

**ABSTRACT
PRESENTAZIONI ORALI**

16 Novembre 2011 Pomeriggio

Sessione 1; Plenaria

Moderatore: Elio Drigo

14.00- 14.30 Presentazione del Congresso

Fabrizio Moggia – Presidente Aniarti

Elio Drigo – Aniarti

14.30- 15.00

L'economia globale, la finanza e i limiti delle risorse. Storia e senso della crisi globale dal fallimento della finanza alla vita delle persone

Daniele Andreozzi – Dipartimento di scienze politiche – Università di Trieste

Ricostruzione della storia della crisi economica globale (cause, origine, svolgimento, prospettive).

Ricadute della crisi economica globale sulla tenuta economica dei paesi occidentali e sulla qualità della vita delle persone (salute, futuro, benessere, consumi, sicurezza, ecc...).

Evidenziare gli strumenti utili a 'misurare' la crisi, la crescita economica e la qualità della vita.

Prospettive sui possibili scenari del futuro: gli esiti possibili della crisi e/o gli esiti possibili della costruzione di altri 'sensi' economici

15.00- 15.30

Il welfare state: una scelta di civiltà o un lusso che non possiamo più permetterci? Un diritto dei popoli o una concessione degli stati? I dilemmi dello stato sociale nell'Europa della crisi finanziaria.

Roberta Carlini - Giornalista e scrittrice – Roma

Breve presentazione dell'origine e dell'evoluzione del welfare state europeo, e punto sulla situazione attuale: la riduzione generalizzata delle risorse per il welfare, dopo la crisi del 2008.

Gli elementi costitutivi del welfare state: universalità, equità, efficienza, esigibilità dei diritti Perché e a quali condizioni la spesa pubblica per il welfare può essere considerata un investimento; in particolare, applicazione di tale logica al campo sanitario

Scelte sanitarie e risorse scarse: il ridimensionamento del welfare state, unito all'evoluzione demografica, pone sfide e problemi crescenti agli operatori e decisori di policy sanitaria.

Il ruolo dello Stato, l'iniziativa individuale: perché in campo sanitario l'asimmetria di informazioni richiede un intervento pubblico correttivo dei fallimenti del mercato; come la presenza di corpi sociali intermedi e la partecipazione collettiva possono correggere i paralleli "fallimenti dello Stato" legati al peso della burocrazia e alla degenerazione dell'intermediazione politica

15.30- 16.00

L'apporto del servizio per la salute pubblica per l'economia.

Nerina Dirindin – Facoltà di economia, Università di Torino

Indicare come e quanto la protezione e il recupero della salute della popolazione incide positivamente sullo sviluppo dell'economia di una comunità.

Rendere evidente come le risorse impegnate per il mantenimento della salute non sono una spesa ma un investimento.

Fornire dati sull'incidenza della buona assistenza sulla riduzione dei costi di degenza, il miglioramento della qualità di vita dei degenti, l'utilizzo delle risorse, ecc...

Portare alcuni esempi del rapporto tra risorse (materiali, scientifiche e professionali) impiegate e possibili esiti di produzione di fattori economici (dati sugli effetti economici di tutti gli interventi di prevenzione sia in ambito sanitario che di vita in genere – prevenzione degli incidenti – ambienti salubri ed igienici – ecologia – investimenti in prevenzione delle malattie – scolarità, cultura, condizione economica e salute – miseria e salute -).

Possibilmente, valutare l'impiego di risorse per l'attività di area critica rispetto al totale del sistema salute e il suo impatto sulle risorse complessive del paese.

16.30- 16.30

L'assistenza come espressione emblematica della convivenza.

Antonella D'Errico – Aniasi

Dimostrare che la convivenza si fonda sulle regole del reciproco rispetto e supporto.

Indicare le motivazioni in base a cui assistere in maniera organizzata ed universale chi si trova nella difficoltà e nella dipendenza rappresenta l'accettazione della convivenza come regola assoluta e l'applicazione del diritto in maniera indiscutibile.

Indicare il nesso fra le caratteristiche dell'assistenza realmente praticata ed il livello di civiltà di un popolo.

Ragionare anche sulla funzione di sussidiarietà inversa (lo Stato che rinuncia a rendere il servizio che dovrebbe per obbligare il cittadino a rendersi autonomo per aspetti molto complessi e difficilmente sostenibili nella solitudine – proprio per questo infatti era stato istituito il servizio pubblico della salute...).

Sessione 2; Plenaria

Moderatore: Elio Drigo - Stefano Sebastiani

17.30 – 18.00

Presentazione di casi e situazioni di area critica particolarmente significativi per la qualità dell'assistenza infermieristica e l'impatto socio-economico.

Stefania Bastianello – Milano

Descrizione della mia esperienza personale di caregiver di una persona affetta da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) da 18 anni, e da oltre 13 anni nella fase più avanzata della patologia.

La declinazione dell'esperienza nel lavoro presso AISLA Onlus.

La SLA come esempio di malattia "paradigmatica" della complessità assistenziale.

I bisogni assistenziali di un malato complesso ed il domicilio quale setting di elezione.

L'offerta assistenziale domiciliare: lo spaccato italiano. Sviluppi e prospettive future: il lavoro della Consulta Ministeriale delle Malattie Neuromuscolari.

Vincenza Gancitano – Roma

Presentazione di esperienza di caregiver e infermiera nell'assistere la madre affetta da Malattia di Alzheimer, con particolare riferimento ad alcuni indici per una valutazione dell'impegno economico.

Lucia, 72 anni, arruolata in uno studio osservazionale avviato dal Ministero della Salute "Progetto Cronos" da otto anni assume farmaci sintomatici per l'Alzheimer.

Contesto ed esperienza

L'attività di sorveglianza ed assistenza è impegnativa anche psicologicamente per la continuità nelle 24 ore. Essenziale ottimizzare le capacità residue dei malati sia per mantenere il più a lungo possibile i loro livelli di autonomia che per preservare la loro serenità. Importante il monitoraggio dell'andamento della malattia.

Presentazione di un progetto di assistenza condividendolo con l'assistente familiare, in una visione di unitarietà fra la persona malata ed il suo gruppo sociale di appartenenza.

Considerazioni

I costi socio-economici di una famiglia sono molto alti e di difficile completa valutazione. I servizi territoriali riescono ad intervenire solo nei casi più gravi. Una valutazione in termini economici dell'impegno per la progettualità assistenziale complessiva e per l'assistenza infermieristica diretta rappresenta un indice di quelle che sarebbero le realistiche esigenze assistenziali delle persone in una società evoluta, attenta ai bisogni di singoli e comunità. Interessante considerare i risparmi che potrebbero derivare dalla progettazione dell'impegno sistematico e professionalmente guidato per il mantenimento delle capacità residue e dei livelli di autonomia ancora presenti dei malati. Considerando un concetto alto e nobile di "economia", si devono valutare anche gli impatti psico-sociali e relazionali della malattia sia sulla persona stessa colpita che sulla famiglia ed i caregiver. Una società realmente integrata ne dovrebbe tener conto.

18.00 – 18.30

Analisi critica

18.30 -19.00

Dibattito guidato

17 Novembre mattina

Sala Plenaria - Assistenza in area critica

Moderatore: Nora Marinelli

8.30.-8.45

Utilizzo Della Scala RASS della tecnologia BIS per il dosaggio dei farmaci sedativi nel paziente critico

Serena Rocci, A. Lucchini, R. Re, M. Sasso, P. Tundo, S. Vimercati, E. Corbetta, L. Silverio

Terapia Intensiva generale, A.O. S.Gerardo Monza - Università Milano-Bicocca
serenarocci@hotmail.it

Introduzione

L'utilizzo dei valori target di somministrazione dei farmaci sedativi, senza la correlazione con strumenti oggettivi di valutazione del livello di sedazione raggiunta (Scala RASS, Indice bi spettrale BIS) può generare nei pazienti critici situazioni di sovradosaggio del

farmaco (incidenza sul percorso di weaning) o fenomeni di sottodosaggio (risvegli, aumento dell'ansia, complicanze emodinamiche).

Obiettivo

Valutare la correlazione tra dose di farmaco sedativo somministrato (propofol, midazolam e Fentanyl) e livello di sedazione del paziente attraverso l'analisi dei valori della scala RASS e l'utilizzo dell'indice BIS.

Risultati

Sono stati analizzati 11 pazienti ricoverati in una terapia intensiva polivalente con ARDS, sottoposti a sedazione farmacologica. La tabella riporta i valori medi della popolazione osservata.

ORA	BIS	RASS	PROPOFOL		FENTANYL		MIDAZOLAM	
			DOSE	VELOCITA	DOSE	VELOCITA	DOSE	VELOCITA
			mg/hr	ml/hr	mcg/hr	ml/hr	mg/hr	ml/hr
media	49,80	-2,83	171,83	17,15	86,49	1,68	4,46	5,47
dev.st	16,09	1,84	72,36	7,31	34,18	0,82	3,78	3,11
max	96,00	2,00	350,00	35,00	150,00	3,00	14,00	14,00
min	20,00	-5,00	10,00	0,13	0,05	0,00	0,00	0,00

Conclusioni

Nella maggior parte dei pazienti esiste una correlazione tra dose target e livello di sedazione. In alcune rilevazioni (20%) il livello di farmaco è inferiore al livello target con sedazione ottimale. Nel 10% del campione il paziente ha ricevuto un eccesso di farmaco. L'utilizzo della scala di sedazione (RASS) e l'utilizzo della tecnologia BIS aiutano a ridurre i fenomeni di sovra/sottodosaggio. L'ottimizzazione della sedazione, come evidenziato dalla letteratura, permette di ridurre di circa 1/3 la spesa relativa alla somministrazione di farmaci sedativi e dei gas anestetici. Inoltre vengono ridotti i fenomeni di risveglio e di emersione dalla sedazione.

Bibliografia

- ⤴ Avidan MS et al. Anesthesia awareness and the bispectral index. Engl. Med 2008 Mar. 13: 358 (11): 1097-108.
- ⤴ Sessler CN, Goshell MS, Grap MJ, et al. The Richmond Agitation-Sedation scale, validity and Reliability in adult intensive care unit patients. Am J Respir Crit Care Med Vol. 166, pp 1338-1344, 2002 DOI:10.1164/rccm2107138
- ⤴ Karamchadami K, Rewari V, Tria A. Revinder Kumar Batrab Bispectral index correlates well with Richmond Agitation Sedation Scale in Mechanically ventilated Critically ill patients. J Anesth (2010) 24:394- 398 DOI 10.1007/s00540-010-091 5-4.
- ⤴ Westy E, Brenda T, Shintani A, et al. Monitoring sedation status over time in ICU patients: Reliability and validity of Richmond agitation-sedation scale (RASS). Jama 2003; Vol.289, No 22: 2983-2991

8.45-9.00

Il controllo glicemico nel paziente trattato in terapia intensiva generale HRS: studio osservazionale, retrospettivo, monocentrico.

Alessandra Negro°, Luca Bessone*, M.G. Villa°, G. Monti°

°IRCCS Ospedale San Raffaele Milano, Terapia Intensiva Generale

*Corpo Nazionale Soccorso Alpino e Speleologico

bessoneluca@libero.it alessandra.negro@hsr.it

Introduzione

L'iperglicemia è un importante fattore prognostico nei pazienti critici ed è un fattore potenzialmente modificabile.

Obiettivo

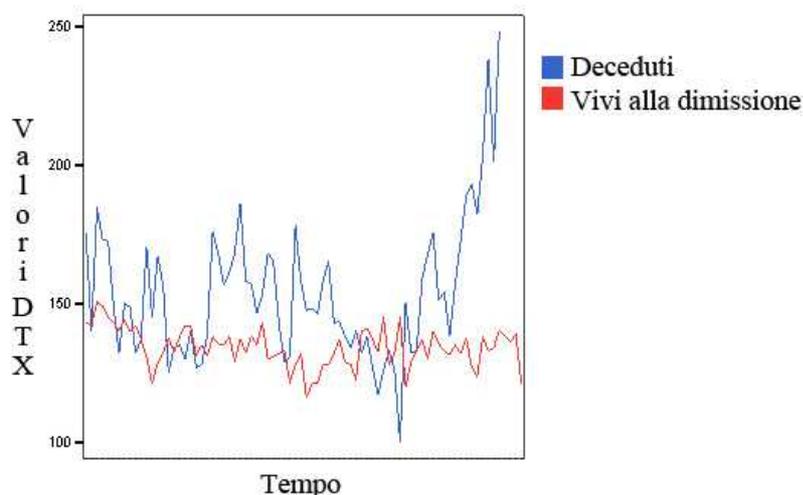
Valutazione della gestione della glicemia dei pazienti della Terapia Intensiva Generale dell'IRCCS Ospedale San Raffaele Milano.

Materiali e metodi

Lo studio si è svolto nella Terapia Intensiva Generale, dove il controllo glicemico è gestito dagli infermieri (rilevazione e controllo), con indicazione medica di mantenere valori inferiori a 140 mg/dl. Ha riguardato i pazienti con infusione continua di insulina per la correzione glicemica per almeno 24 ore, tra il 1 maggio e il 31 luglio 2010.

Risultati

Arruolati 42 pazienti (14 chirurgici, 16 medici, 22 politraumatizzati), nel 46,5% dei casi si è mantenuto uno stato di normoglicemia (110-140 mg/dl), mentre nel 26% dei casi di iperglicemie lievi (140-180 mg/dl). Su 4976 rilevazioni vi sono stati 21 casi di ipoglicemia lieve (60-110 mg/dl) e 2 di ipoglicemia severa (< 60 mg/dl). Nessuna differenza statisticamente rilevante tra le glicemie dei pazienti diabetici e non. I valori glicemici dei pazienti deceduti in terapia intensiva (7 casi) sono nettamente più alti di quelli dei pazienti dimessi vivi. Il tempo medio per passare dalla iperglicemia alla normoglicemia è stato di 8,3 ore.



Conclusioni

Il monitoraggio intensivo della glicemia è uno standard per il paziente di Terapia Intensiva, anche se al momento non vi è accordo tra la comunità scientifica internazionale sul range da mantenere. Uno strumento validato potrebbe guidare i professionisti nella gestione della glicemia, evitando così oscillazioni e tutelando ulteriormente i pazienti.

9.00-9.15

La Sfida degli infermieri della rianimazione generale IRCCS San Raffaele di Milano contro la VAP.

M.G. Villa, A. Negro, M.T. Cibelli, L. Masini, G. Torricelli, C. Filippi, A. Catino, M. Dossi, L. Rinaldi, G. Ponzetta, C. Leggieri, M. Marazzi

Terapia Intensiva Generale I.R.C.C.S. Ospedale San Raffaele, Milano.

alessandra.negro@hsr.it

Introduzione

La Ventilator Associated Pneumonia (VAP) è una polmonite nosocomiale che colpisce soggetti in ventilazione meccanica (VAM), associata ad un alto tasso di mortalità e

morbidity, oltre ad avere un considerevole impatto economico. Da qui, l'esigenza di una prevenzione efficace, in cui l'assistenza infermieristica gioca un ruolo fondamentale.

Obiettivi

Dimostrare la forte valenza della formazione del *équipe* infermieristica nella riduzione delle VAP.

Materiali e metodi

Somministrazione di un questionario validato, per sondare le conoscenze degli infermieri della Rianimazione Generale IRCCS ospedale San Raffaele di Milano sulle evidenze scientifiche riguardanti la prevenzione della VAP. Sulla base dei dati emersi, ideazione di un piano di formazione costituito da 3 incontri di 1 ora (marzo 2010) coinvolgendo il personale infermieristico riguardante i risultati del questionario, incidenza VAP in Italia e nella Unità Operativa (dati GiViTi-Progetto Margherita), linee guida internazionali e pratiche infermieristiche da adottare: igiene delle mani, posizione della testata del letto, igiene del cavo orale, aspirazione delle secrezioni subglottiche e frequenza di sostituzione dei circuiti di aspirazione e del ventilatore (AACN VAP prevention Practice Alert). Affissione di poster esplicativi nei box pazienti e feedback trimestrali. Obiettivo fissato: riduzione della VAP del 40% in 9 mesi (aprile-dicembre 2010).

Risultati

Il numero di VAP per 1000 giorni di VAM pre VAP nel 2009 era stato di 13,4 e nel trimestre gennaio-marzo 2010 di 14. Nel trimestre successivo all'intervento educativo il numero di pazienti con VAP per 1000 giorni di VAM è stato 13,4, nel secondo 8,9 andando poi a zero nell'ultimo trimestre. Il calo di incidenza in 9 mesi è stato del 38%.

Conclusioni

Prevenire o ridurre significativamente il numero di VAP correlato al grado di competenza. La diffusione delle evidenze ha innalzato il livello culturale del *équipe* infermieristica, portando a risultati tangibili per la vita dei pazienti, a una spinta motivazionale e a una nuova consapevolezza professionale

9.15-9:30

Prevenzione. dell'anemia iatrogena e contenimento dei costi associati alle emotrasfusioni nel paziente cardochirurgico: ruolo del metodo a circuito chiuso VAMP per l'ottenimento dei campioni ematici.

Nicoletta Barzaghi, Simona Cavallo

A.S.O. S. Croce e Carle – Cuneo, Terapia Intensiva Cardiovascolare

Premessa

L'impiego di emocomponenti nel paziente sottoposto a chirurgia cardiaca è considerevole. Diverse strategie intraoperatorie e per l'immediato postoperatorio si sono dimostrate efficaci per limitare l'impatto trasfusionale nel paziente con decorso postoperatorio regolare. Nel paziente critico lungodegente sottoposto a chirurgia cardiaca l'anemizzazione dovuta ai prelievi ematici che si rendono necessari per gestire il paziente è un dato costante.

