacevole ma i più hanno descritto come disturbanti e irrispettosi i momenti conviviali del personale e il parlare di altri degenti o di questioni private. Molti ricordavano lucidamente episodi in cui erano agitati, spesso per l'impossibilità di comunicare un disagio, nei quali il personale è intervenuto ricorrendo a contenzione fisica o sedazione. I più frequenti ricordi riferiti a sensazioni erano legati a posizione scomoda e dolore. Per alcune varia-

bili ICUM (es. tubo tracheale, aspirazione, contenzione) spesso non rimaneva il ricordo reale ma della sensazioni spiacevoli ad essi associate. Il momento del risveglio era legato al ricordo di disorientamento e paura, specie in chi non sapeva di essere in TI. Oltre metà dei pazienti (soprattutto con stato di coscienza compromesso, infezione, sottoposti a contenzione e più a lungo in ventilazione meccanica) ricordava sogni, incubi, allucinazioni o che volessero fargli del male (ricordi "deliranti"). L'analisi di correlazione ha evidenziato che i ricordi reali erano maggiormente associati a emozioni e sensazioni, mentre allucinazioni o amnesie erano associate a stati emotivi di ansia e paura.

Conclusioni. Spesso chi è ricoverato in TI può sentire, vedere, provare emozioni che generano ricordi reali, deliranti o legati a emozioni; altre volte il ricordo è assente o parziale. Anche se i ricordi svaniscono, a volte restano le sensazioni a loro legate. Lo studio fornisce indicazioni utili all'assistenza. Grande attenzione va posta agli aspetti relazionali della cura. L'infermiere dovrebbe considerare la prospettiva narrativa, sollecitando la persona a scrivere la sua esperienza per aiutarla a ricostruire i momenti di vita perduti.

• **BLSiaDi**

Juri Gorelli, Gianni Torelli, Massimo Muzzi - Az. osp. universitaria senese
j.gorelli@ao-siena.toscana.it

Con diversi colleghi infermieri dell'Azienda ospedaliera universitaria senese, abbiamo costituito un'associazione con lo scopo di formare i cittadini della nostra provincia alle manovre salvavita e all'utilizzo del defibrillatore. Questo ci ha permesso di formare una grande quantità di persone laiche (560 nell'anno 2015 - 603 nei primi 6 mesi del 2016), inoltre la nostra attenzione si è concentrata nelle scuole della nostra città e abbiamo deciso di coinvolgere 4 presidi scolastici, prevalentemente scuole medie inferiori un totale di 410 ragazzi delle classi 2 e 60 ragazzi di una scuola primaria, formandoli al BLS e utilizzo del defibrillatore. Tutto il percorso si è concluso con una giornata di festa organizzata con il co-

mune di Siena Chiamata "BLSiaDi" dove in maniera del tutto simpatica sono state riproposte le fasi del BLS, seguendo un percorso a tappe e donando alle 4 scuole un defibrillatore.

Con il poster vorremmo portare i dati che sono stati raccolti durante i corsi di formazione e gli obiettivi raggiunti.

• **Turno di lavoro e pratiche infermieristiche: revisione della letteratura**

Stefano Bernardelli, Martina Bertacco, Alfio Patanè - zienda Ospedaliero Universitario Integrata di Verona

bernardelli.stefano@alice.it

Introduzione. Le pratiche di assistenza infermieristica nel reparto di terapia intensivi sono influenti ai fini della modalità di cura degli infermieri. Essa richiede la capacità fine di far fronte a situazioni complesse rapide e precise, la competenza di integrare le informazioni, formulare giudizi e definire le priorità; comprensione del linguaggio tecnologico e la padronanza e l'interpretazione dei codici macchina per prendersi cura dei pazienti, umanizzazione e valorizzazione dell'esperienza soggettiva dei pazienti. Questi aspetti caratterizzano la pratica clinica che è tipica della terapia intensiva e delle attività infermieristiche per i pazienti in condizioni critiche; essa comporta elementi oggettivi e soggettivi elementi che si combinano con le competenze tecniche, la tecnologia e umanizzazione. Gli elementi caratteristici di questa pratica clinica coniugano tra loro vari professionisti ognuno con la propria storia personale e professionale comportandosi così in maniera differente quando ci si confronta con la medesima situazione.

Obiettivo. Analizzare le rappresentazioni sociali di infermieri circa le pratiche di terapia intensiva al raffronto delle variabili: anni dalla laurea e turno lavorato.

Materiali e Metodi. E' stata condotta nel mese di giugno 2016 una ricerca bibliografica mediante l'utilizzo delle banche dati: PubMed PsycInfo; CINAHL, SCOPUS, mediante le parole chiave: intensive care unit, nursing care, social psychology.

Risultati. 9 articoli sono emersi per la revisio-

ne, di cui 2 di studi qualitativi e 7 quantitativi. Gli infermieri che svolgono maggiormente turni diurni sono più pragmatici e orientati all'operatività. Gli infermieri con meno anzianità di servizio hanno una visione critica delle loro pratiche, mentre infermieri più esperti applicano le conoscenze pratiche nel loro processo decisionale e azioni.

Conclusioni. Il rapporto di vicinanza o distanza da pazienti, mediata dal supporto della odierna tecnologia, è legata a fattori sia di conoscenza dei macchinari e il grado di confidenza, che di anzianità lavorativa in setting di reparti critici. Implicazioni per la pratica clinica: la pratica infermieristica nel reparto di terapia intensiva è influenzata dalle ore di lavoro già svolte e l'esperienza professionale; gli infermieri con turno di giorno sono più pragmatici, gli infermieri con turno di notte lo sono meno e ciò dovuto dalle difficoltà organizzative, strutturali e umane del turno notturno.