Scopo

In questi pazienti abbiamo valutato se effettuare i campionamenti ematici utilizzando il sistema a circuito chiuso VAMP riduce il numero di unità di emazie concentrate trasfuse rispetto a quando viene impiegato il sistema standard a circuito aperto. Abbiamo poi stimato i costi derivanti dall'utilizzo delle due diverse metodiche.

Materiale e Metodi

Studio di modellistica in cui è stato confrontato l'effetto sull'anemia iatrogena di due diverse metodiche di campionamento dei prelievi ematici: sistema a circuito aperto (3,09

euro/die) vs sistema a circuito chiuso VAMP (5,50 euro/die). Trigger trasfusionale: emoglobina < 8,5 g/dl (Hct 25%). Una unità di GRC: Hct 50%, volume 300 ml, costo 180 euro. Media dei campionamenti ematici al giorno: 10.

Risultati e Conclusioni

L'utilizzo della VAMP nel paziente sottoposto a chirurgia cardiaca con degenza > 20 giorni permette il risparmio di una unità di GRC e di 132 euro. Se nella TICV di Cuneo, nei primi 6 mesi del 2010 fosse stata applicata la VAMP ai pazienti con degenze > di 20 giorni (4,3% dei cardioperati), si avrebbe avuto un risparmio economico di 2665 euro e un risparmio del 18% dei GRC trasfusi (20 unità). La VAMP è quindi un mezzo efficiente per contenere l'anemizzazione iatrogena e i costi correlati alla sua correzione. Attuare misure per ridurre l'impatto trasfusionale ha inoltre un significato etico, riservando risorse terapeutiche che per la loro scarsità e per i potenziali effetti avversi devono essere impiegate solo nelle situazioni più critiche.

Bibliografia

- ⤴ Koch CG, Li L, Sessler DI, Figueroa P, Hoeltge GA, Mihaljevic T, Blackstone EH. Duration of Red Cell storage and Complication after Cardiac Surgery. N England J Med 2008; 358: 1229-39
- ⤴ Mukhopadhyay A, Yip HS, Prabhuswamy D, Chan YH, Phua J, Lim TK, Leong P. The use of blood conservation device to reduce red blood cell transfusion requirements: a before and after study. Critical Care 2010; 14:R7
- ⤴ Macisaac et al. The Influence of a Blood Conserving Device on Anemia in Intensive Care Patients. Anaesth Intensive Care 2003; 31: 653-657

9.30- 9.45

I dispositivi impiantabili di assistenza cardiocircolatoria del cuore sinistro, confronto tra qualità di vita e razionalità economica: si può dare un prezzo alla vita?

Giuliana Coppola, Raffaella Di Capuano, Federica Falone, Sara Guerzi

U.O. di Cardiocirurgia dell'Azienda Ospedaliero- Universitaria Policlinico Sant'Orsola-Malpighi Bologna

giulianacoppola@live.it

Introduzione

Per far fronte alla necessità di fornire un'opportunità terapeutica al numero crescente di pazienti affetti da scompenso cardiaco, negli ultimi dieci anni si è assistito ad un rinnovato interesse sui dispositivi di assistenza meccanica del circolo.

Obiettivo

In questo articolo ci proponiamo di analizzare la qualità di vita dei pazienti sottoposti ad impianto di LVAD e la razionalità economica dell'utilizzo di tali sistemi di assistenza cardiocircolatoria.

Materiali e Metodi

Nel condurre lo studio abbiamo deciso di eseguire una ricerca sulla letteratura degli ultimi dieci anni sui dispositivi di assistenza impiantabili, inoltre abbiamo scelto di osservare il caso di un paziente sottoposto ad impianto di LVAD (Jarvik 2000) e di confrontare il suo percorso con quello di altri pazienti con la stessa patologia di base.

Risultati

Ogni anno vengono spese migliaia di euro per la gestione dei pazienti con scompenso circolatorio che, non potendo essere sottoposti a trapianto cardiaco, sono obbligati a lunghi periodi di degenza ospedaliera, con un conseguente elevato costo per il Sistema Sanitario Nazionale. Con l'impianto dei VAD si è notata una diminuzione dei tempi di degenza di

circa la metà dei giorni, i ricoveri successivi sono dovuti a complicanze che non riguardano il cuore e sono sempre di breve durata. Nel complesso si può dire che vi è un buon rapporto tra costo ed efficacia e che la qualità di vita del paziente ne trae giovamento.

Conclusioni

I VAD costituiscono una valida alternativa nei pazienti con scompensi cardiaci frequenti e che hanno una qualità di vita insoddisfacente ma nell'analisi dei costi non è stato possibile calcolare quei fattori che riguardano il dolore, lo sconforto, l'inserimento sociale, le aspettative di vita del cliente e tutti quegli inconvenienti che ci hanno portato alla conclusione che, non è possibile dare un prezzo reale alla vita.

Bibliografia

- ⤴ Bielecka, Wierzbicka M, Goch JH. The Ventricular assist Device: A Bridge To Ventricular Recovery, A Bridge To Heart Transplantation Or Destination Therapy?, Cardiology Journal, 2007 vol 14N 01 pp;
- ⤴ Dew MA, Kormos RL, Winowich S et al. Quality of Life Outcome in Left Ventricular Assist System Inpatients and Outpatients. ASAIO J, 1999; 45: 218-225.
- ⤴ Mancini D, Goldsmith R, Levin H, Beniaminovitz A, Rose E, Catanese K, Flannery M, Oz M. Comparison of Exercise Performance in Patients with Chronic Severe Heart Failure Versus Left Ventricular Assist Devices, 1998.

9.45- 10.00

Vantaggi clinici nell'utilizzo della circolazione extra corporea miniaturizzata definita mini-CEC vs CEC standard in pazienti sottoposti a rivascolarizzazione miocardica.

Massimo Goracci, Norma De Somma, Maria Luisa PannoZZo, Antonina Ingrassia
Università degli studi di Roma "La Sapienza", A.O. Sant'Andrea di Roma U.O.C. di Cardiochirurgia.

massimogaracci@yahoo.it

Introduzione

Nella gestione del paziente cardiopatico in UTIPO-Repato si evidenzia un' aumento della risposta infiammatoria, che induce ad una riduzione della compliance polmonare - Aumento del contenuto di liquidi extracellulari - Riduzione del rapporto artero-alveolare di ossigeno - Deficit dei fattori della coagulazione – Danno Renale Precoce, fino ad arrivare in alcuni casi alla "multi organ failure" La tendenza attuale è quella di sviluppare tecnologie volte a progettare ed applicare circuiti e sistemi ossigenanti sempre più biocompatibili, compatti e che inducano, grazie alla loro ridotta superficie di contatto e di attivazione, una minore risposta pro-infiammatoria dell'organismo.

Materiali e metodi:

La popolazione oggetto di studio è stata selezionata tenendo conto dei criteri di **esclusione** che seguono:

Età < a 40 anni, Bypass aorto-coronarico associato ad altro intervento di chirurgia cardiaca o extracardiaca, Coagulopatia nota, FE < 45% all'ecocardiogramma preoperatorio, Trattamento con corticosteroidi e/o immunosoppressori nei 30 gg precedenti l'intervento, Trattamento con farmaci anti-infiammatori nei 5 gg precedenti l'intervento, Pazienti con IRC, Pazienti con infezione sistemica in atto, Immunodeficienze primitive e/o acquisite, Procedura di urgenza/emergenza, Pazienti con grave deficit neurologico, Anemia documentata con Hb < 8 gr/dl. Presso la nostra U.O.C 80 pazienti (età media 66,4 ± 8,2 anni) sono stati sottoposti ad intervento chirurgico di bypass aorto-coronarico isolato, rispettavano i criteri di inclusione dello studio. Di questi 40 sono stati trattati mediante rivascolarizzazione miocardica con CEC standard, i restanti 40 sono stati sottoposti al

medesimo intervento ma con impiego della Mini-CEC. I dati relativi alla popolazione dei pazienti oggetto di studio sono stati acquisiti in maniera retrospettiva.

Obiettivi

Lo scopo dello Studio è stato quello di valutare i risultati dell'utilizzo della Mini-CEC, descrivendo e caratterizzando l'andamento di markers infiammatori e di indici di danno renale precoce, confrontandoli con i risultati della CEC tradizionale.

Strumenti

Per valutare una ipotetica differenza nei processi infiammatori tra le due metodiche, i Markers biologici (Pro-infiammatori) analizzati nello studio sono stati la Mucoproteina acida, Aptoglobina, PCR, VES. Per quanto riguarda i Markers biologici renali analizzati nello studio (Danno renale precoce) abbiamo studiato l'andamento della Creatinina, Cl Creatinina, Cistatina C, NGAL

Conclusioni

Dai dati possiamo affermare che la mini-cec è una valida evoluzione della cec tradizionale. Ciò è emerso dai risultati dello studio, in particolare per :la riduzione dei tempi di ventilazione assistita, alla riduzione del tempo di degenza media in reparto e UTIPO, alla riduzione del sanguinamento postoperatorio con conseguente miglioramento della qualità assistenziale e diminuzione della spesa media di degenza rispetto ai pazienti trattati con metodica tradizionale.

10.00-10.15

Il self-care nel paziente con scompenso cardiaco riduce le ri-ospedalizzazioni?

Stefano Pepe*, Ercole Vellone°, Carmen Nuzzo*, Antonello Cocchieri°, Fabio D'Agostino°, Rosaria Alvaro°

* U.C.S.C. Policlinico Universitario Agostino Gemelli Roma.

° Università di Roma "Tor Vergata.

Pepestefano@yahoo.it

Premessa e Scopi

Lo Scompenso Cardiaco è una patologia cronica con un rilevante impatto sociale ed economico. In Italia l'1,1% della popolazione è affetta da SC ma questa percentuale è destinata ad aumentare a causa dell'invecchiamento della popolazione. Diversi studi internazionali hanno dimostrato che se i pazienti con SC effettuano un efficace self-care, si riducono i loro accessi in pronto soccorso come pure il numero di ricoveri impropri. Questo fenomeno è ancora poco esplorato in Italia.

Lo scopo di questo studio è stato di indagare la relazione tra abilità di self-care nel paziente con SC, deterioramento cognitivo, comorbilità e frequenza dei ricoveri ospedalieri nell'ultimo anno.

Materiali e Metodi

E' stato utilizzato un disegno descrittivo retrospettivo per studiare 659 pazienti seguiti in 16 ambulatori di Cardiologia distribuiti in varie regioni italiane. Sono stati esclusi dallo studio i pazienti che negli ultimi tre mesi avevano avuto una Sindrome Coronarica Acuta. Ai pazienti veniva chiesto di riferire la frequenza dei ricoveri ospedalieri dell'ultimo anno e poi venivano studiati con i seguenti strumenti: Self-Care of Heart Failure Index (SCHFI) (che misura tre dimensioni del self-care: self-care maintenance, self-care management e self-care confidence), Mini Mental State Examination, Charlson Comorbidity Index, Barthel Index. Inoltre venivano raccolti anche dati socio demografici, la classe NYHA, e la durata della malattia.

Risultati

I pazienti avevano un'età media di 72,63 anni (SD 11,70) ed erano equamente distribuiti nelle quattro classi NYHA. I punteggi del SCHFI andavano da 55 a 63 su 100 nelle tre

scale (il punteggio ideale è ≥ 70). Applicando un modello di regressione statistica con le variabili studiate solo la self-care maintenance e la comorbidità erano predittori della frequenza dei ricoveri ospedalieri. Inoltre, confrontando i pazienti che avevano avuto almeno un ricovero nell'ultimo anno con quelli che non non erano mai stati ricoverati, questi ultimi avevano livelli significativamente più alti alle tre scale del self-care rispetto ai primi ($p < 0.02$).

Conclusioni

I risultati di questo studio confermano come sia importante educare il paziente con SC ad un efficace self-care che si dimostra, insieme alla comorbidità essere un predittore dei ricoveri ospedalieri.

10.15-10.30 Dibattito

Sala Plenaria 118/DEA

Moderatore: Silvia Scelsi

10.45-11.00

L'assistenza infermieristica sui mezzi del 118 di Bolzano, moltiplicatore delle potenzialità e investimento.

Michele La Notte, SUEM 118, Azienda sanitaria Bolzano

michelelanotte@alice.it

Premessa

La mission principale dei servizi di emergenza sanitaria preospedaliera è quella di garantire soccorso qualificato e tempestivo ai cittadini; oltre a questo l'organizzazione complessa e multidisciplinare dei servizi 118 deve tenere conto di importanti fattori quali l'efficacia dell'attività svolta e il contenimento dei costi.

Scopo

L'obiettivo di questo lavoro è di analizzare l'attività del mezzo di soccorso infermieristico in un contesto urbano (Bolzano), valutando l'impatto dell'assistenza sanitaria erogata dall'infermiere nei confronti degli assistiti e del sistema di soccorso sanitario, in un'ottica di miglioramento del servizio sanitario provinciale.

Materiali e metodi

Analisi retrospettiva dell'attività dell'ambulanza infermieristica della città di Bolzano attraverso la revisione delle schede di missione del periodo compreso tra Gennaio e Dicembre 2010.

Risultati

L'ambulanza di Bolzano è stata inviata 1595 volte su un totale di 8428 interventi svolti nel territorio di riferimento nel corso del 2010: nel 35% delle missioni effettuate sono state eseguite 598 prestazioni infermieristiche (accesso vascolare, somministrazione di farmaci attraverso protocolli, altro). Nel 16% (246) dei casi i pazienti sono stati trattati a domicilio. Gli operatori di centrale mirano a razionalizzare la risorsa dell'ambulanza infermieristica inviandola su interventi a criticità presunta media o elevata o qualora vengano individuate necessità di tipo sanitario (ad esempio sostituzione di catetere vescicale). L'analisi effettuata mostra come la risorsa infermieristica adeguatamente utilizzata porti a benefici sia per il paziente, in termini di riduzione del free therapy interval in particolare per le

patologie tempo dipendenti, che per l'organizzazione del sistema sanitario, grazie al contenimento della spesa sanitaria.

Conclusioni

Obiettivi futuri del servizio emergenza-urgenza della Provincia Autonoma di Bolzano sono aumentare le competenze degli infermieri attraverso la definizione di nuovi protocolli e procedure di trattamento, oltre a quelli attualmente in uso, e incrementare la presenza infermieristica sui mezzi di soccorso presenti sul territorio provinciale, attraverso un percorso formativo che coinvolge 30 operatori.

11:00-11:15

Il protocollo infermieristico per la gestione preospedaliera dell'attacco acuto di asma e anafilassi. L'esperienza di ARES 118 Lazio.

Marco Maccarini, A. De Luca, S. Scelsi, F. Cirella, S. Frateiacchi, A. De Santis
Azienda Regione per l'Emergenza Sanitaria – ARES 118 LAZIO
s.scelsi@yahoo.it

Premesse

Il sistema di emergenza territoriale 118 nel Lazio è gestito dall'Azienda Regionale per l'Emergenza Sanitaria (ARES118). Per affrontare la gestione in emergenza del paziente allergico/asmatico in ambiente pre-ospedaliero ARES da maggio 2009 ha iniziato una fattiva collaborazione con Federasma e Alama e le più importanti Società Scientifiche del settore.

Scopi

Sviluppare ed attivare procedure e protocolli operativi per la gestione in emergenza-urgenza del paziente asmatico e allergico attraverso la formazione del personale addetto all'emergenza e operante nelle strutture dell'ARES118.

Materiale e metodi

I protocolli operativi per la gestione del paziente con attacco acuto di asma e del paziente con anafilassi sono stati sviluppati seguendo una metodologia rigorosa quale: l'identificazione dei quesiti di ricerca, la revisione della letteratura, l'individuazione delle raccomandazioni, la descrizione del percorso assistenziale del paziente, la traduzione in protocolli operativi del percorso individuato. E' stato, poi, avviato uno studio di fattibilità dell'introduzione dei due protocolli nella pratica clinica, che ha coinvolto un campione di postazioni con mezzi di soccorso, tutt'ora in corso, per conoscere le conseguenze dell'applicazione dei protocolli in termini di efficienza e di efficacia del servizio 118.

Risultati

Nel corso del 2010 sono stati prodotti i due protocolli, pianificato il percorso formativo e individuato le 14 postazioni pilota. Nel I° semestre 2011 sono stati effettuati 15 edizioni di corsi per 100 infermieri. L'attivazione del protocollo è avvenuta nel mese di aprile che ha visto la sua applicazione su 25 casi. I casi saranno oggetto di audit clinici per identificare eventuali criticità e loro soluzione.

Conclusioni

L'introduzione nell'uso corrente di due protocolli infermieristici, complessi dal punto di vista terapeutico, nel sistema 118 regionale, ha inizialmente avuto resistenze soprattutto di natura culturale. Queste sono state superate nel momento in cui gli infermieri hanno potuto riscontrare nella realtà che l'applicazione di protocolli clinici sono un supporto alla propria attività che si traduce in una migliore assistenza al paziente.

11:15-11.30

Alterazione dello stato di coscienza, il trattamento dell'ipoglicemia nell'attività territoriale di emergenza. esperienza di ARES 118 analisi delle attività anno 2010.

Luca Tesone, S. Scelsi, C. Girardet, G. Marcianesi Casadei, A. De Luca

Azienda Regione per l'Emergenza Sanitaria – ARES118 LAZIO

s.scelsi@yahoo.it

Dal 2008 ARES 118 ha iniziato un percorso di miglioramento delle prestazioni clinico assistenziali attraverso introduzione di protocolli assistenziali.

La qualità dell'attività assistenziale coinvolge gli infermieri impegnati sui mezzi di soccorso attraverso una attività capillare di trade union tra assistenza diretta specifica sul territorio e l'ospedale. I cittadini soccorsi dagli equipaggi ARES 118 ricevono un trattamento standardizzato e conforme alle linee guida internazionali.

I dati del presente lavoro, risultati preliminari di una complessa analisi dell'anno 2010.

Gli infermieri hanno trattato casi di ipoglicemia conclamata in base al protocollo aziendale.

Si sono analizzate circa 22.000 schede di soccorso provenienti da tutte le postazioni di ARES Regione Lazio; i dati sono stati trattati in un DB (Access) e analizzati con EpiInfo. Il campione analizzato rappresenta circa il 5 % di tutti i soccorsi effettuati nella Regione.

Attraverso gli indicatori espressi nel protocollo si sono valutati: la completezza della raccolta dei dati, i casi trattati, la condizione clinica dei nostri pazienti e il loro esito assistenziale.

Il campione trattato, è così descritto: rappresenta il 5,5% di tutti i casi osservati, sono maggiormente donne (50,40 %); l'età è prevalentemente superiore ai 60 anni.

I pazienti affetti da Diabete sono il 85,9% ma è interessante osservare che il 7,6% ha ricevuto un trattamento terapeutico non sapendo di essere affetto da Diabete. Significa che i pazienti hanno scoperto questa loro condizione clinica in occasione dell'intervento di emergenza. Il 63,6% dei trattati sono stati ospedalizzati dopo il trattamento effettuato mentre il 36,40 % di loro hanno deciso di non essere ospedalizzati.

Considerazioni: valutare l'attività di educazione sanitaria a questi pazienti effettuata dall'infermiere, il risparmio economico avuto per il mancato accesso al DEA,

l'appropriatezza del trattamento clinico prestato in regime di emergenza/urgenza.

Questo tipo di approccio permette di effettuare una analisi clinico- assistenziale oltreché economica per l'impatto sul percorso assistenziale generato dal nostro intervento.

Bibliografia

- ✦ Cain E, Acroyd-Stolarz S, Alexiadis P, Murray D. Prehospital hypoglycemia: the safety of not transporting treated patients. Scotia. Canada B4AIE5 2004
- ✦ Holstein A, Planschke A, Vogel MY, Egbert EH. Prehospital management of diabetic emergency, a population based intervention study. Department of Medicine and Institute of Anaesthesiology, Klinikum Lippe-Detmold, Germany 2003
- ✦ D.P.R. N° 467600 del 27/03/1992; Art. 10 "Prestazioni del personale infermieristico".

11:30-11:45

Triage clinico avanzato versus triage globale, presentazione dei risultati

Andrè Andreucci, Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza

andrea.andreucci@hotmail.it

Negli ultimi anni il fenomeno dell'overcrowding in Pronto Soccorso è stato oggetto di numerosi studi atti ad ideare ed applicare modelli organizzativi e gestionali tali da risolvere il problema dell'eccessivo e non programmabile afflusso nella struttura di pronto soccorso. L'overcrowding si ripercuote in prima battuta sui tempi d'attesa che l'utenza trascorre

nell'area di triage, che spesso viene vissuta come un'attesa passiva ed infruttuosa. Scopo del modello di triage chiamato "Triage Clinico Avanzato" è quello di trasformare l'attesa in area di accettazione in attesa necessaria all'esecuzione di accertamenti diagnostici.

Lo studio effettuato confronta il modello di triage tradizionale (trriage globale) con il triage clinico avanzato analizzando molteplici aspetti come: l'intervallo di tempo libero da terapia, l'appropriatezza degli accertamenti diagnostici richiesti in triage, il tempo totale di processo di Pronto Soccorso nonché l'utilità di ottenere in modo precoce la refertazione della diagnostica richiesta.

Lo studio si è svolto nel periodo compreso tra il 5 novembre 2010 ed il 28 luglio 2011 tramite l'analisi dei dati rilevati da 2754 schede (1423 utenti processati con il modello di triage tradizionale, 1331 utenti trattati con il modello di triage clinico avanzato). Le richieste di esecuzione di iter diagnostico avviato da triage (esami ematochimici, emogasanalisi, elettrocardiogramma, radiodiagnostica) riguardano alcune classi di patologie più comunemente afferenti all'unità operativa di P.S. come: il dolore toracico, il dolore addominale, lo stroke, la dispnea e la piccola traumatologia.

Dall'analisi dei risultati ottenuti dallo studio emerge quanto segue: drastica riduzione dell'intervallo di tempo libero da terapia; nel 98,3% dei casi l'iter diagnostico avviato da triage è stato considerato appropriato; drastica riduzione del tempo totale di processo con conseguente diminuzione del tempo di attesa in area di triage.

In conclusione lo studio dimostra che applicare il modello denominato "Triage Clinico Avanzato" unitamente all'utilizzo dei fast track rappresenta una soluzione all'overcrowding in PS.

11:45-12:00

L'efficacia del sistema Fast Track in pronto soccorso come strategia per ottimizzare le risorse e migliorare la qualità del servizio.

Laura Montanari, Ilaria De Barbieri, Andrea Favaretto

EMS118, ULSS 16, Padova

Laura.montanari-9137@postacertificata.gov.it

Premessa

Il sovraffollamento del Pronto Soccorso (PS) è un problema diffuso a livello mondiale, causato spesso da accessi impropri che portano a lunghi tempi di attesa. Secondo la letteratura, una metodologia efficace per affrontare questi problemi prevede l'allestimento di un'area Fast Track, post-Triage, in cui vengono gestite, da parte di infermieri, talvolta con l'ausilio di un medico, alcune tipologie di pazienti, non urgenti, attraverso l'applicazione di specifici protocolli.

Scopo

Indagare l'efficacia del sistema Fast Track in PS in termini di diminuzione dei tempi d'attesa, confrontando due ospedali della Regione Veneto.

Materiali e metodi

Sono stati confrontati il numero di accessi nel 2009, classificati con codice verde e bianco, al PS di due ospedali di terzo livello del Triveneto. Nel PS1 era presente il sistema Fast Track, gestito da infermieri, seguendo specifici protocolli; nel PS2 non era presente questo sistema. Entrambi i PS utilizzavano lo stesso sistema di Triage Infermieristico.

Risultati

Nel PS1 i codici bianchi e verdi costituiscono insieme il 69,4% degli accessi totali, nel PS2 l'83,7%. Nel PS2 i codici bianchi costituiscono il 13,4% degli accessi totali, mentre nel PS1 il 57,5% (suddiviso in 41,5% bianchi gestiti in area verde medica e 16% bianchi gestiti attraverso l'area Fast Track).

I tempi di attesa medi sono per i codici verdi 35 minuti nel PS1 e 40 minuti nel PS2, per i codici bianchi 70 minuti nel PS1 e 50 minuti nel PS2. Il 16% dei codici bianchi gestiti nell'area Fast Track del PS1 attende in media 18 minuti.

Conclusioni

La presenza dell'area Fast Tack all'interno del PS1 permette di smaltire più velocemente il 16% dei pazienti, che attendono in media 18 minuti. Questa strategia permette di migliorare la qualità del servizio erogato, utilizzando al meglio l'autonomia professionale e le competenze del personale infermieristico.

Bibliografia

- ✦ Devkaran S, Parsons H, Van Dyke M, Drennan J, Rajah J. The Impact of a fast track area on quality and effectiveness outcomes: A Middle Eastern emergency department perspective. BMC Emergency Medicine 2009, 9,11.
- ✦ Kwa P, Blake D. Fast track: Has it changed patient care in the emergency department? Emergency Medicine Australasia 2008, 20,10–15.
- ✦ Quattrini V, Swan B. Evaluating Care in ED Fast Tracks, Journal of Emergency Nursing 2009.

12:00-12:15

Diagnostica per immagini in triage e percorsi fast-track a gestione infermieristica: quale impatto sulla qualità dell'assistenza in pronto soccorso?

Andrea Fazi, Gianfranco Maracchini, Sabatina Paccellieri, Stefania Cicetti, Silvana Montesi, Ezio Amadio.

Asur Marche Zona Territoriale 4 – Senigallia (AN) U.O. 118-Pronto Soccorso-OBI andrea_fazi@email.it

Premessa

Il sovraffollamento in pronto soccorso è responsabile di lunghe attese che, mal tollerate dall'utenza, portano sia alla diminuzione della qualità dell'assistenza erogata sia al verificarsi di eventi avversi. Il pronto soccorso di Senigallia (AN), caratterizzato da circa 32.000 accessi annui e forte stagionalità, si è dotato di percorsi fast-track gestiti dall'infermiere di triage, nell'ottica di affrontare tali criticità raccogliendo la sfida del budget limitato.

Scopo

Obiettivo della ricerca è valutare l'impatto dei percorsi di fast-track e di "anticipazione in triage della diagnostica per immagini" in uso dal 1 Giugno 2011. (iniziale sperimentazione fino al 1 Novembre 2011). Soprattutto verificare se l'obiettivo di ridurre i tempi di attesa dei codici minori (verde e bianco) sarà raggiunto.

Materiali e Metodi

Analisi dei seguenti dati: tempi medi di attesa per codice colore, tempi medi di gestione (dall'ingresso in sala visita alla dimissione) per codice colore, numero di pazienti che abbandonano il pronto soccorso prima della visita medica e valutazione dei tempi medi di attesa e di gestione delle patologie che hanno un percorso fast-track.

Risultati

Dall'analisi dei dati raccolti²⁻³ emerge una riduzione del tempo medio di attesa visita dei codici verdi del 12.37% mentre quello dei codici bianchi del 22.2%.La raccolta dati, come la sperimentazione, è ancora in corso. I dati finora raccolti si riferiscono al periodo che va dal 1 Giugno 2011 – al 30 Giugno 2011. Il confronto avviene con i dati del 2010.

Il risultato finora più incoraggiante è la riduzione del 6.8 % dei tempi di attesa visita e del 49.1% dei tempi di gestione per i codici verdi traumatici, il 27.15% dell'intera attività del pronto soccorso.

Conclusioni

I percorsi fast-track incrementano, senza aggravio di costi, l'efficienza del servizio nonché il senso di responsabilità e la consapevolezza del ruolo negli infermieri.

Bibliografia

- ▲ Leora I. Horwitz, et al. US Emergency Department Performance on Wait Time and Length of Visit. Ann Emerg Med. 2010; 55:133-141

12.15- 12.30

L'EGA precoce in triage nel paziente affetto da BPCO. Proposta di percorso differenziato in grado di velocizzare i tempi di intervento e ridurre i tempi ed i costi di ricovero.

Emiliano Fanicchia, Fabio De Angelis, Vanessa Amatuzzi, Marco Romani, Pietro Cunti, Girolamo De Andreis, Marisa Carosi, Alessandra Di Giacobbe, Annamaria Santandrea, Beniamino Susi.

Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Tor Vergata" di Roma.

emiliano82@fastwebmail.it

Introduzione

Il Triage un percorso decisionale dinamico, basato sull'attuazione di un processo metodologico scientifico, capace di stabilire il grado di presunta gravità clinica presente in un soggetto, identificabile mediante l'utilizzo di un sistema di codice indicante la priorità assistenziale (definizione GFT Torino).

Nella nostra struttura, il Policlinico Universitario Tor Vergata di Roma, in Pronto Soccorso viene utilizzato un Triage Globale (secondo le linee guida del Triage Modello Lazio) di tipo Avanzato, dove il triagista, adeguatamente formato, in base alla sintomatologia del paziente e a protocolli aziendali, effettua autonomamente Elettrocardiogramma e/o esami ematici e/o Emogasanalisi.

Su quest'ultimo argomento vorremmo presentare una proposta di percorso diagnostico terapeutico per il paziente con BPCO che gli permette di essere assistito in tempi brevi ma soprattutto riduce i tempi di ospedalizzazione ed i costi di gestione del ricovero, grazie alla ventilazione con sistema CPAP.

Scopo

approfondire la conoscenza degli interventi che possono essere introdotti nell'ambito della pratica assistenziale al fine di velocizzare il percorso diagnostico terapeutico nel paziente affetto da BPCO.

Creare la consapevolezza in tutti gli operatori sanitari della necessità di ridurre la variabilità di comportamenti clinici al fine di distinguere un sintomo minore e aspecifico da una situazione di potenziale e grave rischio per il paziente.

Obiettivi

Ottimizzare la valutazione diagnostica infermieristica ed il trattamento del paziente affetto da BPCO, riducendo i tempi di ospedalizzazione ed i costi di gestione del ricovero.

12.30-12.45

La figura dell'infermiere di wound care nella gestione delle lesioni cutanee in pronto soccorso.

Introduzione

Secondo le stime della Wound Healing Society nel mondo ci sono approssimativamente 12.5 milioni di persone portatori di lesioni cutanee che non guariscono o che hanno un processo di riparazione estremamente lento. Strategie di contenimento dei costi orientate all'uso di medicazioni più economiche potrebbero in realtà aumentare i costi complessivi.¹ Un ulteriore aspetto economico è rappresentato dal contenzioso medico-legale per il medico d'urgenza (11%) dovuto a ferite con lesioni tendinee, nervose o legamentose o a problemi legati ad infezioni e/o alla presenza di corpi estranei nelle ferite. In questo contesto diventa importante la figura dell'infermiere di Wound Care (WC) nella gestione delle lesioni cutanee in Pronto Soccorso (PS) in termini di rilevanza clinica e impatto economico.

Problema

In uno studio pubblicato nel 2007 si evince che il 5,4% degli accessi di PS è dovuto a ferite traumatiche e al 10,3% di tutti i pazienti visitati vengono effettuate procedure che riguardano la cura delle ferite. I potenziali effetti negativi di una cattiva gestione della lesione cutanea vanno da un esito estetico e/o funzionale insoddisfacente fino alla setticemia, diventa quindi imperativo per gli infermieri che lavorano nei PS, acquisire conoscenze ed esperienza nella valutazione e gestione delle lesioni e ferite traumatiche della cute.

Un interessante studio effettuato in Scozia riguardo le Minor Injury Units ha descritto l'evoluzione dell'infermiere esperto di WC nei servizi di emergenza della Scozia.,

In Italia nonostante le evidenze circa le varie medicazioni avanzate, persiste l'utilizzo di medicazioni in garza, comportamento attribuibile principalmente ad una mancanza di conoscenze nel campo del Wound Care.

Conclusioni

L'efficacia delle Minor Injury Units, confermano come il personale infermieristico esperto in Wound Care possa rappresentare una valida strategia per la gestione delle ferite in PS dando inizio al trattamento più idoneo in relazione alla tipologia di ferita e pianificando il successivo percorso assistenziale. A questo proposito è strategico pensare modelli di gestione integrata per la continuità delle cure tra intensività e assistenza sul territorio.

Bibliografia

- ⤴ Trabona R. Essere professionisti nel wound care: etica, competenze e responsabilità dell'infermiere nel nuovo millennio. I Congresso interregionale AIUC sezione Lombardia e Triveneto. Padova 17-18 Aprile 2009.
- ⤴ Romanelli M, Vuerstack JD, Roders LC, Armstrong DG, Apelquist J. European Wound Management Association (EWMA). Documento di posizionamento. Ferite di difficile guarigione: un approccio olistico. Onere economico delle ferite di difficile guarigione. Londra 2008. Pag 15-17.
- ⤴ Nawar EW, Niska RW, Xu JX. CDC National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2005 Emergency Department Summary. Advance Data. June 2007; 386: 1-32. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17703794
- ⤴ [Fotheringham D](#), [Dickie S](#), [Cooper M](#). The evolution of the role of the Emergency Nurse Practitioner in Scotland: a longitudinal study. [J Clin Nurs](#). 2011 3 Jul 2011. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21722222
- ⤴ Caula C, Aposoli A. Cura e assistenza al paziente con ferite acute e ulcere croniche. In collaborazione con il comitato scientifico AISLEC. Ed. Maggioli 2010; pag 377-389.

12.45-13.00 Dibattito

Sala 1_ Economia, Organizzazione, Risorse 1

Moderatore: Stefano Sebastiani

8.30-8.45

Fabbisogno assistenziale e insorgenza degli eventi avversi sono elementi correlati in terapia intensiva?

A. Lucchini[°], Milva Peruta*, R. Canella**, S. Elli[°], R. Gariboldi[°], V. Villani[°], S. Vanini[°], B. Rolli[°], H. Bondi[°]

[°]Terapia intensiva generale – A.O.S.Gerardo, Monza / Università Milano-Bicocca

*Terapia Intensiva, A.O. Bolognini – Seriate (Bergamo)

**Blocco Operatorio, presidio di Carate Brianza – A.O. ospedale civile di Vimercate (Monza e Brianza)

a.lucchini@hsgerardo.org

Premessa

La prevenzione degli eventi avversi può essere determinata anche dall'organizzazione del lavoro infermieristico, mediante una corretta programmazione delle risorse infermieristiche presenti

Obiettivo

Rilevare gli eventi avversi in terapia intensiva. Verificare se l'incidenza di detti eventi sia in relazione ad un inferiore dotazione organica rispetto al fabbisogno stimato, utilizzando il sistema di rilevazione NAS (nursing activities score).

Metodo

Sono stati selezionati 240 pazienti, ricoverati dal 15 dicembre 2009 al 9 maggio 2010 in Rianimazione Generale – S. Gerardo - Monza. Si è rilevato il peso assistenziale/die per paziente utilizzando il NAS. Il dato è stato poi correlato con la reale presenza di infermieri /die ed il rate di occupazione letti nel periodo di studio. Gli eventi tracciati, in accordo con il sistema di report aziendale sono stati: estubazione accidentale autoprodotta dal paziente, errori nel ciclo di terapia farmacologica, LDP da device, errore nel setting di apparecchiature biomediche, rimozione di drenaggi.

Risultati

Nella popolazione osservata (240 pazienti - 145 giorni), si sono verificati 45 eventi avversi. Nei giorni con eventi la differenza tra fabbisogno ideale e NAS si è attestata a -7,68(± 8,84)%. Nei giorni senza eventi la differenza è stata di 0,44 (±7,96)% (p.value 0,0001). La riconversione del NAS in minuti di assistenza ha evidenziato che nei giorni con eventi vi era un deficit per paziente in minuti di assistenza pari a 110,66 (±127) minuti. Nei giorni senza eventi si è registrato un eccesso di fabbisogno infermieristico, seppur minimo pari a 6,40 (±115) minuti/paziente.