• **Assistenza infermieristica in un ambiente ad alta tecnologia; esperienze di infermieri di terapia intensiva: revisione della letteratura**

Stefano Bernardelli, Martina Bertacco, Alfio Patanè - Azienda Ospedaliero Universitario Integrata di Verona

bernardelli.stefano@alice.it

Obiettivi. La gestione delle attrezzature tecniche, quali ventilatori, pompe di infusione, monitor, dialisi, ECMO e altri supporti alle funzioni vitali rendono l'assistenza in una terapia intensiva sempre più complessa e articolata per gli infermieri. La tecnologia può essere definita come oggetti, macchine e attrezzature che sono connessi alla conoscenza e gestione per massimizzare l'efficienza. La tecnologia è non solo l'apparecchiatura stessa, ma anche la conoscenza di come usarlo e la capacità di presidiarlo affinché non avvengano eventi critici in un ruolo proattivo. Lo scopo di questa revisione della letteratura è quello di esplorare in vissuto dell'assistenza infermieristica in un ambiente sanitario alta tecnologia per la cura dei pazienti critici.

Materiali e Metodi. E' stata condotta nel mese

di giugno 2016 una ricerca bibliografica mediante l'utilizzo delle banche dati: PubMed; CINAHL, SCOPUS, mediante le parole chiave: intensive care, technology, high technology, environment, nursing, qualitative design, quantitative design.

Risultati. Dei 35 studi trovati, ne sono stati selezionati ben 21 e tre temi chiavi sono emersi in tutti gli studi analizzati: avere la tecnologia come la strumento di monitoraggio e sicurezza; sensazione che la tecnologia a volte non siano d'aiuto e aumentano la fatigue correlata al lavoro; essere capaci di utilizzare la strumentazione e aver occhio clinico, con 6 sottocategorie emerse.

Conclusioni. L'assistenza infermieristica in un ambiente tecnologico elevato deve essere vista come un poliedro a varie sfaccettature aprendo a prestito la teoria del caos «Si dice che il minimo battito d'ali di una farfalla sia in grado di provocare un uragano dall'altra parte del mondo» dove l'influenza dell'esperienza ha un ruolo fondamentale. Il supporto alle funzioni vitali non si potrebbe realizzare senza la tecnologia odierna, ma senza dimenticare il sistema complesso delle relazioni tra i vari professionisti e l'assistenza infermieristica di base. La tecnologia è vista come un importante strumento ma potenzialmente anche una barriera per il paziente. Implicazioni per la pratica clinica: la tecnologia all'interno di terapia intensiva è utile e facilita la maggior parte del lavoro. L'introduzione di dispositivi tecnologici necessita di formazione continua per il personale e stimoli nuovi per il miglioramento continuo giorno dopo giorno. Sono necessari però ulteriori studi sull'effetto negativo e la fatigue correlata all'inquinamento ambientale di stimoli sonori e visivi.

• **Ritorno al futuro, oltre il ricovero in terapia intensiva: revisione della letteratura**

Stefano Bernardelli, Martina Bertacco, Alfio Patanè - Azienda Ospedaliero Universitario Integrata di Verona

bernardelli.stefano@alice.it

Introduzione. Nel ventunesimo secolo, stiamo iniziando a scoprire e capire quali siano le sequele a lungo termine del ricovero in terapia

intensiva dal punto di vista dei membri della famiglia, e del paziente e. Gli effetti indiretti sulla funzione fisica e psicologica si manifestano a distanza di tempo dall'evento critico. I recenti progressi scientifici e tecnologici, hanno portato a sopravvivenze inaspettate solo un decennio fa; questa è ora una delle nuove sfide.

Obiettivo. Esplorare in letteratura studi che hanno valutato l'esperienza di sopravvivenza al ricovero in terapia intensiva e visione olistica che esso ne comporta, sia per il paziente e la sua famiglia sia per il personale

Materiali e Metodi. E' stata condotta nel mese di giugno 2016 una ricerca bibliografica mediante l'utilizzo delle banche dati PubMed, Ascia, CINAHL, SCOPUS, con le parole chiave: critical care"; "intensive care" ITU; patient*; relative; family member*; experience*; nurse*.

Risultati. 78 articoli sono emersi per la revisione, di cui 48 di studi qualitativi e 12 quantitativi. A seguito di un processo di analisi comparativa della letteratura e la sintesi tematica, sono stati evidenziati sette temi. Di fronte la mortalità, momenti critici, sequele fisiologiche, sequele psicologiche, la presenza della famiglia, soddisfare le esigenze dei membri della famiglia e la tecnologia contro l'umanità sono stati tutti i temi emergenti.

Conclusione. Come esseri umani, noi non viviamo una vita isolata; siamo interdipendenti l'uno sull'altro. Questa revisione della letteratura ha messo in evidenza le lacune e le aree di dissonanza presenti sia in letteratura sia nella pratica clinica in relazione al processo di cura sia in terapia intensiva sia nel post ricovero per i pazienti e le loro famiglie.

Rilevanza per la pratica clinica: gli infermieri di terapia intensiva possono e devono svolgere un ruolo nel preparare e sostenere i pazienti e le famiglie al di là dell'unità di terapia intensiva.

A sua volta, infermieri devono essere sostenuti dalle organizzazioni per consentire di essere il centro dell'organizzazione dei sistemi sanitari avanzati.

Bibliografia

Intensive Care Society. 2015. Guidelines for provision of intensive care services. London.

<http://www.ics.ac.uk/ics-homepage/latest-news/guidelines-for-provision-of-intensive-care-services/> (accessed 05/05/15).

- **Adozione di un nuovo protocollo di decolonizzazione della cute presso il reparto di Terapia Intensiva dell'IRCCS AOU San Martino – IST di Genova**

Marco Cappellin, Simona Maiani - IRCCS AOU San Martino

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.

Una recente esperienza condotta presso l'Ausl della Romagna – Terapia Intensiva di Rimini ha dimostrato una riduzione del 51% dell'incidenza di infezioni e una riduzione del 68% di emocolture positive per microrganismi multiresistenti. Tutti gli studi citati hanno in comune una degenza media nettamente inferiore a quella presente nella nostra realtà: i dati GIVITI 2014 riportano una degenza media presso la nostra TI di 12,1 giorni con unamediana di 5 giorni (range interquartile: 1-14), circa il doppio rispetto

alla citata esperienza della Terapia Intensiva di Rimini. Inoltre, molte strutture utilizzano routinariamente presidi quali manopole impregnate con clorexidina 2%, attualmente non disponibili all'interno dell'IRCCS AOU San Martino – IST di Genova (IRCCS).

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 in merito alle cure igieniche, su diversi outcome relativi alla diffusione di patogeni multiresistenti e alla frequenza di ICA, presso il maggiore reparto di TI dell'IRCCS, anche alla luce delle differenti caratteristiche demografiche della nostra popolazione e dell'ecologia microbica dell'ospedale.

• **Tecnica standard versus procedura ecogui-data nel posizionamento del catetere venoso periferico in Terapia Intensiva: risultati di uno studio controllato, randomizzato**

Matteo Danielis, Gloria Tona, Omar Trombini, Simona Milite, Marika Goi, Linda Sarah Leonarduzzi, Alvisa Palese - ASUI Udine
danielis.matteo@gmail.com

Introduzione. Se da un lato è ampiamente raccomandato l'uso dell'ecografia come ausilio nel posizionamento di un accesso vascolare centrale, da un altro le evidenze scientifiche che riguardano i risultati dell'impiego della guida ecografica nel posizionamento del catetere venoso periferico (CVP) sono in progressivo aumento. Lo sviluppo della tecnologia, che fornisce apparecchi ecografici sempre più maneggevoli e performanti, permette a professionisti sanitari opportunamente formati di migliorare le performance assistenziali.

Obiettivi. Valutare l'efficacia della tecnica con guida ecografica versus tecnica standard, misurando il tasso di successo. Rilevare il numero di tentativi necessari per effettuare con successo la procedura nelle due diverse tecniche.

Materiali e metodi. È stato condotto uno studio controllato randomizzato, in cui i pazienti ricoverati presso la degenza di una Terapia Intensiva polivalente (età > 18anni), e che necessitavano di

un CVP, venivano allocati all'interno di due gruppi: esposti, con guida ecografica, e controlli, con tecnica standard. La raccolta dati si è svolta nel corso dell'anno 2015. Gli operatori che eseguivano le procedure erano quattro infermieri della Terapia Intensiva opportunamente formati.

• **Introduzione del diario del paziente in terapia intensiva. Uno studio pilota all'interno dell'Azienda ospedaliera triestina**

Federico Tessaris, Martina Ambrosino, Adriana Fasci, Gianfranco Sanson - Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste
federicotessarisi@gmail.com

Introduzione. Il ricovero in Terapia Intensiva è un evento traumatico ed emotivamente significativo; può causare ricordi frammentati, spaventosi e vuoti di memoria, con il rischio di indurre esiti come ansia, depressione e disturbo da stress post traumatico. Il diario del paziente, scritto dal personale di cura, ha lo scopo di sanare questa rottura autobiografica, aiutando la persona a (ri)costruire, (ri)attribuire un senso alla sua condizione e quindi ad accettare i tempi necessari per il recupero fisico e mentale. Il diario può contribuire a ridurre incidenza e gravità degli esiti psicopatologici.

Obiettivi. Testare la fattibilità dell'utilizzo del diario di TI e analizzarne i contenuti.

Materiale e metodi. Studio pilota condotto in due TI di Trieste; al personale sono state fornite indicazioni sugli obiettivi del diario e raccomandazioni generali sul metodo di compilazione. Gli scritti sono stati sottoposti ad analisi qualitativa e i risultati sintetizzati in mappe concettuali. I diari non sono stati restituiti ai pazienti.

Risultati. Sono stati scritti 33 diari in un periodo di 3 mesi. L'analisi dei testi ha evidenziato modi diversi con cui infermieri e OSS si relazionano con l'assistito quando scrivono (a volte impersonale e distaccato, altre personale e partecipato). L'indicazione di "aprire" il diario con una ricostruzione degli eventi che hanno portato la persona al ricovero in TI è stata in genere osservata, ma con livello di dettaglio molto diverso (a volte stringato, altre ricco di elementi utili a riallineare

gli eventi per ricostruire l'accaduto). L'ambiente esterno e interno alla TI è stato descritto molto raramente; ciò può impedire al paziente di contestualizzare quel che è accaduto durante il suo ricovero. Sono emersi dettagli molto diversi (da estrema empatia a conflittualità) sulla relazione tra le figure coinvolte nelle cure (infermiere-paziente-familiari). In generale gli scritti contenevano soprattutto la descrizione di ciò che accadeva al paziente in termini di pratiche eseguite, meno di emozioni e stati d'animo. Solo in pochi diari le annotazioni hanno descritto l'evoluzione dello stato clinico in modo utile a consentire al paziente di ricostruire il proprio percorso.

Conclusioni. L'analisi dei testi ha evidenziato come lo scrivere possa dare agli operatori una diversa percezione della persona ricoverata. Questo può risultare emotivamente molto difficile perché fa entrare in contatto con una sofferenza che non si trova in altri luoghi. Il portato emotivo è forse l'aspetto più critico per l'introduzione dei diari in TI.

- **Il clinical risk management nell'area emergenza del Policlinico Tor Vergata di Roma: studio descrittivo sulla consapevolezza degli operatori sanitari**

*Marco Romani - Policlinico Tor Vergata, Roma
marco.romani@ptvonline.it*

Introduzione. La strategia definita nella gestione del Clinical Risk Management (CRM) presso l'Area Emergenza (AE) del Policlinico di Tor Vergata (PTV), si rifà alla necessità di passare da un sistema che governa gli eventi favorevoli ad un sistema che gestisce i rischi, vale a dire il passaggio da un sistema unicamente reattivo ad un sistema pro-attivo e preventivo, che ha sviluppato una politica basata sull'assioma "Imparare dall'errore e non nascondere", la visione dell'errore è vista come un'occasione di apprendimento e di miglioramento, abbandonando il comune atteggiamento di biasimo e colpevolizzazione.