Il NAS medio dei pazienti con eventi è risultato essere 81,88 (±10,00). NAS medio dei pazienti senza eventi : 73,54 (±13,83) (p=0,001). Gli eventi si sono distribuiti uniformemente nelle 24h.

Conclusioni

Nel periodo osservato gli eventi avversi si sono verificati prevalentemente quando il delta tra l'indice Nas e la risorsa infermieristica effettivamente presente era maggiore.

Bibliografia

- ⤴ Needleman J, Buerhaus P, Pankratz VS et al. Nurse Staffing and Inpatient Hospital Mortality. N Engl J Med 2011;364(11) :1037-1045
- ⤴ Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and the quality of care in Hospitals. N Engl J Med 2002;346:17 15-22
- ⤴ Iken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. JAMA 2002; 288:1987-93.
- ⤴ Tarnow-Mordi WO, Hau C, Warden A et al. Hospital mortality in relation to staff workload: a 4-year study in an adult intensive-care unit. Lancet 2000; 356: 185-9.
- ⤴ Lucchini A, Chinello V, Lollo V et. al. The implementation of NEMS and NAS systems to assess the nursing staffing levels in a polyvalent intensive care unit. Assistenza infermieristica e ricerca, 2008; 27:18-26.

8.45-9.00

La valutazione del fabbisogno infermieristico in terapia intensiva attraverso l'uso di sistemi di rilevazione. una revisione.

Roberto Francini*, Gian Domenico Giusti**, Federica Piergentili***

* Infermiere Coordinatore AUSL 8 di Arezzo, U.O. Pronto Soccorso Medicina d'Urgenza

** Infermiere, Azienda Ospedaliera di Perugia P.O. "S.M.Misericordia", A.C.U.T.I. (Area Critica Unità di Terapia Intensiva)

*** Infermiera, Azienda USL 2 dell'Umbria, 118 Primo Soccorso P.O. Passignano ST, Perugia

roberto.francini@usl8.toscana.it

Premessa

Le Terapie intensive (ICU) sono strutture dove l'organizzazione delle attività infermieristiche sono strettamente correlate alla presenza del personale in servizio. Differenze tra l'organico presente e quello necessario possono portare ad outcomes negativi per i pazienti ricoverati, allo stesso modo sovrastimare il personale infermieristico può portare ad un notevole spreco di risorse.

Materiali e Metodi

E' stata condotta una revisione della letteratura nelle principali Banche Dati (PubMed, Cochrane Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cinhal e ProQuest) dove sono stati presi in considerazione studi riguardanti ICU polivalenti per adulti senza limiti di tempo, utilizzando le parole chiave. Nursing Staff, Hospital/utilization* [MeSH] Intensive Care Units/manpower*[MeSH] Critical Care/organization & administration*[MeSH].

Risultati

La ricerca della bibliografia ha individuato 108 citazioni, ridotte a 85 dopo l'esclusione dei record doppi; 35 articoli sono stati esclusi in quanto non pertinenti. Dei restanti sono stati recuperati i full-text di 22 articoli ed inclusi 12 nella revisione giudicati attinenti.

Dall'analisi degli articoli emerge che nel corso degli ultimi anni sono stati studiati e validati numerosi strumenti per valutare il fabbisogno infermieristico, il NAS (Nursing Activities Score) è quello che permette la migliore determinazione delle dotazioni organiche per le ICU.

Conclusioni

L'uso di routinario di strumenti di rilevazione del fabbisogno infermieristico permette una corretta allocazione delle risorse umane, garantendo un'assistenza ottimale in base al carico assistenziale dei pazienti ricoverati.

Bibliografia

- ▲ Miranda DR, Nap R, de Rijk A, Schaufeli W, Iapichino G; TISS Working Group. Therapeutic Intervention Scoring System. Nursing Activities Score. Crit Care Med;31(2): 374-382
- ▲ Lucchini A, Chinello V, Lollo V, De Filippis C, Schena M, Elli S, Sasso M, Pelucchi G, Poloniato L, Martino M, Costanzo A, Vimercati S Utilizzo dei sistemi di rilevazione NEMS (Nine Equivalent of Manpower Score) e NAS (Nursing Activities Scores) per determinare il fabbisogno infermieristico in una terapia intensiva polivalente Assist Inferm Ric. 2008;27(1):18-26
- ▲ Padilha KG, de Sousa RM, Queijo AF, Mendes AM, Reis Miranda D Nursing Activities Score in the intensive care unit: analysis of the related factors. Intensive Crit Care Nurs. 2008;24(3):197-204

9.00-9.15

Studio osservazionale prospettico per la rilevazione dei carichi assistenziali in terapia intensiva attraverso l'uso della NAS.

Monica Burra, Pier Paolo Di Taranto, Elisa Mattiussi, Luca Peressoni, Alvise Palese
Azienda Ospedaliero – Universitaria “S. Maria della Misericordia” di Udine
ditaranto.pierpaolo@libero.it, monique.mb@libero.it

Premessa

Dagli anni 70 state elaborate diverse scale per rilevare il carico di lavoro infermieristico all'interno delle rianimazioni. Nel 2003, Miranda (Olanda) ha creato la Nursing Activities Score (NAS). Tale scala, composta da 23 item, calcola la percentuale di tempo che un infermiere dedica all'assistenza diretta di un paziente. Il punteggio genera una percentuale che va dallo 0% al 177%. Una percentuale del 100% corrisponde ad un rapporto infermiere/paziente 1:1, il 50% corrisponde ad un rapporto di 1:2.

Obiettivi

Obiettivo primario era rilevare i carichi assistenziali attraverso la scala NAS nel Dipartimento di Anestesia e Rianimazione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria S. Maria della Misericordia di Udine, composto da tre terapie intensive. Obiettivi secondari erano

1. studiare le correlazioni esistenti tra carico assistenziale e diagnosi di ingresso; stato di agitazione/sedazione.
2. verificare se il carico assistenziale di ogni singola rianimazione è supportato da un adeguato numero di risorse infermieristiche nei diversi turni.

Metodi

Per sei settimane (2011) ogni infermiere ha valutato i propri pazienti attraverso l'utilizzo della scala NAS durante ogni turno di servizio. I ricercatori hanno raccolto dati sulle caratteristiche dei degenti e sulle risorse infermieristiche presenti e attività svolte in ogni singola rianimazione. Tali dati sono stati archiviati, inseriti in un database elettronico, infine elaborati attraverso analisi statistiche. Sono state realizzate oltre 2000 rilevazioni.

Risultati

Il punteggio NAS si modifica in base alla diagnosi di ingresso del paziente e per lo stesso paziente varia nell'arco della giornata nei diversi turni, modificando le necessità assistenziali. Le attività svolte al di fuori del reparto possono indurre condizioni di understaffing. Vi è un punteggio più elevato nei pazienti maggiormente agitati.

Conclusioni

L'utilizzo della NAS permette di identificare più puntualmente le risorse infermieristiche necessarie sulla base della tipologia dei pazienti ricoverati e del turno di servizio ed a bilanciare gli staff assistenziali.

9.15-9:30

L'introduzione del metodo NEMS all'interno di una terapia intensiva generale riflessioni dopo 18 mesi di esperienza.

Andrea Deorsi

Casa di Cura "Dott.Pederzoli S.p.A." Peschiera del Garda, ULSS 22

andreadeorsi@libero.it

Obiettivi

Misurare il carico di lavoro applicando il metodo NEMS, dal maggio 2009 al dicembre 2010, all'interno della Terapia Intensiva polifunzionale della Casa di Cura "Dott. Pederzoli S.p.A.". Verificare l'adeguatezza del metodo NEMS nella determinazione del fabbisogno di personale, attraverso il confronto con i punteggi di altre Terapie Intensive.

Materiali e Metodi

sono stati raccolti dati su 899 pazienti attraverso l'acquisizione di una griglia per la compilazione del sistema NEMS. E' stato inoltre registrato il SAPS II correlandolo ai risultati NEMS su 43 pazienti, nei mesi di gennaio e febbraio 2010.

Risultati

nell'anno 2009 il punteggio NEMS medio registrato è stato di 20.3, nell'anno 2010 di 21.3; l'occupazione media dei posti letto è risultato all'87% per il 2009 e all'88% per il 2010. Il calcolo del fabbisogno di personale Infermieristico necessario effettuato applicando il dato NEMS indicizzato sull'occupazione dei posti letto è risultato essere di 2.3 Infermieri per turno di lavoro.

Conclusioni

la rilevazione del carico assistenziale rappresenta uno strumento di grande utilità per il management. Il confronto tra i dati ottenuti nel nostro studio con quelli riportati da Lucchini del 2008 e quelli raccolti presso il Policlinico Ca' Granda di Milano (nel corso di uno stage), ha suscitato alcuni dubbi sulla coerenza dello strumento. L'assenza di una normativa chiara per la determinazione delle piante organiche suggerisce di proseguire nello sforzo di registrazione ed elaborazione dei dati. La rilevazione del carico assistenziale, tuttavia, non può rappresentare l'unico strumento per la determinazione del fabbisogno di personale. Altri indicatori devono affiancare l'analisi dell'attività dell'U.O., quali il monitoraggio delle lesioni da pressione e delle infezioni CVC correlate, la sorveglianza costante sugli spostamenti dei presidi, oltre all'analisi del clima etico.

Bibliografia

- ▲ Miranda D, de Rijk A, Schaufeli W. Simplified Therapeutic Intervention Scoring System: the TISS-28 items – results from a multicenter study. Crit Care Med, 1996; 24: 64-73.
- ▲ Miranda D, Moreno R, Iapichino G. Nine equivalents of nursing manpower score (NEMS). Intensive Care Med, 1997; 23: 760-5.
- ▲ Lucchini A et al. Utilizzo dei sistemi di rilevazione NEMS e NAS per determinare il fabbisogno infermieristico in una terapia intensiva polivalente. AIR, 2008; 27 (01): 18-26.

9.45- 10.00

MEWS score e indice di complessità assistenziale in pronto soccorso: introduzione di un nuovo strumento di lavoro; esperienza di un pronto soccorso di I livello della Toscana.

Sabrina Tellini, Simone Marchesini, Giovanni Becattini, Lorenzo Baragatti

Azienda USL 7 di Siena

sabrinatellini@libero.it

Premessa

La necessità di rilevare la complessità dell'assistenza infermieristica in pronto soccorso e collegarla alle modalità di sorveglianza dei pazienti ha rappresentato per lungo tempo un'area di miglioramento del gruppo infermieristico.

Scopo

Rilevazione della Complessità Assistenziale dei pazienti di Pronto Soccorso e miglioramento della sorveglianza dei pazienti in carico.

Materiali e Metodi

Strumenti utilizzati: ICA sul modello Cantarelli con accorpamento delle prestazioni 10 e 11 - MEWS score

Abbiamo realizzato scheda cartacea di rilevazione dell'assistenza infermieristica composta dagli strumenti citati; la abbiamo applicata a tutti i pazienti di PS che si classificavano al Triage con codice verde - giallo - rosso;

esclusi: codici bianchi e azzurri, pazienti pediatrici, pazienti con traumatismi delle estremità, gestanti.

Per ogni paziente sottoposto a rilevazione è stato calcolato l'ICA identificando il livello di complessità e che più si avvicinava alla valutazione infermieristica complessiva del paziente. Per gli stessi pazienti è stato calcolato il MEWS score all'ingresso, in uscita con possibilità di rivalutazione. Il periodo di osservazione va dal 16 febbraio al 16 aprile 2011

Risultati e Conclusioni

Sono state compilate 687 schede di rilevazione, di cui 381 codici verdi, 248 codici gialli, 5 codici rossi, incompleti 53

Analisi dei dati: stiamo lavorando all'elaborazione dei dati, dai quali estrarremo un report che risponderà ai seguenti quesiti:

- 1) Il livello di complessità riflette il codice di priorità?
- 2) esiste correlazione tra il livello di complessità, codice priorità e valore MEWS?
- 3) le modalità di sorveglianza sono risultate correlate alla complessità ed al valore MEWS
- 4) il personale infermieristico ritiene utile il lavoro?
- 5) cosa rimane ancora da esplorare?
- 6) riteniamo che gli skill degli infermieri siano adeguati alla complessità dai pazienti?
- 7) e lo skill mix presente per ogni turno?
- 8) valore generale della complessità assistenziale rilevato
- 9) valore medio MEWS.

10.00-10.15

La mobilità interdipartimentale: una necessità per ottimizzare l'uso delle risorse e una possibilità di crescita professionale per l'infermiere.

Ileana Adamini, Alessandro Galazzi,

ICU, Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore, Milano,

ileana.adamini@policlinico.mi.it

Premessa

L'implementazione del dipartimento come modalità organizzativa preferenziale da adottare nelle aziende ospedaliere, finalizzata alla razionalizzazione delle risorse, prevista per

legge già nel 1968 e ribadita dalla normativa successiva, è stata a lungo disattesa. Nel 1992, presso l'Ospedale Maggiore di Milano, la costituzione del Dipartimento di Anestesia e Rianimazione, comprensivo della Rianimazione Generale e della Neuroranimazione, ha spinto i coordinatori a riconsiderare la collocazione del personale infermieristico, secondo un nuovo assetto organizzativo. Dal 2005 l'apertura della Terapia Intensiva Post-Operatoria e l'annessione della Terapia Intensiva Pediatrica a seguito dell'istituzione della Fondazione, hanno permesso di sviluppare e consolidare un modello di gestione delle risorse infermieristiche, trasversale al dipartimento e riconducibile all'area terapie intensive.

Scopo

Costituzione di un unico pool di operatori con competenze finalizzate alla gestione del paziente critico.

Materiali e metodi

Revisione bibliografica. Elaborazione percorso di inserimento documentato e strutturato, costituito da quattro schede di valutazione, ciascuna specifica per ogni Terapia Intensiva.

Risultati Dopo un cammino lungo e non privo di difficoltà, attualmente l'area Terapie Intensive può contare su un unico team di 65 infermieri con livelli di competenze professionali specifiche, diverse a seconda delle esperienze acquisite e del livello di performance professionale raggiunto.

Conclusione

L'introduzione di una logica organizzativa e gestionale orientata alla mobilità interdipartimentale delle risorse umane, richiede un profondo processo di cambiamento del modo di intendere il lavoro dell'infermiere sia da parte dei coordinatori che da parte del personale coinvolto. Questo modello organizzativo consente di garantire una continuità assistenziale ad elevati livelli di competenza, agevolare il percorso di professionalizzazione dell'infermiere e l'inserimento di personale nuovo.

Bibliografia

- ▲ Auteri E. Management delle risorse umane fondamenti professionali (3 ed.). Milano: Guerini e Associati; 2001 p 28-31, 36-39, 55-57
- ▲ Calamandrei C, Orlandi C. La dirigenza infermieristica manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali (2 ed.). Milano: McGraw-Hill; 2002 p 313-319, 322,323

10.15-10.30 Dibattito

Sala 1 Economia, Organizzazione, Risorse 2

Moderatore: Stefano Sebastiani

10.45-11.00

Management infermieristico in emergenza. organizzare per l'appropriatezza.

Lorenzo Baragatti*, Alessandra Aldi*, Dotto suor Luciana*, Montalbano Roberto*, Massimiliano Santuccioli*, Sabrina Tellini*, Adriano Turchi*, Giovanni Becattini°

*S.C. Area Assistenza Infermieristica Emergenza Urgenza ASL 7 Siena

°Dipartimento Infermieristico Ostetrico ASL 7 Siena

l.baragatti@usl7.toscana.it

Premessa

Il regolamento di organizzazione dell'Azienda ASL 7 di Siena prevede l'istituzione del Dipartimento Infermieristico Ostetrico all'interno del quale è presente la struttura complessa dirigenziale Assistenza Infermieristica Emergenza Urgenza.

Scopo

Presentare il modello organizzativo infermieristico dell'area emergenza urgenza adottato dalla ASL 7 di Siena proporre un modello per le strutture operative le competenze presenti, le funzioni attribuite ed il contributo reso all'organizzazione ed alla economia aziendale.

Materiali e Metodi

L'organigramma infermieristico dell'area Emergenza Urgenza prevede un Infermiere Dirigente nominato secondo la legge 251/2000 Direttore della SC Assistenza Infermieristica Area Emergenza Urgenza afferente al Dipartimento Infermieristico Ostetrico e titolare di budget. Ad esso afferiscono 6 Infermieri Coordinatori tra i quali 2 titolari di Posizione Organizzativa Sezione Territoriale ed Ospedaliera anch'essi con budget assegnato. Le ulteriori quattro unità garantiscono in parte il coordinamento di processi operativi ad estensione aziendale (Centrale Operativa 118 e rete di soccorso territoriale) ed in parte il "tradizionale" coordinamento infermieristico dei servizi di Pronto Soccorso afferenti agli stabilimenti ospedalieri.

I Responsabili di Sezione garantiscono la gestione del budget assegnato, il collegamento, delle funzioni di coordinamento, l'uniformità dei percorsi assistenziali e gestionali territorio-ospedale-territorio, il raccordo tra strategie aziendali e organizzazione del lavoro rendendo coerenti le attività con gli obiettivi. Le risorse infermieristiche e di supporto complessivamente assegnate al DEU sono pari a circa 120 unità dislocate sull'intera Provincia di Siena.

Risultati e conclusioni

L'organizzazione sopra descritta ha assicurato l'armonizzazione delle attività di propria pertinenza, l'ottimizzazione e l'integrazione dei processi assistenziali e di supporto, lo sviluppo uniforme delle competenze e l'ottimizzazione nell'utilizzo di risorse attraverso un continuo interscambio di professionisti tra diverse aree geografiche operative e setting assistenziali. Si è inoltre realizzato interscambio tra le funzioni di coordinamento attraverso la gestione "a distanza" dei processi di approvvigionamento e di gestione della turnistica anche con il supporto di strumenti di comunicazione innovativi.

11:00-11:15

Nuove frontiere del triage infermieristico: sperimentazione dei percorsi fast track analisi delle ricadute organizzative dei processi e dei costi.

Giovanni Di Pietro*, Marco Gardinali*, Elisabetta Palma°, Giancarlo Cicolini°

* Azienda Ospedaliera San Paolo Milano Area Emergenza Urgenza

° Corso di Laurea Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, Università degli Studi Chieti - Pescara

giovanni.dipietro@ao-sapaolo.it

Introduzione

L'analisi degli accessi in PS per codice prima della riorganizzazione, evidenzia la preponderanza dei codici verdi e gialli, una ridotta presenza di bianchi – forse anche a causa della presenza del pagamento di un ticket – e una percentuale di rossi che si attesta intorno al 3%, dato questo in linea con le rilevazioni regionali con il gruppo di Coordinamento regionale del pronto soccorso della regione Lombardia

L'analisi dei flussi evidenzia che gli accessi sono concentrati per circa l'85% nell'arco di tempo 7-21 .

Questi dati hanno determinato la creazione di un gruppo di progetto per l'abbattimento dei tempi di attesa, attraverso la realizzazione di percorsi veloci a gestione infermieristica, simili a quelli realizzati in Toscana e in Emilia Romagna, denominati FAST TRACK.

Risultati attesi

In considerazione dei tempi generali di attesa ci si attende che tale progetto impatti pesantemente sui tempi di attesa dei codici minori (verdi e bianchi) che sono notoriamente fonte di disagio e conflittualità nell'utenza che accede al PS, quindi l'idea di incrementare con i percorsi veloci "fast track" per le specialità di otorino, oculistica e dermatologia,

Materiali e metodi

La popolazione oggetto di studio è rappresentata da tutti gli accessi al Pronto Soccorso dell'AOU "San Paolo" di Milano. Lo studio osservazionale ha lo scopo di confrontare se l'attuazione di nuove modalità organizzative (percorsi "fast track") hanno modificato in modo significativo i tempi medi di attesa per codice.

I dati sono stati raccolti analizzando il sistema informatizzato "firstaid" e sono stati analizzati utilizzando il SW Openepi accessibile free su internet.

Le variabili analizzate sono: numero dei pazienti in accesso per fascia oraria e numero di accessi per tipologia di codice.

La dimensione del campione è stata utilizzando il SW online RAOSOFT, consultabile all'indirizzo <http://www.raosoft.com/samplesize.html>. relativamente alla popolazione in studio, composta da oltre 53.000 pazienti su base annuale, il sample size consigliato è di almeno 382 pazienti. I dati consultati in questo studio appartengono a oltre 9000 pazienti, con una potenza dello studio certamente superiore all'80%. I dati sono stati confrontati utilizzando il t test per campioni indipendenti, il livello di significatività è stato posto a 0,05.

Risultati

L'analisi degli accessi per codice non rileva una sostanziale differenza nei pesi relativi ai codici, fatta eccezione per il peso dato dai codici bianchi che aumenta dal 1 al 4%.

Analisi dei dati alla luce dell'attivazione del fast track: i dati ricavati dall'interrogazione del SW "Firstaid" evidenzia che l'applicazione del percorso di FAST TRACK ha avuto ricadute statisticamente significative sui codici bianchi, verdi e gialli.

Infatti, a fronte di un importante aumento dei codici bianchi (praticamente più che raddoppiati) i tempi di attesa si sono ridotti in maniera consistente. Lo stesso è accaduto per i codici verdi e gialli, anche se il loro numero è rimasto più omogeneo e non ha avuto oscillazioni importanti.

Conclusioni

L'attivazione di percorsi fast track ha permesso di ottimizzare i tempi di attesa in PS dei pazienti che si presentano al San Paolo di Milano. Ciò è vero soprattutto per i codici minori (bianchi) e di gravità medio- elevata (verdi, gialli), in cui l'abbattimento dei tempi di attesa è risultato statisticamente significativo.

Bibliografia

- ✦ Anchisi R, Benci L, Benci A et al. Triage infermieristico. Milano: Mc Graw- Hill; 2000
- ✦ Raimondi M. Il triage. In Raimondi M. Assistenza al Trauma Preospedaliero. Arianna Editrice; 2003: 141-50
- ✦ Di Pietro G, De Blasio E, Diani A, et al. Triage preospedaliero nelle emergenze multiple e maxiemergenze. In Prehospital Trauma Care Modulo Base. Approccio e trattamento preospedaliero al traumatizzato secondo le linee guida Italian Resuscitation Council. Milano: Italian Resuscitation Council;2003: 81-3
- ✦ Benci L. L'esercizio professionale in determinate situazioni operative. In Benci L. Aspetti giuridici della professione infermieristica. Elementi di legislazione sanitaria. 4th ed. Milano. Mc Graw-Hill; 2005: 96-103
- ✦ GFT-Gruppo Formazione Triage. Triage Infermieristico. McGraw-Hill Italia, Milano 2005.

11:15-11.30

L'organizzazione snella: l'esperienza del pronto soccorso di Perugia.

Daniele Torroni*, Nicola Ramacciati°

Percorsi di Emergenza Urgenza, Dipartimento Professioni Sanitarie,

° DEA, AO Perugia

nicola.ramacciati@libero.it

Premessa

Il Pronto Soccorso di Perugia ha recentemente ospitato un laboratorio formativo - in collaborazione con la Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica - innovativo di teoria e pratica sulla strategia del "miglioramento rapido", sviluppata dal nuovo modello organizzativo chiamato "organizzazione snella" "lean organization" (noto anche come metodo Toyota). Il modello sotteso alla lean organization prevede l'aggredibilità dei problemi prioritari di un servizio non in tempi lunghi e dilatati, ma rapidi e decisi.

Scopo

Illustrare l'esperienza inerente "la settimana di miglioramento rapido": presupposti, modalità operative e risultati.

Materiali e metodi

Durante la settimana di miglioramento rapido un gruppo di professional (infermieri e medici) sotto la guida di un esperto in ingegneria dell'organizzazione ha condotto l'analisi dei problemi, individuato le attività a valore e non valore, le possibili soluzioni, l'attuazione degli interventi correttivi, la misurazione degli esiti per tre classi di patologia: Disturbo neurologico, Dolore addominale e disturbo cardiologico, codificati al triage con priorità di accesso verde. Un follow-up a distanza di un mese è stato effettuato per verificare l'impatto dell'intervento. Sono stati misurati i tempi di attraversamento e di lavorazione del "processo produttivo".

Risultati

Il valore accettabile tra tempo di lavorazione e tempo di attraversamento è stato posto a $\geq 30\%$. Disturbo neurologico =25%, dolore addominale =42,5%; disturbo cardiologico =63,3%. Per i codici verdi dolore addominale e disturbo cardiologico sono stati ottenuti valori ben al disopra dello standard. Per quanto riguarda il codice verde neurologico questo risulta al di sotto dello standard in quanto vengono escluse dalla misurazione tutte le patologie neurologiche tempo dipendenti codificate come codice di priorità giallo.

Conclusioni

Il Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera di Perugia è in grado di assicurare un servizio compatibile con standard di tempestività, efficienza, sicurezza e adeguatezza dei migliori ospedali nazionali. Questo progetto ha l'obiettivo di ridurre ulteriormente i tempi di attesa e permanenza del cittadino all'interno del Pronto Soccorso, grazie a metodologie gestionali volte alla riduzione degli sprechi (tempi di attraversamento, attese).

Bibliografia

- ♣ Negro G. Ozzello S. Le soluzioni snelle per la P.A. Maggioli Editori, S.Arcangelo di Romagna, 2010.
- ♣ Perrella G. Il Sistema Toyota per la nuova competitività. FrancoAngeli Edizioni, Milano, 2009

11:30-11:45

Sistema 118 e Progetto Mattoni: ruolo dell'infermiere di centrale.

Sabrina Adami

Le centrali operative 118 sono strutture qualificate con personale specializzato e tecnologie avanzate. Realtà complesse, dal punto di vista delle competenze degli operatori, nella gestione e nel coordinamento di diverse strutture e personale anche di organizzazioni esterne. Risulta quindi chiaro come la figura dell'operatore di centrale sia chiave di volta nel: facilitare il flusso delle comunicazioni e nell'affrontare i processi lavorativi come opportunità di miglioramento continuo dei risultati; creando integrazione attraverso la "vision"; collegando l'obiettivo particolare delle singole funzioni a quello generale del servizio, indirizzando gli sforzi verso una meta comune. Il Progetto Mattoni ha come oggetto le prestazioni erogate nell'ambito dell'emergenza-urgenza da parte delle Centrali Operative 118. Il contesto di riferimento è rappresentato dal DM del 17 dicembre 2008 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 6 del 9 gennaio 2009 che, si inserisce in un contesto normativo ed organizzativo regionale che provvede la definizione di linee guida ed indirizzi sulla definizione delle tariffe del trasporto in emergenza con ambulanza ed elisoccorso. La relazione descrive ruolo ed operatività dell'infermiere nella gestione dell'adeguamento del Sistema Ades della Centrale Operativa 118 di Perugia ai flussi previsti dal decreto ministeriale, con una riflessione in merito al possibile impatto economico finanziario sul sistema di governo regionale. Una delle maggiori criticità nei servizi di Emergenze-Urgenza è rappresentata dalla documentazione del percorso clinico diagnostico e gli atti terapeutici di una prestazione sanitaria: la particolarità del servizio 118 impone di utilizzare strumenti meno tradizionali di una cartella clinica, la registrazione del flusso telefonico, delle comunicazioni radio con i mezzi di soccorso, l'uso di schede predisposte ed informatizzate facilitano il compito di raccoglimento della documentazione, assicurano l'omogeneità dei dati raccolti e costituiscono uno strumento valutativo fondamentale. L'UNI EN ISO 9001 richiede l'identificazione e la tracciabilità per prodotti, servizi e documenti, ogni scheda è quindi identificata da un numero progressivo, orario richiesta di soccorso, anagrafica e codice di gravità del paziente, obiettività al momento dell'arrivo, provvedimenti terapeutici effettuati: la corretta compilazione delle schede (totalmente in gestione all'infermiere di Centrale 118) e relativo invio al Controllo di Gestione in una percentuale \geq all'85% degli eventi gestiti sono state considerate uno dei punti fondamentali per l'attivazione del Sistema di gestione della Qualità in riferimento alle norme ISO 9001-2008 volte all'ottenimento della certificazione e dell'accreditamento Istituzionale per la Centrale Operativa 118 di Perugia. Nelle aziende sanitarie è necessario porre attenzione ai principi che regolano il funzionamento dei sistemi organizzativi complessi, e all'importanza che riveste il meccanismo di produzione dei risultati, il solo che consenta l'erogazione di prestazioni quali-quantitative migliori. Gli infermieri devono assumere ruoli decisionali e propositivi sulla progettazione organizzativa delle aziende iniziando ad assumere quei ruoli di programmazione, coordinamento e gestione che sono peculiari della professione, facendo comprendere alla Direzione Aziendale l'importanza strategica dell'investimento sullo sviluppo e valorizzazione della risorsa infermieristica.

Bibliografia:

- ✧ DECRETO 17 dicembre 2008 "Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell'ambito dell'assistenza sanitaria in emergenza-urgenza" G.U. Serie Generale n. 9 del 13 gennaio 2009
- ✧ Deliberazione 1926 Giunta Regione Umbria 20/12/2010

11:45-12:00

Il coordinatore infermiere e l'utilizzo degli indicatori nel processo di budgeting: confronto tra le aziende sanitarie romane.

Claudio Fedeli*, Gaetano Romigi**, Andrea Maccari***, Angelo Barbato****

* Ortopedia, Centro Traumatologico Ospedaliero, Asl Rm C

** Formazione E Aggiornamento, Asl Rm A

*** Sistema Informativo, Asl Rm B

****Direttore Sanitario Aziendale, Asl Rm A

claudio.fedeli@yahoo.it

Introduzione

Da molti anni si assiste allo sviluppo di sistemi di misurazione delle prestazioni sanitarie, con particolare riferimento all'utilizzo delle risorse e alla qualità dei servizi offerti.

Per questa ragione, sussiste oggi una necessità crescente di sviluppare sistemi multidimensionali di misurazione della performance, che mirino sempre di più ad integrare tra loro le diverse informazioni. In questo nuovo scenario, prospettato ed auspicato di una Sanità che cambia, è di fondamentale importanza il ruolo dell'Infermiere e soprattutto a livelli di Coordinamento e di Dirigenza.

Il Coordinatore deve poter misurare e valutare la sua performance, quella della sua Unità Operativa e quella dei suoi collaboratori. L'uso sistematico degli indicatori in sanità è uno degli strumenti che permettono di arrivare a questo obiettivo.

In campo infermieristico esistono diversi modelli di indicatori per la misurazione di processi e pratiche infermieristiche, per valutare l'efficacia ed efficienza nell'assistenza infermieristica.

Allo stesso tempo sono da sviluppare, oltre agli indicatori sanitari clinici, anche quelli riguardanti l'aspetto organizzativo-gestionale anch'essi utili per il processo di budgeting e la costruzione di schede di budget, divenuti ormai simboli e strumenti essenziali di una Sanità che cambia. Il saperle utilizzare vuol dire conoscere, migliorare, e saper gestire all'interno dell'organizzazione ogni tipo di risorsa, che sia economica, umana, strutturale e temporale. Il lavoro di questo articolo si chiude attraverso un'indagine conoscitiva eseguita dagli autori

Lo studio è stato effettuato presso alcune aziende sanitarie romane allo scopo di comprendere se il coordinatore infermieristico che opera all'interno di queste aziende partecipa al processo di budgeting attraverso l'utilizzo degli indicatori, nell'ambito delle attività gestionali di valutazione e controllo economico-finanziario del proprio Centro di costo. Raccolti i dati sono stati codificati, inseriti in una tabella di excel a tripla colonna e rappresentati graficamente. Lo studio effettuato fornisce dati alquanto positivi in quanto ci rivela che il Coordinatore infermieristico, nella maggior parte delle aziende sanitarie, è coinvolto sia nel processo di budgeting attraverso gli indicatori che nella partecipazione alla negoziazione per mezzo della scheda di budget. Nelle Aziende dove non è ancora utilizzato il processo di budgeting a livello infermieristico, l'indagine mostra che la Dirigenza Strategica aziendale e quella Infermieristica sono però particolarmente sensibili alla formazione del personale con funzioni di coordinamento per far sì che il Coordinatore infermieristico partecipi in futuro alla negoziazione di budget e utilizzi il controllo di gestione come strumento per migliorare l'efficacia, l'efficienza, la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni infermieristiche. Si assiste ad un modello di tipo sperimentale che prossimamente vedrà istituire tale processo in maniera più estesa e meno estemporanea.

Materiali e Metodi

Ricerca bibliografica e multimediale, riviste, indagine conoscitiva tra le ASL romane.

Risultati

Maggiore sensibilizzazione all'utilizzo degli indicatori nel processo di budgeting e scheda di budget, partecipazione del Coordinatore e dell'infermiere nel Processo di Budget.

Conclusioni

A conclusione di questo lavoro si ribadisce l'importanza che assume l'utilizzo degli indicatori del processo di budgeting e della scheda di budget. Ogni coordinatore infermieristico deve essere sensibilizzato all'utilizzo di questi strumenti. L'uso degli indicatori di budgeting permette di verificare se il proprio operato è corretto, di confrontare dati al fine di porli in relazione con indicatori specifici costruiti su indicatori generici di efficacia, efficienza, produttività e qualità.

Il corretto utilizzo delle risorse economiche e finanziarie vuol significare anche rispetto dei beni pubblici ma soprattutto del paziente che usufruisce dei servizi che da questo uso ne derivano. L'utente-cliente, punto centrale del sistema sanitario, riceverà una migliore assistenza solo se le risorse necessarie sono correttamente utilizzate e se produrranno i servizi indispensabili con le modalità appropriate, e poiché in sanità le risorse non sono infinite, il Coordinatore infermieristico avrà in futuro un ruolo sempre più importante in questo ambito e per le proprie competenze.

Parole chiave

Coordinatore infermieristico, processo di budgeting, utilizzo di indicatori, scheda di budget.

12:00-12:15

Razionalizzare per non razionare. Le tecniche per la valutazione economica in sanità.

Marco Zucconi*, Nicola Ramacciati°

* Sicurezza e Risk Management, AO Perugia

° Pronto Soccorso, AO Perugia

marco.zucconi@email.it

Premessa

Uno dei principali problemi dei sistemi sanitari dei paesi industrializzati riguarda l'allocazione delle risorse necessarie per la prevenzione e il trattamento delle patologie della popolazione assistita. Nei prossimi decenni tale fenomeno sarà sempre più importante per i decisori sanitari dato il continuo invecchiamento della popolazione, l'aumento delle aspettative dei pazienti e il rapido sviluppo della tecnologia disponibile.

Scopo

La valutazione economica in Sanità rappresenta l'analisi di programmi alternativi di intervento, basata sul criterio dell'efficienza e finalizzata a fornire informazioni utili per il processo decisionale. Data la scarsità di risorse, ne consegue che il loro in una determinata attività sanitaria comporta l'impossibilità di usare le stesse risorse in altre attività anch'esse produttive di benefici. L'adozione di specifici strumenti di valutazione economica permette un uso razionale delle risorse, al fine di evitare, per quanto possibile, sprechi e conseguenti razionamenti indiscriminati.