Obiettivo. Il presente studio, vuole approfondire all'interno del CRM, l'efficacia e l'utilità legata alla consapevolezza, e quindi in definitiva

la presa di coscienza e conoscenza, negli operatori sanitari dell'AE del PTV delle problematiche correlate all'errore e alla sua gestione. Lo strumento di rilevazione è stata un questionario. Risultati. I dati emersi, ottenuti dal calcolo delle percentuali, dimostrano dei risultati significativi. Il campione per il 91,37% ha risposto che ha sentito parlare di CRM, mentre soltanto l'8,61% ha risposto che non ne ha mai sentito parlare, questo dimostra che il concetto della gestione del rischio e dell'errore è presente sul campione intervistato. Alla domanda in cui si chiedeva se all'interno del PTV ci fosse un'iniziativa di CRM, dei 174 intervistati, l'80% ha risposto che ne è a conoscenza, questo dimostra che oltre tre quarti del campione è consapevole della presenza all'interno dell'azienda, di una sensibilità e una struttura per la gestione del rischio clinico. Decisamente interessante è anche il dato che emerge dalla domanda in cui si chiedeva se nella propria esperienza lavorativa era mai capitato di commettere errori, il risultato è positivo in quanto affermano di commettere errori mai, o raramente l'89,07%.

Conclusione. Da questa ricerca, emergono alcuni interrogativi molto importanti, i vantaggi dell'adozione di un progetto di CRM per l'AE sono numerosi. I dati della ricerca sono decisamente propositivi in quanto c'è una buona consapevolezza e conoscenza della gestione del rischio clinico, dai dati emerge anche che la genesi di un incidente, prendendo in considerazione tutti gli eventi, gli errori, i deficit che lo hanno generato, ci si accorge che la maggior parte delle cause sono dovute all'uomo, ma solo una piccolissima parte di esse è rappresentata da un vero e proprio errore umano, più spesso essi sono il frutto di una concatenazione di errori ed eventi.

- **L'uso delle Codifiche Europee (EU-IDB) per la rilevazione e la sorveglianza della violenza in Pronto Soccorso**

*Chiara Marta, P. Bosco, O. Passeri, M. Pecorino Meli
- Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico
Milano
chiara784@hotmail.it*

Premessa. La rilevazione dei casi di violenza presso i Pronto Soccorso (PS) riveste un ruolo determinante, soprattutto nel caso in cui le vittime sono bambini, donne o soggetti fragili ed indifesi. La violenza che viene perpetrata nei confronti di questi si sviluppa spesso tra le mura domestiche o in altri contesti o situazioni di tipo oppressivo e coercitivo e si manifesta all'esterno solo quando i danni subiti non sono più occultabili. Molte vittime, quindi, hanno l'occasione di svelare la violenza subito solo nel momento in cui sono di fronte ad operatori sanitari che ne riscontrano i segni, sotto forma di traumi concreti sul loro corpo. La rilevanza e frequenza del fenomeno rende indispensabile interventi finalizzati a conoscere e misurarne l'entità del problema e definire misure di intervento e prevenzione.

Scopo. Rilevare e gestire i dati relativi alla violenza secondo i criteri del progetto di sorveglianza europea European Injury Database (EU-IDB). Individuare precocemente (in fase di triage) le vittime di violenza anche in assenza di riferito.

Materiali e metodi. E' stato inserito nel programma informatico di PS un percorso di semplice applicazione in linea con il sistema europeo di sorveglianza degli incidenti European Injury Database (Sistema Informativo Nazionale sugli Incidenti in Ambiente di Civile Abitazione) che prevede la generazione di flusso specifico per i casi di aggressione e autolesionismo. Il pannello dati raggiungibile mediante il pulsante presente nella maschera iniziale può essere attivato sia dal triagista che dal professionista che prende in carico la persona che ha riferito segni e sintomi riconducibili a violenza o autolesionismo. In base alla scelta effettuata si potrà accedere a un link e contrassegnare con un flag informazioni reimpostate quali fattori di rischio prossimale, episodi precedenti e caratteristiche degli stessi, luogo, tempi e dinamica dell'evento, caratteristiche della vittima e dell'aggressore, rapporti attuali e pregressi tra gli stessi, referto diagnostico. Il sistema prevede inoltre la possibilità di alert che si attiva in caso di presentazione successiva della vittima di aggressione. I sistemi di protezione garantiscono la privacy e la tutela delle informazioni raccolte.

Conclusioni. L'integrazione con le diverse figure professionali e con gli esperti del servizio di violenza sessuale e domestica ha permesso la realizzazione di un percorso specifico efficace con assegnazione di codice di priorità. Le vittime di violenza vengono immediatamente prese in carico da personale specializzato in un'area dedicata.

- **Elaborazione di un modello di soccorso in ambiente confinato contaminato da amianto**

Lorenza Pellerano, Andrea Tafuro - Irccs San Martino, Genova

lorenza.pellerano@yahoo.it

Il nostro modello si propone di analizzare gli aspetti procedurali inerenti le tecniche di salvataggio e soccorso in un ambiente confinato contaminato da materiale amiantifero. Attraverso una revisione della letteratura e della normativa vigente si è evinto che non esiste una metodologia procedurale standardizzata: in questo caso infatti la condizione clinica della vittima/paziente, che si trova all'interno dello spazio confinato contaminato da amianto, deve essere associata alla modalità di decontaminazione più idonea e ad un efficace trattamento. Questo processo viene messo in atto dall'infermiere di Area Critica che spesso si trova a dover lavorare da solo, considerata la difficoltà di accesso/uscita nello spazio confinato. Il modello propone l'elaborazione di un piano di gestione infermieristica dell'emergenza sanitaria in un ambiente confinato, supportato dall'utilizzo di una metodologia di triage innovativa ed avanzata: il metodo DART. Questo strumento stabilisce una scala di priorità tra trattamento sanitario e decontaminazione del paziente. L'utilizzo del DART è volto al raggiungimento di obiettivi essenziali all'erogazione di un'assistenza sanitaria qualitativamente valida: in primo luogo permette di semplificare le operazioni di salvataggio e in secondo luogo garantisce una minore esposizione della vittima alle fibre di amianto. L'introduzione di un infermiere specificatamente formato e l'utilizzo di questa metodologia di triage avanzato possono quindi essere considerate come modello

di base per diversi impieghi a seconda dello spazio confinato piuttosto che l'agente tossico preso in esame.