Materiali e metodi

Nella relazione saranno descritti gli obiettivi e le modalità di applicazione delle principali tecniche di valutazione economica in Sanità, con esempi calati nell'ambito del nursing:

- minimizzazione dei costi,
- analisi costo/efficacia,
- analisi costo/beneficio,
- analisi costo/utilità.

Risultati

Ciascuna tecnica permette di effettuare delle valide scelte in materia di investimenti economici in sanità, anche se con diversi gradi di difficoltà nella determinazione del migliore investimento. Sta al decisore scegliere lo strumento da adottare in funzione del contesto, dei dati disponibili e del tempo a disposizione.

Conclusioni

Usare l'economia sanitaria significa scegliere priorità di salute e mettere in atto le strategie finalizzate a rendere operative tali scelte. I criteri di definizione delle priorità dipendono dalla cultura, dal momento storico, dalle preferenze della popolazione e, purtroppo, dal consenso politico. Non sempre i criteri vengono resi noti o sono evidenti e non sempre si è in grado di comprenderli e accettarli, ma l'infermiere non può esimersi da conoscere almeno i concetti teorici di base, soprattutto se ricopre incarichi di responsabilità manageriale.

Bibliografia

- ▲ Drummond MF et al. Metodi per la valutazione economica dei programmi sanitari. 3° ed., Il pensiero scientifico editore, Roma, 2010.

12.15- 12.30

Impatto economico e qualità dei dispositivi medici in area critica: il ruolo degli infermieri.

Raffaele Belgiovine

Direzione Medica Ospedaliera, Settore Igiene Ospedaliera – Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna - Sant'Orsola - Malpighi.

raffaele.belgiovine@libero.it

Premessa

Tra i materiali di consumo di un'Unità Operativa i Dispositivi Medici risultano essere fra quelli con maggior impatto economico. L'economicità tuttavia spesso non è sinonimo di qualità, elemento imprescindibile per la sicurezza di pazienti e operatori sanitari. Gli infermieri hanno un ruolo importante nell'individuazione e nella scelta di tali Dispositivi.

Risultati

La Normativa che regola i Dispositivi Medici (Decreto Legislativo del 24 febbraio 1997, n.46 - Attuazione della Direttiva 93/42/CEE concernente i Dispositivi Medici - G.U. Serie Generale n. 54 del 6 marzo 1997) detta specifiche condizioni a carico dei fabbricanti per poter ottenere la marcatura CE, indispensabile per l'immissione nel mercato. Essa non è tuttavia garanzia di qualità in egual misura.

Il ricorso ormai cronico da parte delle Aziende Sanitarie a procedure di acquisizione con aggiudicazione a prezzo più basso comporta il rischio di legarsi, talvolta per lunghi periodi, a forniture qualitativamente scarse.

Per ridurre al minimo questi rischi le Aziende Sanitarie ricorrono a gruppi di acquisto (gare metropolitane, area vasta, gare regionali, mercato telematico), con lo scopo di ottimizzare i processi di acquisto, creare una maggiore concorrenza tra i fornitori ed ottenere una riduzione dei prezzi unitari grazie all'aggregazione della domanda.

All'interno dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna - Sant'Orsola – Malpighi è stata istituita nel 2009 la Commissione Aziendale Dispositivi Medici (CADM) che ha lo scopo di valutare l'introduzione di nuove tecnologie ad elevato impatto clinico, organizzativo ed economico.

La CADM si avvale, oltre che dei componenti che la costituiscono (Governo Clinico, Farmacia, Tecnologie Biomediche, Controllo Direzionale), della collaborazione di altri professionisti, tra i quali infermieri con consolidata esperienza specialistica all'interno di Unità Operative e/o Direzione Sanitaria.

Conclusioni

L'acquisizione di Dispositivi Medici è un processo complesso e critico a causa delle ripercussioni che una scelta errata può comportare. Gli infermieri in questo processo

ricoprono a più livelli un ruolo fondamentale che deve basarsi sui criteri dettati dalla Normativa vigente e sulle conoscenze delle principali procedure di acquisizione, al fine di esercitare un adeguato controllo sul Dispositivo Medico anche durante l'utilizzo. Mediante l'applicazione di tali principi essi potranno tutelare la propria sicurezza e la salute del paziente, contribuendo allo stesso tempo al contenimento ed all'ottimizzazione delle risorse economiche.

Parola chiave

Dispositivi Medici, Razionalità economica, Sicurezza.

12.30-12.45

Risvolti economici dell'inserimento di un protocollo per la gestione della nutrizione enterale.

Cristina Delfino, Patrizia Mondino

Terapia Intensiva Cardiochirurgica, Azienda Ospedaliera Santa Croce e Carle, Cuneo
crideflino83@yahoo.it

Introduzione

La letteratura evidenzia l'importanza di una corretta nutrizione del paziente in Terapia Intensiva (TI): le Linee Guida ESPEN raccomandano fortemente l'utilizzo della Nutrizione Enterale (NE) rispetto alla Nutrizione Parenterale Totale (NPT) qualora sia posta indicazione alla Nutrizione Artificiale (NA).

La letteratura sottolinea la responsabilità affidata agli infermieri nella gestione della NE e nella elaborazione e condivisione di protocolli.

L'utilizzo di protocolli per la somministrazione della NE consente di ridurre morbilità e mortalità e diminuire i giorni di degenza ospedaliera, con una conseguente riduzione dei costi.

Scopo

Evidenziare la riduzione di costi relativi alla NA in seguito all'inserimento di un protocollo per la gestione della NE all'interno della TI Cardiochirurgica (TICCH) di Cuneo

Materiali e Metodi

Confronto del numero di NPT/NE richieste dalla TICCH nei 18 mesi precedenti e successivi l'inserimento del protocollo (divulgato nel mese di novembre 2009).

Analisi dei costi di NPT/NE e rispettivi deflussori.

Risultati

NPT richieste nei 18 mesi precedenti l'inserimento del protocollo n. 1.755 (spesa totale di €37.232,32); NPT richieste nei 18 mesi successivi l'inserimento del protocollo n. 1.030 (spesa totale di €20.466,5); riduzione complessiva dei costi per la NPT di €16.765,82.

NE richieste nei 18 mesi precedenti l'inserimento del protocollo n. 1.764 (spesa totale €5.144,45); NE richieste nei 18 mesi successivi l'inserimento del protocollo n. 3.000 (spesa totale di €8.439,6); incremento complessivo dei costi per la NE di €3.295,15.

Conclusioni

L'inserimento del protocollo per la gestione della NE in TICCH di Cuneo ha permesso l'applicazione delle indicazioni delle Linee Guida Internazionali, e si è associato ad una riduzione dei costi della NA di circa €13.470,67 in 18 mesi.

Bibliografia

- ✧ Barr, Hecht, Flavin et al. Outcomes in Critically Ill Patients Before and After the Implementation of an Evidence-Based Nutritional Management Protocol. Chest 2004; 125: 1446-1457
- ✧ Kreymann, Berger, Deutz et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Intensive care. Clinical Nutrition 2006; 25: 210-223

- ▲ Ros, McNeill, Bennet. Review: nurses can improve patient nutrition in intensive care. Journal of Clinical Nursing 2009; 18: 2406-2415

12.45-13.00 Dibattito

Sala 2 Sicurezza e Qualità

Moderatore: Gaetano Romigi - Giovanni Becattini

8.30-8.45

Analisi delle possibili relazioni tra sovraffollamento (overcrowding) e infortuni dei pazienti nel pronto soccorso di un DEA di II livello. impatto economico e possibili soluzioni.

Cristian Vender, Franca Occhipinti,
D.E.A. Azienda Ospedaliera S.Camillo Forlanini, Roma
cristianvender@libero.it

Premessa

Lo studio presenta un'analisi delle possibili cause di infortuni di pazienti che stazionano in un pronto soccorso. Le cadute dalle barelle sono una delle principali cause di infortunio.

Una prima ipotesi che analizzeremo attraverso un'attenta analisi delle statistiche in possesso è quella che gli infortuni aumentano con l'aumentare di presenze di pazienti nelle sale di pronto soccorso, presenze oltre il limite del controllo da parte dell'infermiere addetto alla gestione delle sale di attesa e delle sale visita di un pronto soccorso.

La seconda ipotesi, è che i pazienti che stazionano per lungo tempo nelle sale di pronto soccorso causa lunghi tempi di attesa alla visita o mancanza di posti letto, sono più soggetti agli infortuni rispetto ai pazienti che vengono precocemente inquadrati e hanno un esito di invio a domicilio o ricovero in tempi ragionevoli.

La terza ipotesi è che gli infortuni aumentano con la presenza di un numero minimo di infermieri nelle sale e nei box di attesa e visita dei pazienti.

Scopo

L'obiettivo è l'analisi attenta e puntuale del problema e la definizione di alcuni accorgimenti correttivi per diminuire la percentuale di infortuni dei pazienti e la definizione dei costi delle cure dovute ad infortunio a carico del Servizio Sanitario Regionale.

Materiali e metodi

L'analisi dei registri cartacei degli infortuni dei pazienti e la consultazione del software informatico per la gestione dei pazienti in pronto soccorso correlato ad un'analisi dei turni di lavoro, dei carichi di lavoro e del personale presente permette di avere delle statistiche sulle caratteristiche correlate allo svilupparsi dell'evento.

Lo studio è di tipo osservazionale retrospettivo con un riferimento temporale degli infortuni dei pazienti di due anni.

Risultati

Lo studio e l'analisi dei dati verranno implementati successivamente. Contemporaneamente una revisione della bibliografia internazionale recente fornisce indicazioni su possibili soluzioni per prevenire le cadute dei pazienti in ospedale.

Altri studi identificano della scale di valutazione del rischio di caduta che vengono compilate dagli infermieri al momento dell'accettazione del paziente; dove non utilizzate il problema viene sottostimato con aumento delle cadute dei pazienti.

Infine viene citato uno studio del 2008: con l'aumento dell'altezza dei letti da terra o delle barelle, aumentano le cadute dei pazienti.

Le evidenze scientifiche in merito al problema sono numerose e permettono di trovare soluzioni idonee alla prevenzione di questo inquietante fenomeno.

Conclusioni

Il sovraffollamento di pazienti in pronto soccorso è una delle principali cause di infortuni.

L'ipotesi che si analizza nello studio, è quella che la riduzione del personale in servizio insieme al sovraffollamento costituisca un importante fattore di crescita degli infortuni dei pazienti. Altri elementi quali l'aumento di permanenza dei pazienti nelle sale di PS, e la mancanza di strumenti idonei di valutazione del rischio, comportano una maggiore possibilità del verificarsi dell'evento doloso.

Bibliografia

- ⤴ Tzeng HM, Yin CY. Heights of occupied patient beds: a possible risk factor for inpatient falls. *Journal of Clinical Nursing*, 2008
- ⤴ Tzeng HM, Yin CY. Nurses' solutions to prevent inpatient falls in hospital patient rooms, *nursing economics*, 26, 3, 2008
- ⤴ Shorr et al. Improving the capture of fall events in hospitals: combining a service for evaluating inpatient falls with an incident report system, *Journal of the American Geriatrics Society*, 56:710-704, 2008

8.45-9.00

La gestione della sicurezza del personale che opera sui mezzi di soccorso: la prevenzione e il monitoraggio come strumenti di gestione sulle ricadute economico-qualitative.

Matteo Bartolomei, Domenico Coviello

EMS 118, AUSL Bologna

m.bartolomei@118er.it

Il nostro lavoro pone la sua attenzione sullo studio della sicurezza del personale sanitario che opera sui mezzi di soccorso, sulla loro formazione riguardo questa tematica, sulle loro abitudini di utilizzo delle cinture di sicurezza e sugli incidenti in cui sono stati coinvolti, cercando di compiere anche un'analisi volta alla prevenzione, quindi alla salute degli operatori e alla riduzione dell'impatto economico sulla società che questi potrebbero avere nel caso andassero incontro a incidenti con lesioni permanenti o a morte.

E' stata svolta una revisione della letteratura sui principali motori di ricerca scientifici; inoltre è stato strutturato e sottoposto un questionario che "fotografasse" la situazione della nostra realtà.

Il campione, reclutato attraverso la compilazione volontaria del questionario distribuito presso tutti i punti di riferimento del personale del 118 della provincia di Bologna, è di 222 questionari ritirati (63% popolazione).

I dati risultanti dall'indagine campionaria dimostrano che il problema della sicurezza del personale dell'emergenza territoriale è reale e diffuso in maniera abbastanza preoccupante: basti pensare che poco meno della metà (il 44 %) del

campione preso in esame ha avuto almeno un incidente. Ed è altrettanto preoccupante il fatto che più di un operatore su dieci (11%) coinvolto in un incidente abbia avuto una lesione permanente accertata da documentazione medica. Inoltre si è potuto osservare che la cintura di sicurezza è utilizzata frequentemente nel vano di guida, soprattutto per raggiungere l'evento (86% dei casi), ma anche per l'ospedalizzazione (66%). È invece drammatica la frequenza di utilizzo delle cinture di sicurezza nel vano sanitario durante l'ospedalizzazione del paziente (solo il 25% le indossa sempre o quasi sempre): questo significa che tre operatori su quattro sono esposti perennemente ad alti rischi di morte o gravi infortuni. Questa casistica è presente anche in uno studio di Becker del 2003 (svolto su un campione di oltre 25.000 casi).

Dai dati emersi da questa indagine campionaria si può anche affermare che sia molto importante accrescere l'aspetto formativo ed educativo in merito alla sicurezza sui mezzi dell'emergenza territoriale.

Attualmente, a livello aziendale, è in fase di realizzazione un progetto di segnalazione e monitoraggio di tutti quegli eventi che fanno parte della gestione del rischio; è un passo importante per la valorizzazione della qualità dei servizi che i professionisti erogano ed è più che auspicabile che le proposte emerse da questo elaborato s'inseriscano all'interno di questo progetto in maniera naturale.

Questi dati serviranno per studiare il fenomeno in maniera dettagliata e basata su evidenze, agendo quindi sulle cause reali, e non su quelle supposte, che provocano gli incidenti, con gli strumenti più idonei.

Riducendo così i potenziali rischi e di conseguenza le prevedibili eventi, si agisce anche sul fattore umano-economico: la prevenzione ha infatti lo scopo di investire poco in anticipo per risparmiare molto in seguito.

9.00-9.15

Infortunati sul lavoro del personale del servizio di emergenza e urgenza sanitaria - SEUS 118 della provincia di Lecce: studio osservazionale periodo 2005 - 2010 e valutazioni sull'impatto organizzativo ed economico.

Antonio Colli*, Elisabetta Palma°, D. Antonaci°, G. Cicolini°

*Centrale Operativa 118 - A.S.L. Lecce

°Università "G. D'Annunzio" Chieti Pescara

Premessa

Il rischio occupazionale del personale dei servizi di emergenza e urgenza sanitaria (SEUS) è un ambito non ancora completamente esplorato.

Obiettivi

Descrivere il fenomeno infortunistico del personale SEUS, caratterizzando le tipologie di esposizione occupazionale e il danno riferito dai lavoratori nonché valutare l'impatto economico ed organizzativo del fenomeno.

Materiali e Metodi

Analisi retrospettiva di tutti gli infortuni occorsi al personale SEUS della provincia di Lecce, nel periodo dal 1 gennaio 2005 al 31 dicembre 2010. Relativamente all'anno 2010 inoltre è stato valutato l'impatto economico ed organizzativo che il fenomeno infortunistico ha determinato nel SEUS 118 di Lecce.

Risultati

Durante il periodo osservato sono stati riportati 92 infortuni. Gli infermieri sono la categoria professionale maggiormente colpita (46%, $p = 0.019$). La gran parte degli infortuni è da rischio meccanico (91%, $p = 0.0001$), seguita dal biologico (6%), mentre in 3 casi è in causa lo stress a seguito di diverbio. La prima causa di lesioni è l'incidente stradale (25%).

Distorsioni e distrazioni da movimenti incoordinati (37%) sono le lesioni più frequentemente riportate dagli operatori dell' emergenza extraospedaliera. I 92 infortuni hanno determinato la perdita di 1.851 giornate lavorative. La categoria che incide maggiormente sul costo complessivo è quella degli infermieri. Il fenomeno infortunistico ha esacerbato , una situazione organizzativa già critica.

Conclusioni

Il fenomeno infortunistico nella realtà dell'emergenza territoriale riconosce una serie di cause assolutamente peculiari e specifiche, come gli incidenti stradali, l'operatività in teatri esterni a volte ostili, l'impatto psicologico dovuto alle condizioni di intervento. L'approfondimento della conoscenza di questo tema può aiutare chi si occupa di organizzazione a identificare strategie di prevenzione. L'impatto economico del fenomeno infortunistico è rilevante.

La difficile situazione organizzativa non può essere imputata in maniera esclusiva al fenomeno infortunistico, ma tale fenomeno ha aggravato una situazione già di per sé difficile e che si trascina probabilmente da anni. Il fenomeno infortunistico ha reso drammatica , esacerbandola, una situazione organizzativa già al limite del collasso e certamente non ne ha reso possibile il rientro ad una situazione di normalità.

Bibliografia

- ⤴ Sterud T, Ekeberg Ø, Hem E. Health status in the ambulance services: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2006; 6:82.
- ⤴ [Heick R](#), [Young T](#), [Peek-Asa C](#). Occupational injuries among emergency medical Service providers in the United States. Journal of Occupational and Environmental medicine/American College of Occup Environ Med. 2009; 51(8): 963-968.
- ⤴ [Maguire BJ](#), [Hunting KL](#), [Smith GS](#), Levick NR. Occupational fatalities in emergency medical services: a ridded crisis, Ann Emerg Med 2002; 40(6): 625-632.

9.15-9.30

Indagine esplorativa riguardante la percezione della violenza all'interno dei Pronto Soccorso.