- **Studio Retrospectivo vie aeree**

Massimo Del Corona - 118 Firenze
maxdelco66@gmail.com

Lo studio si basa su 399 casi (1/2012-3/2015) cui gli infermieri del 118 di Firenze hanno gestito le vie aeree in maniera avanzata con tubo tracheale e presidio sovraglottico in maniera autonoma con scelta del tutto indipendente caso per caso.

- **Progettazione di un A3: Lean Trovabile**

Michela Cavallin, Monya Colombini, Silvia Bacci, Alia Formichini - Azienda Sanitaria UsI Nord Ovest, Livorno
cavallin.michela@gmail.com

Introduzione. Immaginare il futuro non è semplice, tanto più quando quest'ultimo riguarda una struttura complessa come il Pronto Soccorso (PS). Diverse sono le variabili (struttura, tecnologia, organizzazione e funzione) che bisogna prendere in considerazione. A rendere il quadro assai più complesso, la crisi economica che fa sì che si investa meno, tagliando le risorse, per di più, in maniera lineare senza andare a valutare caso per caso. Il poster propone la stesura di un progetto di miglioramento secondo il pensiero Lean attraverso la metodica dell'A3 dal titolo Lean Trovabile analizzando le criticità riguardanti l'informazione e l'attesa dell'utenza del Pronto Soccorso.

Metodi. Per poter raccogliere i dati è stata adottata la tecnica del cronometraggio, durante la trascrizione sono stati scartati i secondi. L'attività di raccolta dei dati è stata effettuata senza la collaborazione dei colleghi che non si sono dimostrati complianti. Analizzando i dati raccolti è emerso che alla fine di ogni giornata il tempo medio totale per medicazione dedicato è stato di 34,9 minuti.

La prima fase di implementazione del progetto ha previsto l'accurata descrizione del problema e delle condizioni attuali perché le criticità po-

tessero essere affrontate nel modo più razionale possibile. La principale problematica si è concretizzata nel fatto che quotidianamente il personale infermieristico del PS viene distolto dalle proprie attività per rispondere ai bisogni e alla richiesta di informazioni da parte di pazienti, in carico ad altre medicazioni, e familiari producendo mediamente una perdita di 34,9 minuti ogni sei ore che potrebbe essere dedicato in maniera più mirata all'esecuzione di una parte del processo assistenziale.

Risultati. Il miglioramento continuo, indubbiamente, da luogo a cambiamenti che possono essere vissuti dai membri dell'organizzazione come un'opportunità di crescita ma anche come fonte di frustrazione. La paura di perdere la stabilità che si crea con la routine lavorativa provoca resistenza al cambiamento stesso. Al contrario la motivazione e la voglia di migliorare per raggiungere nuovi obiettivi porta i membri a essere motivati, stimolati responsabilmente e coinvolti nella modifica di un sistema.

- **L'infermiere nei cantieri delle grandi opere: dal soccorso alla sanità di iniziativa**

Michela Falaschi, Laura Sarti - Azienda USL Toscana Centro
michela.falaschi@uslcentro.toscana.it

Le Grandi Infrastrutture rappresentano un punto chiave dello stato moderno; ad oggi in Toscana sono in fase di realizzazione il potenziamento dell'autostrada A1 e il nodo Alta Velocità di Firenze. Con le Grandi Opere andava ideato nel territorio toscano un sistema che garantisse l'optimum sotto l'aspetto dei soccorsi, della sicurezza e che fosse in grado di assicurare ai lavoratori un'adeguata assistenza sanitaria di base. L'Azienda USL Toscana Centro ha istituito la "Gestione del Sistema di Soccorso nelle Grandi Opere" per garantire un sistema di soccorso dedicato in cantieri in zone orograficamente complesse e con viabilità critica, attraverso mezzi e attrezzature idonee e personale infermieristico con formazione specifica per l'intervento in quota, in sotterraneo e nelle gallerie. Per l'analisi sono state utilizzate le schede degli interventi infer-

mieristici all'interno dei cantieri nell'anno 2015. E' stata eseguita un' analisi riguardante l'attività generale e gli interventi sugli infortuni, con l'ausilio di un Database Excel. Le schede analizzate sono 772.

L'assistenza infermieristica di base e il progetto di sanità d'iniziativa, rappresentano il 90% di tutta l'attività svolta dagli infermieri (parametri vitali, medicazioni, assistenza 2° MMG...). Nonostante ciò il cuore della struttura è e rimane il servizio di soccorso dedicato, questo permette che l'infermiere, intervenga tempestivamente e in modo adeguato, su eventi traumatici in luoghi dove il normale sistema di emergenza territoriale avrebbe problemi di accesso dilungando i tempi di intervento. Quindi, l'infermiere di soccorso si reca immediatamente sul luogo dell'evento e l'infermiere addetto al CIS (Coordinamento Interno dei Soccorsi) coordina e attiva i vari soggetti in campo (Vigili del Fuoco, 118 ecc.). Analizzando gli infortuni, si evidenzia che il 20% viene ospedalizzato. Nel 46% dei casi è coinvolto personale con mansione di operaio. I traumi oculari insieme alle ferite rappresentano la maggiore tipologia di infortuni, seguono le cadute accidentali, trauma arti e cranici. Si evidenzia una sostanziale attività di assistenza di base da parte degli infermieri.

Il sistema di soccorso interno ai cantieri ha permesso di ridurre il tempo tra il momento della chiamata e l'arrivo dei primi soccorsi, ciò evidenzia quanto sia necessaria la presenza di una postazione infermieristica per far fronte alle esigenze di chi è impegnato in opere di ingegneria infrastrutturale di particolare complessità.

- **Le competenze infermieristiche avanzate in area critica: studio osservazionale per la miglior gestione dei pronto soccorso lombardi**
Giulia Bonardi - ASST Spedali civili di Brescia
ranob56@inwind.it

Gli accessi impropri in Pronto Soccorso (PS) influenzano l'attività infermieristica, non garantendo, una corretta distribuzione delle risorse umane, strutturali ed economiche, con il conseguente aumento dei tempi di attesa medi. Una

delle possibili soluzioni è stata studiata e provata attraverso il modello "See & Treat". Le tappe svolte per realizzare questo progetto sono state: revisione della letteratura; intervista alla dirigente infermieristica di Grosseto; partecipazione al 34° Congresso Anarti; raccolta delle raccomandazioni della dott.ssa Mangiacavalli; intervista all'anestesista-rianimatore Presidente Regionale e Nazionale di AAROI EMAC; studio osservazionale descrittivo con somministrazione di 1478 questionari a variabili qualitative ad infermieri e coordinatori dei PS degli ospedali pubblici lombardi. L'analisi statistica ha previsto l'inserimento dei questionari in Excel integrandola con le macro e poi, l'analisi statistica. E' stato ottenuto un tasso di risposta medio del 76% nei 55 PS lombardi interrogati. I risultati di maggior rilievo sono stati:

- le cause maggiori di sovraffollamento sono determinate dall'assenza del S&T, dagli accessi impropri e dalla mancanza di offerta di risposta sul territorio;
- più del 90% affermano che è causato dai codici a bassa priorità;
- tra le conseguenze personali e con/sul paziente troviamo l'insoddisfazione lavorativa, la mancanza di motivazione e i diverbi con i pazienti e gli episodi di violenza verbale;
- gli infermieri credono sia necessaria una riorganizzazione, sono maggiormente inclini al S&T e disponibili alla formazione specifica.

Concludendo gli infermieri di Area Critica sono un "buon tessuto" per iniziare ad investire sulle competenze. L'esperienza Toscana risulta vincente, bisogna solo trovare il coraggio di attuarlo e favorire le azioni che vanno in quella direzione. I problemi dell'insoddisfazione lavorativa, la mancanza di motivazione degli episodi di violenza sono in incremento e devono trovare al più presto delle soluzioni; importante investire sull'educazione sul buon uso dei PS e sul rispetto verso i professionisti. Il pacchetto professionale è adeguatamente formato ed il capitale umano, si dimostra pronto a sostenerne l'ingresso. La ricerca al servizio della salute del cittadino è il caposaldo di ogni modello tendente alla coesione tra le categorie lavorative. La ricerca della

miglior prestazione sanitaria può passare anche attraverso il modello S&T.

- **Supporto ventilatorio ed evoluzione degli scambi gassosi durante ventilazione non invasiva (NIV)**

*Nicola Poletti, K. Donadello, C. Esposito, E. Spinelli, G. Stringari, E. Polati - AOUI Verona
nicola.poletti@ospedaleuniverona.it*

Premessa. Il trattamento dell'insufficienza respiratoria varia dal supplemento di solo ossigeno alla ventilazione meccanica invasiva con intubazione endotracheale. Tra le opzioni possibili, la ventilazione non invasiva (NIV) con casco e/o maschera facciale rappresenta un intervento terapeutico che supporta l'attività respiratoria spontanea del paziente, riducendo il lavoro respiratorio e migliorando sia l'ossigenazione che l'eliminazione della CO₂.

Scopo. Miglioramento clinico dei pazienti attraverso la riduzione dei tempi di correzione degli scambi gassosi.

Materiali e Metodi. Arruolati 49 pazienti ammessi in Terapia Intensiva con diagnosi di insufficienza respiratoria acuta, età ≥ 18 anni, GCS ≤ 8 , con indicazione al posizionamento di presidio per supporto NIV, casco (C) e maschera full face (M); la pressione di supporto (PSV) compresa tra 8-18 cmH₂O e la pressione di fine espirazione (Peep) tra 8-14 cmH₂O. Durante le 12 ore consecutive al posizionamento del presidio NIV (T0-T12) sono stati registrati: emogasanalisi arteriosa (EGA), parametri ventilatori NIV (PV), sedazione (S). Analisi statistica mediante Test di ANOVA.

- **Monitoraggio pressorio della cuffia del tubo endotracheale: indagine conoscitiva**

*Patrizia Vagnarelli, Daniele Messi, Maurizio Mercuri - ASUR Marche Area Vasta, Università Politecnica delle Marche
patriziavagna12@gmail.com*

Introduzione. La gestione della pressione della cuffia del tubo endotracheale è un aspetto fondamentale per la gestione dei pazienti intubati e

ventilati meccanicamente. Se monitorata correttamente, con tecniche adeguate, aiuta a ridurre le complicanze correlate.

Obiettivo. Analizzare la pratica clinica nelle Unità di Terapia Intensiva alla luce delle evidenze in letteratura per costruire una check list operativa da utilizzare nella formazione infermieristica.

Materiali e metodi. Sono stati selezionati 22 articoli tramite Pub Med. La pratica clinica è stata analizzata attraverso un questionario ideato sulla base di analogo strumento utilizzato da Talekar et al. dopo traduzione e rielaborazione su concessione dell'autore. Sono stati coinvolti infermieri di n.4 Unità di Terapia Intensiva per adulti (n.146) dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona.

Risultati e Discussione. Dalla letteratura emerge che la cuffia del tubo tracheale è spesso gonfiata in maniera inadeguata e con poca uniformità. Ha risposto al questionario il 56% (n.82) degli infermieri. I professionisti identificano in accordo con la letteratura il monitoraggio della pressione della cuffia come pratica clinica molto importante (32%) e importantissima (20%) anche se la maggior parte (73%) non lo effettua. Quando misurata (26%; n.22) la pressione massima di riferimento è principalmente (70%) da 26 a 30 cmH₂O, ma con difficoltà di registrazione nella documentazione.