Domenico Coviello, S. Musolesi, M. Bartolomei, A. Monesi*

Azienda USL di Bologna - Dipartimento Emergenza,UOC Pronto Soccorso ed Emergenza Territoriale Area Sud, GECAV – 118

*Servizio di Rianimazione e 118 Ospedale Maggiore Bologna

d.coviello@118er.it

Nel nostro paese il fenomeno della violenza subita dagli operatori di Pronto Soccorso è stato scarsamente indagato, mentre all'estero questo tipo di argomento ha catalizzato l'attenzione di numerosi studi, grazie ai quali varie organizzazioni hanno potuto apportare quei cambiamenti atti a ridurre l'elevato turnover, il numero dei giorni di malattia ed eventuali contenziosi con l'utenza, nonché ad attuare un netto miglioramento del clima organizzativo.

Pertanto, il presente lavoro si prefigge lo scopo di indagare la percezione della violenza nei confronti degli operatori da parte degli utenti, al fine di effettuare una prima indagine conoscitiva sull'entità del tema trattato. La realizzazione dello studio è stato effettuato attraverso la distribuzione, a tutto il personale infermieristico operante in diversi PS dell'AUSL di Bologna, di un questionario ad hoc in cui gli episodi di violenza sono stati suddivisi nella seguente modalità:

Violenza fisica, Violenza psicologica e Violenza verbale.

Dai dati ottenuti, è stato possibile effettuare delle indagini statistiche che hanno prodotto dei risultati di tipo quali-quantitativo, successivamente confrontati con quanto è stato riportato in letteratura e discussi tra gli operatori e dirigenti infermieristici.

Bibliografia

- ⤴ Gacki-Smith J, Juarez AM, Boyett L, Homeyer C, Robinson L, MacLean SL. Violence against nurses working in US emergency departments. *J Healthc Prot Manage* 2010;26(1): 81-99.
- ⤴ Roche M, Diers D, Duffield C, Catling-Paull C. Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes. [J Nurs Scholarsh](#). 2010 Mar;42(1):13-22. University of Technology, Sydney, NSW, 2007, Australia
- ⤴ Magnavita N, Heponiemi T. Workplace violence against nursing students and nurses: an Italian experience. *J Nurs Scholarsh*. 2011 Jun;43(2):203-10. doi: 10.1111/j.1547-5069.2011.01392.x. Epub 2011 Apr 1.
- ⤴

9.30- 9.45

I “costi” della violenza e degli abusi agli operatori in pronto soccorso.

Andrea Ceccagnoli, Nicola Ramacciati
Pronto Soccorso, Azienda Ospedaliera di Perugia,
Nicola.ramacciati@libero.it

Premesse

La violenza sul luogo di lavoro (WPV Workplace violence) è ormai universalmente riconosciuta come una delle principali problematiche di salute pubblica nel mondo: gli infermieri di Pronto Soccorso, soprattutto di quelli impegnati nell'attività di Triage, sono tra i più esposti. Numerosi studi internazionali hanno indagato il problema della violenza agli operatori in profondità, nonostante l'emanazione di specifiche “raccomandazioni” da parte del Ministero della Salute, in Italia solo pochi studi si sono occupati di questo fenomeno.

Scopo

Lo scopo del presente lavoro è quello di analizzare la “portata” del fenomeno aggressioni in termini di frequenza e gravità degli esiti e quindi di evidenziare i “costi” economici, ma anche umani e professionali prodotti dagli episodi di violenza.

Materiali e metodi

Attraverso una ricerca nei principali database di riferimento (PubMed e CINAHL) nonché in Internet (tramite Google Scholar) sono stati reperiti ed analizzati i più recenti articoli internazionali ed italiani e la letteratura grigia sull'argomento.

Risultati

Da un recente studio condotto in 15 Pronto Soccorso di 14 regioni italiane, rappresentativi di tutto il territorio nazionale, è emerso che il 90% degli infermieri di emergenza sono stati aggrediti verbalmente o hanno assistito ad aggressioni nei confronti di colleghi (95% del campione); il 35% ha subito atti di violenza fisica, più della metà (52%) ne sono stati testimoni. Almeno un terzo degli infermieri (31%) è dovuto ricorrere a cure mediche, con prognosi fino a 5 giorni (13%), da 5 a 15 giorni (11%), ovvero superiori a 15 giorni (6%).

Conclusioni

La violenza nei confronti degli infermieri di Pronto soccorso non solo ha un costo economico rilevante, ma soprattutto genera “costi indiretti” legati ai danni psicologici provocati dalle aggressioni. Motivazione, autostima, sicurezza sono fortemente minati dagli episodi di aggressione. Il burnout degli operatori di Pronto Soccorso è purtroppo fortemente alimentato da tale fenomeno.

Bibliografia

- ✧ Child RJH, Menten JC. Violence Against Women: The Phenomenon of Workplace Violence Against Nurses. *Issues Ment Health Nurs*, 2010;31, 89-95.
- ✧ Becattini G, Bambi S, Palazzi F, Lumini E. Il fenomeno delle aggressioni agli operatori di Pronto Soccorso: la prospettiva italiana. In ANIARTI, Atti XXVI Congresso Nazionale 2007.

9.45- 10.00

Risk management ed impatto economico del workplace: incident reporting workplace in pronto soccorso.

Rosalba Gallo, Caterina Galletti, Maria Luisa Rega

Università Cattolica Sacro Cuore, Policlinico Gemelli, Roma

rosalbagallo@virgilio.it

Introduzione

Il National Institute of Occupational 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”. La percezione che la violenza sia un aspetto inevitabile del lavoro in emergenza-urgenza e che gli infermieri esperti e addestrati a fornire assistenza a pazienti in condizioni critiche siano abituati a questi tipi di eventi, può far pensare che in assenza di lesioni fisiche le aggressioni non producano effetti sugli operatori, in realtà nel tempo può portare all’insorgenza di sintomi da Disordine da Stress Post-Traumatico. Sebbene il workplace violence sia rilevante e diffuso, la maggior parte degli infermieri non denuncia gli episodi di violenza, ritenendo che la notifica risulti inutile. Questa percezione è alimentata anche dalla scarsa diffusione di sistemi di Incident Reporting dedicati per atti di violenza.

Problema

I fattori che concorrono all’esordio di atti di violenza possono essere legati alle condizioni del paziente o alla struttura ospedaliera. I comportamenti violenti sugli operatori sanitari costituiscono eventi sentinella, la loro rilevanza ha portato nel 2007 all’emanazione da parte del Ministero della Salute di una serie di “Raccomandazioni per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari”. La Joint Commission ha rilevato (gennaio-dicembre 2006) un numero complessivo di 141 eventi sentinella legati ad aggressione, violenza, omicidio. Il Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali nel 2005-2009 ha attuato un protocollo di monitoraggio sulla gestione del rischio clinico, inserendo gli “atti di violenza a danno di operatore” tra gli eventi sentinella (2,6% degli eventi segnalati). L’INAIL nel 2007 ha segnalato come delle 429 denunce per aggressione il 55% sia stato a carico del personale infermieristico, il 7% a carico di personale medico.

Conclusioni

Viene proposto un modello di Incident Report Workplace Violence per evidenziare il fenomeno a riguardo degli infermieri che lavorano nei PS nel nostro Paese, il suo impatto sia economico sia sulla qualità dell’assistenza erogata. Lo scopo è di incentivare la consapevolezza negli operatori dell’importanza della denuncia, dell’implementazione di programmi di formazione sul “metodo di riconoscimento precoce e gestione” e della predisposizione di supporto psicologico e di debriefing alle vittime di workplace violence.

Bibliografia

- ✧ National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH): Violence Occupational Hazard in Hospitals. April 2002. www.cdc.gov/niosh/pdfs/2002-101.pdf

- ⤴ Gates DM., Gillespie GL., Succop P. Violence Against Nurses and its Impact on Stress and Productivity. *Nursing Economics*. March-April 2011; 29(2): 59-66.
- ⤴ Rippon TJ. Aggression and violence in health care professions. *Journal of Advanced Nursing*. 2000; 31(2): 452-460.
- ⤴ Ministero della Salute. Dipartimento della Qualità. Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari. Raccomandazione n° 8, 2007. www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_721_allegato.pdf
- ⤴ The Joint Commission: Sentinel Event Statistics: December 31, 2006 - Type of Sentinel Event. <http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/Statistics/>
- ⤴ Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali: Protocollo di Monitoraggio degli eventi sentinella - 2° Rapporto (Settembre 2005-Agosto 2009). Ottobre 2009.
- ⤴ Bucciarelli A. Dati Inail: Liste di controllo per la sicurezza in ospedale. Gennaio 2007 n°1

10.00-10.15

Le ostilità laterali tra infermieri di area critica: revisione di letteratura e proposta di survey nazionale online.

Stefano Bambi*, Giovanni Becattini**, Enrico Lumini*

*Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi;

**Azienda ASL 7 Siena

stebam@libero.it

Premessa

In Italia il mobbing è emerso tardivamente all'attenzione dell'opinione pubblica e del legislatore, rispetto al Nord Europa. E' noto come le conseguenze di questo fenomeno possano avere un impatto diretto sulla capacità produttività e sulla gestione economica interna al sistema salute. Tra le diverse tipologie di mobbing si distingue quello orizzontale, in cui vittima e aggressore sono collocati a pari livello nella scala gerarchica. Questo fenomeno assume in letteratura molteplici definizioni, soltanto lievemente differenti tra loro, ma sostanzialmente sovrapponibili: "ostilità laterale", "violenza laterale", o "violenza orizzontale"¹.

Scopi

Revisione di letteratura sul tema delle ostilità orizzontali, con particolare attenzione al setting di area critica.

Materiale e metodi

Ricerca bibliografica sui database online Medline e Cinhal, incrociando parole chiave quali: "nursing", "violence", "bullying", "hostility", "lateral", "horizontal", con limiti impostati solo su lingua italiana ed inglese

Risultati

Sono state reperite 571 citazioni, di cui 94 articoli di ricerca. Il fenomeno delle ostilità laterali è ampiamente diffuso a livello internazionale e trasversalmente in tutte le aree di attività infermieristiche.

Tra i modelli che spiegano l'origine delle ostilità orizzontali si evidenzia la teoria dei comportamenti del gruppo oppresso. Questo si caratterizza per livelli bassi di autostima e "auto-odio", risultando in divisione e discordia all'interno del gruppo stesso.

Le conseguenze del mobbing orizzontale sono di natura professionale (abbandono della professione), psicologica (apatia, depressione) e fisica (disturbi del sonno, patologie cardiovascolari). La prevalenza oscilla tra il 17% ed 76% degli infermieri partecipanti ai vari studi.² Negli USA, su 4043 infermieri di area critica rispondenti ad una survey del

2006, il 29.1% riportava di aver subito negli ultimi 12 mesi atteggiamenti di bullismo, violenza, ostilità, o molestie da parte di colleghi pari grado.³

Conclusioni

Nonostante l'ampia diffusione a livello internazionale, non ci sono attualmente dati provenienti dalla realtà Italiana. Sulla base di questo si progetta una survey nazionale.

Bibliografia:

- ⤴ Stanley K. Why so many names for BAD BEHAVIOR? South Carolina Nurse, Jan-Mar 2010
- ⤴ Vessey JA, Demarco R, Difazio R. Bullying, harassment, and horizontal violence in the nursing workforce. Annu Rev Nurs Res 2010;28:133-157
- ⤴ Ulrich BT, Lavandero R, Hart KA, Woods D, Leggett J, Taylor D. Critical Care Nurses' Work Environments: A Baseline Status Report. Crit Care Nurse. 2006;26:46-57

10.15-10.30 Dibattito

Sala 2 Psico- Relazione e Comunicazione

Moderatore: Antonella D'Errico

10.45-11.00

Caring: come riappropriarsi del senso profondo dell'umano nel secondo millennio.

Sandra Vacchi, Annachiara Guiotto, Cinzia Poponi

Caring in Progress - Associazione Internazionale

caringprog.italy@hotmail.it

Le sfide del sistema sanitario impongono ai professionisti di ponderare, elaborare, condividere decisioni e modalità assistenziali.

Coloro che si prendono cura non possono prescindere dalla consapevolezza di quanto sia importante la relazione fra sé e la persona assistita.

Una lettura attenta della cura non fa che ricondurre gli stessi professionisti verso l'inevitabile necessità di riappropriarsi di una visione che abbracci la totalità dell'essere umano.

Nella filosofia e teoria dello Human Caring il prendersi cura rappresenta l'ideale etico e morale di un'infermieristica e modalità assistenziale che ha qualità interpersonali e umanistiche: implica lo sviluppo di conoscenze, abilità e competenze e racchiude i concetti di olistico, empatia, comunicazione, cognizione clinica, abilità tecnica e capacità interpersonali dalla nascita, alla malattia, alla salute, alla sofferenza ed alla morte.

Si tratta di cogliere il senso profondo dell'esperienza umana di vita per quello che è, e non solo per i fenomeni di salute – malattia come tradizionalmente definiti.

Scopo principale del progetto è il supporto all'evoluzione della filosofia e dell'applicazione pratica dello human caring quale teoria e scienza orientata a ristabilire la natura profonda dell'assistenza – guarigione e dell'etica della presa in carico della persona attraverso l'utilizzo della ricerca, formazione, sperimentazione personale e professionale, studio individuale, elaborazione di nuovi modelli organizzativi che possano contenerla.

I campi d'azione sono molto ampi; risultati a lavori di ricerca sono già stati ottenuti ed hanno offerto spunti per la prosecuzione sia in ambito extraospedaliero, sia nei servizi in cui l'alta tecnologia parrebbe essere d'ostacolo all'instaurarsi di un rapporto umano consapevole e aperto ai caritas processes.

Ci si direziona, dunque, verso la ricerca costante del più profondo senso dello stare accanto e del come stare accanto all'altro, nella sfida di dimostrare come tutto ciò condurrà, indubbiamente, a toccare anche gli aspetti economici della nostra sanità che non ne potranno che trarre beneficio.

Bibliografia

- ♣ Watson J. The philosophy and science of caring. Revised Edition. University Press of Colorado, Boulder Colorado 2008
- ♣ Maserà G, Poli N. Vicinanza e lontananza attraverso gesti di cura. Ed. Franco Angeli, Milano 2007

11.00-11.15

La comunicazione nei contesti di emergenza/urgenza sanitaria: analisi deontologica dell'importanza della comunicazione nell'attività professionale infermieristica.

Carmelo Rinnone

Azienda Sanitaria Firenze, P.O. San Giovanni di Dio

rinnone@hotmail.com

Premessa

La comunicazione è una parte fondamentale nell'attività professionale infermieristica sia per specifiche norme legislative che deontologiche. Viene, pertanto, offerta una dettagliata analisi etico - deontologica della comunicazione, illustrando una specifica figura infermieristica creata nei dipartimenti di emergenza dell'Azienda Sanitaria di Firenze: il gestore dei percorsi assistenziali, che tra i numerosi oneri ha quello di comunicare con i colleghi, con i medici, con i familiari e, ovviamente, con gli utenti. Nei contesti di emergenza/urgenza sanitaria, i compiti comunicativi infermieristici diventano ancora più complicati quando si gestisce un'urgenza sanitaria o quando si è tenuti a dare notizie di eventi infausti ai parenti.

Materiali e Metodi

Al fine di valutare come e in che modo la comunicazione nei contesti di emergenza/urgenza modifica la qualità assistenziale, ho effettuato una revisione della letteratura e ho analizzato nel dettaglio la nuova figura infermieristica presente nei D.E.A. dell'azienda sanitaria di Firenze: il G.P.A.

Risultati

Questa revisione della letteratura, ha ridato alla comunicazione l'attenzione che merita, e ha evidenziato come la presenza di una figura infermieristica adibita alla gestione della comunicazione con parenti, utenti e sanitari sia stata in grado di migliorare nettamente la qualità dell'assistenza erogata e, quindi, la soddisfazione dell'utenza.

Conclusioni

La comunicazione, come espresso nel nostro profilo professionale, riveste una caratteristica di estrema importanza per la professione infermieristica. Di fatto, la creazione del gestore dei processi assistenziali è senza dubbio riuscita a migliorare la qualità assistenziale agli utenti, ai loro familiari e ad aumentare la soddisfazione complessiva per l'assistenza erogata.

Bibliografia

- ✦ Silvestro A, Barbieri G, Masucci A, Rodriguez D, Spagnolo AG. Commentario al codice deontologico dell'infermiere 2009, Mc Graw Hill, Milano, 2009
- ✦ Jensen A, Lidell E. The influence of conscience in nursing, Nursing Ethics, 2009; 16(1): 31-42
- ✦ MacDonald C. Nurse autonomy as relational. Nursing Ethics, 2002, 9(2): 194-201

11.15-11.30

Qualità dell'accoglienza e dell'assistenza infermieristica in pronto soccorso: ripercussioni del vissuto di malattia sulla relazione d'aiuto.

Beatrice Albanesi*, Davide Bove**

*Ospedale Israelitico, Roma

**Formazione Universitaria, ASL Roma C, Roma;

beatrice.albanesi@gmail.com

Premessa

L'accesso in Pronto Soccorso si caratterizza per la complessità delle prestazioni richieste e delle relazioni. Per l'assistito si concretizza in un'esperienza traumatica, mentre per l'operatore in un sovraccarico dell'attività lavorativa, nonché in atti standardizzati rivolti prevalentemente all'aspetto clinico e terapeutico, piuttosto che ai vissuti, alle emozioni e alle percezioni dell'altro: questo comporta la negazione dell'individualità e della dignità della persona assistita. È necessario, pertanto, sperimentare strumenti qualitativi, quali la narrazione, capaci di restituire valore all'azione del prendersi cura.

Scopo

Valutare se la narrazione e l'analisi del vissuto di malattia e di cura in pazienti fragili che accedono in P.S. migliorino l'accoglienza e l'assistenza infermieristica.