Sulla base dei risultati è stata costruita una check-list operativa.

Conclusioni. Dai risultati emerge una differenza tra la pratica clinica e il parere dei professionisti che, pur avendo conoscenze e pareri conformi alla letteratura, dichiarano una pratica non coerente con le evidenze. Sarebbero utili ulteriori studi per perfezionare e testare la check list prodotta sia in ambito di formazione di base universitaria che di formazione continua.

Bibliografia

TALEKAR CR, UDY AA, BOOTS RJ, LIPMAN J, COOK D. *Tracheal cuff pressure monitoring in the ICU: a literature review and survey of current practice in Queensland.* Anaesthesia and Intensive Care, 2014; 42(6): 761-70.

SENGUPTA P, SESSELER DI, MAGLINGER P, WELLS S, VOGT A, DURRANI J ET AL. *Endotracheal tube cuff pressure in*

three hospitals, and the volume required to produce an appropriate cuff pressure. *BMC Anesthesiol*, 2004; 4(1): 8.

LIU J, ZHANG X, GONG W, LI S, WANG F, FU S ET AL. *Correlations between controlled endotracheal tube cuff pressure and post-procedural complications: a multicenter study*. *Anesth Analg*, 2010; 111(5): 1133

• **Applicazione delle scale di valutazione PAD (Pain, Agitation, Delirium) in ICU: aderenza alla compilazione del personale infermieristico**

Moris Rosati, Rodrigo Lopez Pollan, Francesco D'Ambrosio - AOU Siena
moris.rosati@gmail.com

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

Disegno dello studio. Analisi della casistica di delirium all'interno della TI. Verificare l'aderenza alla compilazione delle Scale di Valutazione suddividendo l'analisi in due trimestri: il primo subito dopo la formazione specifica del personale ed il secondo dopo il primo periodo d'uso.

Materiali e metodi. Una volta per turno infermieristico (cadenza di 8 ore) è stata raccomandata la somministrazione delle Scale di Valutazione che sono state implementate nella cartella informatizzata della ICU. In successione dovrà essere valutato il Dolore applicando la scala NRS (gold standard) nei pazienti svegli ed orientati e quando non è possibile applicarla perché il pa-

ziente non è in grado di auto valutarsi (es: grado di sedazione RASS).

• **Standardizzazione del linguaggio professionale. Studio longitudinale prospettico**

Ilaria Cossu, Antonello Cocchieri, Maurizio Zega - Fondazione Policlinico Gemelli, Roma
ilaria.andrea42@gmail.com

Premessa. A tutt'oggi il sistema informativo sanitario (non solo italiano) soffre di una carenza cronica di informazioni riguardanti l'assistenza infermieristica fornita ai cittadini e il suo contributo alla salute della popolazione. La documentazione infermieristica appare perlopiù incompleta e dispersiva in formati raramente strutturati e carente come contenuto degli aspetti specifici della professione con conseguenti rischi sia per la sicurezza dell'assistito, sia per la sicurezza legale degli infermieri. La nostra struttura ha adottato un Sistema Informatico Infermieristico Clinico denominato Professional Assessment Instruments (PAI) per poter documentare l'assistenza tramite l'uso di un linguaggio standardizzato (NANDA).

Obiettivo. Descrivere il processo d'implementazione del PAI, ed i primi risultati assistenziali, ottenuti presso l'UO di Medicina d'urgenza nell'anno 2014 e primo semestre del 2015.

Materiali e metodi. Studio longitudinale prospettico. Dati forniti dal PAI e questionari pre e post implementazione dello strumento. La valutazione qualitativa è stata effettuata su campioni random.

Risultati. L'analisi dei dati mostra un crescente miglioramento nell'utilizzo dello strumento. Le diagnosi più rappresentate sono quelle di rischio. Permane la difficoltà di pianificare gli obiettivi assistenziali a fronte di un raggiungimento desumibile degli stessi dalle note agli interventi.

PROGRAMMA SESSIONE VIDEO

• L'Infermiera

*Stefano Elli, Stefania Ceccarelli, Alberto Lucchini – Azienda Socio Sanitaria Territoriale Monza
s.elli@hsgerardo.org*

Il video, girato per metà in terapia intensiva, non riprende persone realmente degenti ma si basa su scene ricreate appositamente allo scopo. La storia offre uno spaccato dell'attività degli infermieri di terapia intensiva, dagli aspetti più tecnici, ai rapporti con l'equipe, al legame con pazienti e familiari. La domanda ingenua di una bambina offrirà l'occasione alla protagonista di ripensare alla sua giornata e sentirsi orgogliosa di essere infermiera.

• Smontati

*Federico Moggia - Ente Ospedali Galliera
chiccomoggia@gmail.com*

Premessa: Il lavoro di assistere, la care, sono la professione e la vita di persone che con la propria unicità, con le proprie scelte, le inclinazioni personali e le idee, concorrono a formare una squadra composta di tanti elementi così diversi e unici, che lavorano all'unisono per erogare l'assistenza in condizioni di criticità vitale, un'assistenza fatta prima di tutto di "care", che si esprime con competenza, affiatamento e preparazione.

Obiettivi: Con questo video, intendiamo "smontare" pezzo a pezzo gli infermieri che operano in area critica, per osservare chi sono, da dove vengono e cosa mettono nella propria professione, ma anche cosa lascia in loro il quotidiano dell'essere infermiere.

Materiali e metodi: attraverso un video fatto di interviste e pensieri liberi, saranno gli infermieri a raccontarsi e ad aprirsi per condividere il loro quotidiano al di fuori della professione, per capire se davvero la divisa riusciamo a toglierla del tutto, quando smontiamo dal turno.

Conclusioni: Non importa quanto differenti siano gli elementi che compongono l'orchestra,

ma quanto, insieme, siano in grado, ognuno in ragione del proprio contributo personale, di produrre quel risultato finale attraverso il quale arriviamo ai nostri pazienti e alle persone importanti per loro. (1)

1. *Codice deontologico dell'infermiere*, capo IV, art. 21, IPASVI, Roma, 17 gennaio 2009.

• TeraPet Intensiva: IAA (Interventi Assistiti con Animali)

*Lisa Gambirasi – Terapia Intensiva Neurochirurgica, Azienda Ulss 9, Treviso
lgambirasi@ulss.tv.it*

Il video proposto racconta la storia di un gruppo di infermieri che desiderano "Prendersi cura della persona" nella sua totalità e unicità attraverso una lettura dei bisogni orientata a cogliere la parte più intima e personale del paziente e della sua famiglia. Spostare l'attenzione e l'interesse verso la persona piuttosto che verso la persona "malata" aiutato l'équipe di lavoro ad abbattere barriere, pregiudizi e modi stereotipati di lavorare, a fronte di un'apertura verso un'assistenza infermieristica che dà risposte ai bisogni, introducendo strategie alternative volte ad umanizzare le cure. Questo diversamente "prendersi cura" si chiama TeraPet Intensiva: IAA (Interventi Assistiti con Animali) ed è la risposta del Dipartimento di Anestesia e Rianimazione di Treviso e Oderzo e della Medicina Riabilitativa di Treviso alla richiesta dell'utente e dei suoi famigliari di poter incontrare il proprio animale d'affezione durante il periodo di degenza. La relazione e l'affetto che lega l'uomo all'animale fa parte della sfera dei bisogni sociali e della percezione del sé e coinvolge famiglia, utente e operatori sanitari. L'evoluzione del rapporto con gli animali da compagnia è anche confermata da interventi legislativi recenti: l'accordo tra il Governo, le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "le Linee guida nazionali per gli interventi assistiti con gli animali (IAA)"

sancito il 25 marzo 2015 e recepito con Deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 170 del 23 febbraio 2016, riconosce che gli animali domestici svolgono un importante ruolo nei processi terapeutico riabilitativi ed educativi e che numerose sono le evidenze scientifiche che ne dimostrano l'efficacia. TeraPet è un progetto che prevede due tipi di IAA: REFERENZIALI, dove immagini e materiale audiovisivo del pet di famiglia saranno utilizzate per coinvolgere i parenti nel processo di cura del proprio caro offrendogli stimoli positivi. e RELAZIONALI: dove l'animale entra in contatto con il paziente nel rispetto delle esigenze sanitarie ed ambientali.

• **Il BLS in 3 minuti**

*Chiara Vannini, Andrea Pazzini, Cristian Maia – Azienda USL della Romagna, Rimini
 chiaravannini81@gmail.com*

E' risaputo come i video e le immagini siano spesso più efficaci e di impatto rispetto alle lezioni frontali, o a ciò che è scritto su un libro. Negli Stati Uniti, alcuni anni fa, è stato creato un video con una canzoncina particolarmente

orecchiabile, per educare tutta la popolazione, dai bambini agli adulti, a riconoscere i segni e sintomi dello stroke ischemico. Il video ha avuto un successo enorme, e ha raggiunto gli obiettivi sperati: si era ora in grado di comprendere che "quella bocca storta" o quell'eloquio impastato, erano segno di qualcosa di più grande e che occorreva prendere dei provvedimenti. L'obiettivo del nostro video è quello di mostrare, in maniera ironica e toccando le fasi principali, quello che occorre fare in caso di arresto cardiaco improvviso. Crediamo che, mostrandolo in particolar modo ai laici, ai bambini, e alla popolazione che non lavora in ambito sanitario, esso sia in grado di far comprendere non solo che cosa accade, ma ciò che ci si può trovare di fronte, e soprattutto come agire nell'immediato. Risulta scontato come un video di tre minuti non possa sostituire un corso di 8 ore, e nemmeno che possa essere utilizzato come base per affrontare le situazioni critiche, ma sicuramente può aiutare a comprendere che la sicurezza, il chiedere aiuto, il massaggio cardiaco, e il "restare calmi" sono elementi fondamentali e imprescindibili per salvare una vita.

#an'art2016

we care
 il lavoro di assistere

ANIARTI

Segreteria Scientifica: Fabrizio Moggia, Silvia scelsi, Maria Benetton, Elio Drigo, Davide Zanardo, Gian Domenico Giusti, Alberto Lucchini, Gaetano Romigi, Nicola Ramacciati, Simona Saggi, Rodrigo Lopez Pollan, Carmelina Stabile, Luca Peressoni, Adami Sabrina.

Si ringraziano i referees per la collaborazione con la segreteria scientifica per l'analisi degli abstract.

Segreteria Organizzativa: Fabrizio Moggia, Valter Favero, Stefano Sebastiani, Gianluca Dilettoso, Olivo Calliari, Sofia Bellan, Francesco D'Ambrosio.

Partnership Organization: Start Promotion Milano

Webmaster Aniarti: Andrea Mezzetti, webmaster@aniarti.it

Iscrizioni Studenti infermieristica e OSS: Per informazioni contattare

Dr. Gaetano Romigi: Cell. 340.4045439 - E-mail: garomigi@aniarti.it



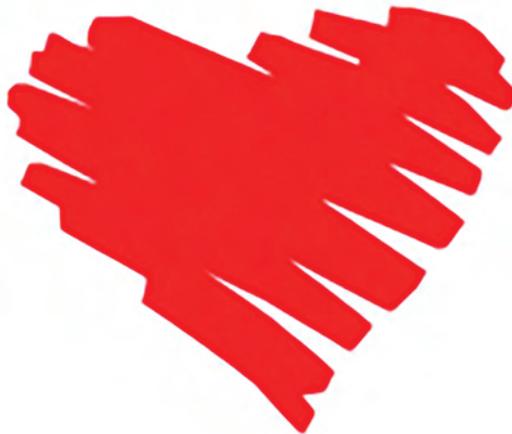
Un ringraziamento alle Aziende che hanno contribuito all'evento:



#anart2016

we care
il lavoro di assistere

Gli infermieri



meritano più attenzione

anarti



associazione nazionale infermieri di area critica