Materiali e metodi

Lo studio di tipo fenomenologico è stato condotto utilizzando due strumenti: intervista semistrutturata e scheda osservazionale. Il campione è composto da 13 persone in età fragile, 8 giovani e 5 anziani, con pluriaccessi in un Pronto Soccorso romano. L'analisi delle interviste è stata attuata su quattro livelli: reazioni, frasi significative, tratti comuni, studio lessicometrico.

Risultati

All'arrivo in P.S. le persone affermano di avere una bassa aspettativa sull'assistenza che riceveranno. Dopo l'accoglienza, prima di essere visitati o dimessi, a causa di tempi lunghi, le persone sperimentano un vissuto di noia, affaticamento e stanchezza. È stato possibile realizzare un intervento d'aiuto che, attraverso il racconto autobiografico delle proprie emozioni, ha consentito all'utente di riappropriarsi delle capacità di espressione dei suoi pensieri, facendo recuperare la "connessione con il sé".

Conclusioni

Dallo studio sono emersi problemi traccianti, come la disinformazione, la sensazione di non interesse, i lunghi tempi e le condizioni dell'attesa, per i quali le persone manifestano ansia ed angoscia. Tali sentimenti possono essere contrastati, nonostante le criticità del Pronto Soccorso, per mezzo della narrazione: il "raccontarsi" diviene così "affidarsi" e permette di costruire una più efficace relazione d'aiuto e di migliorare la qualità percepita dell'assistenza infermieristica ricevuta.

Bibliografia

- ✦ Bobbo N. La persona e il suo vissuto nell'esperienza di malattia: l'approccio educativo. Cleup, Padova, 2009.
- ✦ Charon R. Narrative Medicine: Honoring the Stories of illness, New York: Oxford University Press, 2006.

- ✧ Zannini L. Medical humanities e Medicina Narrativa, Milano, Raffaello Cortina, 2008.

11.30-11.45

L'importanza della comunicazione con il familiare di un potenziale donatore di organi e tessuti.

Tonia Patteri, Giovanni Salvi, Eleonora Di Lionardo

ASL1 Imperiese - U.O. Rianimazione

t.patteri@asl1.liguria.it

Premessa

L'interazione con i familiari del potenziale donatore è una delle parti cruciali del processo di gestione della donazione d'organi. Un'inadeguata "comunicazione della comunicazione" tra i familiari del potenziale donatore e il personale sanitario porta spesso all'opposizione alla donazione. E' necessario tenere in considerazione la soggettività di chi comunica;cosa, a chi e come viene comunicato.

Scopo

Uniformare la linea guida della comunicazione, fornire al personale coinvolto una comune linea direttiva per potersi relazionare al meglio con i familiari di potenziali donatori di organi e tessuti. Per questo nell'ASL1 Imperiese è stato creato un gruppo di lavoro composto da infermieri e medici di reparto, con l'ausilio della psicologa dell'ASL, che si è riunito per identificare e definire un progetto comune.

Metodo

Al fine di migliorare la qualità dei rapporti con i familiari e il livello della qualità da loro percepita, occorre :

1. Migliorare la qualità delle informazioni fornite al momento del ricovero
2. Garantire la continuità e l'uniformità delle informazioni stesse;
3. Accertarsi che il familiare prenda visione e comprenda il materiale informativo disponibile e fornire adeguato supporto;
4. Favorire e incoraggiare il contatto familiare – paziente;
5. Ridurre al minimo le possibilità di disguido/incomprensione;
6. Verificare il livello di qualità percepita attraverso audit regolari e monitoraggio continuo;
7. Correggere eventuali carenze.

Un'inadeguata comunicazione tra i familiari del potenziale donatore ed il personale sanitario porta spesso all'opposizione alla donazione. Per i suddetti motivi è stato creato un evento formativo aziendale mirato, che coinvolge il personale nella proposta di donazione di cornee; il progetto ha coinvolto i reparti di rianimazione, utic-cardiologia e pneumologia dell'ASL 1 Imperiese.

Risultati

I risultati attesi sono dati dal creare consapevolezza sull'importanza della donazione di organi e tessuti, sensibilizzare la società attraverso la comunicazione, sperimentare e validare un nuovo modello di comunicazione. Il personale coinvolto nella formazione ha mostrato interesse, si è creato uno scambio ed un confronto su come migliorare la comunicazione in generale nell'ASL1 Imperiese.

Conclusioni

Il ricovero in rianimazione segue a eventi drammatici ed imprevisti: i familiari si trovano a dover affrontare ansia e dolore, determinati dalla situazione e dal distacco fisico dal proprio caro. Una corretta, tempestiva ed adeguata informazione, unitamente a cortesia e disponibilità, sono elementi essenziali, non

solo per migliorare la qualità percepita incrementando così la fiducia, riducendo i livelli d'angoscia. Risulta importante la collaborazione con il personale delle altre strutture aziendali: emerge l'importanza di una linea comune di comunicazione che l'ASL1Imperiese ha impostato, grazie anche al supporto di una psicologa.

“Il paziente e la sua famiglia non possono essere considerati come unità separate durante la malattia”.

11.45-12.00

Efficacia del diario, quale strumento per il recupero dell'identità e dell'integrità personale, nel nursing al paziente con disturbi da stress correlati al ricovero in terapia intensiva.

Arsenia Carausu *, Davide Bove**, Gaetano Romigi***

*Infermiera Libero Professionista

**Formazione Permanente ASL Roma A,

***Formazione Universitaria ASL Roma C

carausu1@yahoo.it

Premessa

Il ricovero in rianimazione di pazienti vigili determina spesso l'insorgenza di una sindrome da stress post-traumatico, con conseguenze anche gravi nel lungo termine. Ciò ha motivato gli infermieri ad utilizzare strumenti non consueti, come il diario, a supporto del percorso assistenziale di cura e riabilitazione.

Scopi

Valutare se la narrazione rappresenti uno strumento efficace nel nursing; verificare se la scrittura autobiografica rappresenti una modalità di recupero dell'identità e dell'integrità del paziente.

Materiale e metodi

È stata condotta una ricerca qualitativa fenomenologica presso l'Unità di Terapia Intensiva Cardiologica di un ospedale romano. Il campione è composto da 10 pazienti, tra 50 e 64 anni, di cui 8 uomini e 2 donne, ricoverati per oltre 72 ore. Strumenti di ricerca: intervista, diario del paziente e questionario.

Risultati

L'esperienza del raccontare il proprio vissuto di malattia benché faticosa, ha prodotto risultati inaspettati: le persone hanno sperimentato il passaggio da sentimenti di insoddisfazione, stanchezza, agitazione ed ansia, a momenti di dimenticanza temporanea della sofferenza prodotta dalla malattia. La scrittura del diario è stata vissuta come momento di riflessione su se stessi, di scoperta di nuove risorse e potenzialità e, in generale, di maggiore serenità ed ottimismo.

Conclusioni

I pazienti accordano al diario un'importanza diversa, ma ognuno di loro lo considera strumento di grande aiuto a capire la gravità della malattia, ad accettare gli eventi accaduti, ad affrontare la realtà.

La scrittura del diario ha rappresentato un luogo interiore di benessere in cui è stato possibile il passaggio dal vissuto all'esperienza: nel costituirsi dell'esperienza si ricostruisce anche l'identità personale. Mediante il processo narrativo la persona ha avuto la possibilità di esprimere le proprie emozioni e le proprie tensioni, iniziando così un processo di rinnovamento, che ha contribuito al miglioramento dello stato psicologico. Lo studio ha dimostrato che la narrazione è un fattore terapeutico in sé, ma soprattutto uno strumento irrinunciabile dell'assistenza infermieristica.

Bibliografia

- ✦ Akerman E, Granberg-Axéll A, Ersson A, Fridlund B, Bergbom I. [Use and practice of patient diaries in Swedish intensive care units: a national survey](#). Nurs Crit Care. 2010 Jan-Feb;15(1):26-33.
- ✦ Artioli G, Amaducci G, Narrare la malattia, Carocci Faber, Roma 2007.
- ✦ Bertolini G. Scelte sulla vita. L'esperienza di cura nei reparti di terapia intensiva, Edizioni Guerini, 2007.

12.00-12.15

Comunicare tramite la pittografia in area emergenza; l'esperienza del Policlinico Tor Vergata di Roma.

Marco Romani, Girolamo De Andreis, Fabio De Angelis, Emanuela Cardoni, Angela Infante, Maddalena Galizio

Policlinico Tor Vergata, Roma

marco.romani@ptvonline.it

La "Mission" dell'Area Emergenza è garantire risposte ed interventi tempestivi, adeguati ai pazienti giunti in ospedale, siano essi autoctoni siano essi appartenenti ad altra cultura. Non parlare la stessa lingua costituisce, infatti, un ostacolo nel rapporto tra il paziente e gli operatori sanitari.

La Pittografia è una forma di scrittura in cui il segno grafico, detto pittogramma, rappresenta la cosa vista e non la cosa udita, come invece avviene nelle scritture sillabiche, consonantiche ed alfabetiche. In pratica si tenta di riprodurre l'oggetto e non il suono.

La Comunicazione transculturale è un'interazione nella quale le [competenze comunicative](#) di due persone entrano in gioco in una relazione tra sfondi culturali differenti.

Dall'incontro di questi concetti nasce il Gruppo Pittografia presso il Policlinico Tor Vergata, con la voglia di sperimentarsi, creando un manuale innovativo che sposa la parola scritta e l'immagine, con la testimonianza della transculturalità. E' un dispositivo semplice, un manuale in venti lingue, corredato da una scheda di immagini colorate e esplicative, destinato agli operatori sanitari del dipartimento emergenza-urgenza, per migliorare le loro competenze comunicative, linguistiche e culturali e per aiutarli a gestire le difficoltà che incontrano quando devono raccogliere informazioni a proposito di un paziente straniero, di un paziente che usa una comunicazione non verbale e dei loro familiari.

Una formazione adeguata per gli operatori sanitari attraverso corsi di formazione di Comunicazione, Comunicazione Transculturale e Laboratori Artistici, con l'uso dell'immagine, sull'identità/alterità

12.30-12.45

Gestione dello stress ed integrazione dell'équipe in terapia intensiva, i gruppi di sostegno.

Domenica Stelitano, D. A. Nesci*

Dipartimento Cardiologico, UCSC Policlinico A. Gemelli, Roma

*Istituto di Psichiatria e Psicologia Clinica, UCSC, Roma

domystely@gmail.com

Il lavoro svolto dagli operatori sanitari all'interno di un reparto ospedaliero rientra nell'ambito di un lavoro d'équipe, di gruppo e come tale è soggetto a dinamiche socio-relazionali assai delicate che riguardano sia il rapporto tra operatori sanitari che quello operatore-paziente. Le manifestazioni psicodinamiche interpersonali e comportamentali possono essere varie ed il misconoscimento di queste può essere causa di stress.

Questo “stress lavorativo” su un piano prettamente pratico si manifesta con la mancanza di integrazione d'équipe, con problemi di natura socio-relazionale tra gli operatori, e con risvolti poco produttivi di natura psico-affettiva nella relazione di cura con il paziente, soprattutto se questo di terapia intensiva.

L'impatto che hanno elevati livelli di stress sulle “health professions” incide sulla qualità dell'assistenza, oltre che sulla salute dell'operatore stesso, e quindi sui costi sanitari.

Secondo il Laboratorio FIASO (Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere) lo stress interessa quasi un lavoratore europeo su quattro ed è il secondo problema di salute legato all'attività lavorativa con un costo per le giornate lavorative perse pari a 20 miliardi nei 15 paesi europei.

E' stato condotto in questo studio una revisione sistematica della letteratura sul possibile ruolo della terapia di gruppo, dei gruppi di sostegno nel far fronte a questo problema socio-sanitario emergente, ancora poco studiato.

I dati attualmente sembrano dimostrare l'efficacia dell'istituzione di gruppi di sostegno, sia in terapie intensive che in normali reparti di degenza, con costi irrisori e con il solo limite di dover essere reiterati nel tempo.

Il gruppo di sostegno risulterebbero inoltre utili come strumento di formazione psicologica per infermieri, medici, figure di supporto allo scopo di fornire le conoscenze adatte per affrontare al meglio la relazione di cura.

Bibliografia

- ✦ Imbasciati A. Psicologia Clinica. Manuale per la formazione degli operatori della salute. Piccin Editore Padova, 2008.
- ✦ Satterfield MJ, Bacerra C. Developmental challenger, stressor and coping strategies in medical residents: a qualitative analysis of support groups. Medical Education, 2010;44: 908-916.
- ✦ Peterson U, Bergstrom G, Samuelsson M, Asberg M, Nygren A. Reflecting peer-support groups in prevention of stress and burnout: randomized controlled trial. Journal of Advanced Nursing 2008;63 (5), 506-516.

12.45-13.00 Dibattito

Sala 3 Continuità e Rete 1

Moderatore: Elio Drigo

8.30-8.45

Il coordinatore delle attività cliniche in area emergenza; l'esperienza del Policlinico Tor Vergata di Roma.

Marco Romani, Girolamo De Andreis

Policlinico Tor Vergata Roma.

marco.romani@ptvonline.it

Il Policlinico Tor Vergata di Roma, con la sua Mission “Realizzare un nuovo modello di ospedale, umano aperto e sicuro”, vuole essere un nuovo modo di concepire e vivere la salute. I valori cui tende sono la centralità del malato e della sua dignità come persona; la cura, il rispetto e l'impegno al servizio esclusivo del cittadino. Il Policlinico nel 2006 ha avviato un progetto di miglioramento della qualità dell'assistenza, istituendo la figura del

coordinatore clinico. Il progetto si pone come obiettivi l'adozione di una metodologia di lavoro comune e condivisa; la costruzione di strumenti operativi standardizzati per l'espletamento delle attività assistenziali e la costruzione di strumenti di controllo per la verifica e il monitoraggio dell'assistenza erogata. L'attività dei coordinatori clinici ha seguito la seguente metodologia di lavoro: partendo dalla rilevazione dei bisogni formativi e da un'analisi della criticità rispetto alle attività cliniche del personale infermieristico, sono state stabilite le priorità di intervento, organizzati corsi di formazione dipartimentale e interdipartimentale, e costituiti gruppi di lavoro per la produzione di strumenti operativi. Nell'area Emergenza Urgenza e Terapie Intensive il coordinatore delle attività cliniche; - svolge attività di tutorato nei piani formativi del Dipartimento o Unità Operativa di assegnazione e nei confronti degli studenti delle professioni infermieristiche del III anno di corso; - pianifica l'inserimento del personale neo-assunto, secondo progetto aziendale; - individua le criticità, stabilisce le priorità e coordina l'attività dei Gruppi di lavoro per la costruzione di procedure e protocolli nel rispetto della loro autonomia operativa; - partecipa alla costruzione degli strumenti operativi e della documentazione infermieristica, in collaborazione con gli altri coordinatori clinici, favorendo la creazione di un clima di consulenza e collaborazione orientato alla standardizzazione degli stessi; - orienta la costruzione degli strumenti per l'utilizzo dei dati finalizzati alla ricerca.

Il Coordinatore Clinico "rincorre" l'appropriatezza, l'efficienza, l'efficacia, la sicurezza nella pratica clinica in un ambiente di attenzione e sensibilità che favorisce la crescita professionale, per trasformare il proprio agire in buona pratica.

8..45-9.00

Introduzione del ruolo di infermiere TNC (trauma nurse coordinator) in un trauma system: proposta di progetto di lavoro.

Claudio Tacconi, Alessandro Monesi, Stefano Musolesi

EMS Department and ICU, Azienda UsI Bologna

c.tacconi@118er.it

L'assistenza al traumatizzato grave richiede infermieri qualificati con esperienza, ed il mantenimento di adeguati skills. Con questa relazione si vuole sottolineare la necessità della continuità assistenziale, ovvero garantire in modo permanente la presenza infermieristica durante l'iter diagnostico-terapeutico e valutare il ruolo del "Trauma Nurse Coordinator" (TNC).

Da una revisione della letteratura possiamo estrapolare le caratteristiche del TNC:

- 1) Ruolo organizzativo e di coinvolgimento nell'economia del dipartimento per indirizzare attività assistenziali con criteri costi benefici.
- 2) Monitoraggio continuo della qualità delle cure e di vita (out come) anche nella fase di riabilitazione.
- 3) Miglioramento nella qualità della presa in carico mediante la negoziazione e gestione delle risorse migliorando l'efficacia e l'efficienza nella cura del traumatizzato.
- 4) Coordina le risorse, facilitare le cure e migliorare l'economia e l'uso corretto finanziario; si ritiene possa ridurre del 25% la durata dei ricoveri.
- 5) Mantiene una continuità assistenziale nel tempo.

Il TNC ha pertanto un ruolo sia clinico-assistenziale che manageriale e di "controllo epidemiologico".

Questa figura può essere inserita nell'organizzazione di un trauma system in modo trasversale con funzioni di supervisione e coaching.

Vorremmo descrivere le sopracitate caratteristiche ed una proposta di lavoro multicentrico per l'implementazione del TNC nella realtà italiana

9.00-9.15

Standardizzazione del percorso clinico-assistenziale del paziente sottoposto a ventilazione non invasiva.

Gaetano Tammato, Guglielmo Imbriaco, Nicola Cilloni

Terapia Intensiva – rianimazione – 118, ospedale Maggiore, Bologna

gtammaro@alice.it

Premessa

La ventilazione meccanica non invasiva (NIV) è attualmente riconosciuta come un efficace trattamento di diverse patologie respiratorie, come le riacutizzazioni di bronco pneumopatie croniche (BPCO). Negli ultimi anni il ricorso a questo tipo di ventilazione è stato sempre maggiore e la NIV si è progressivamente diffusa interessando non più solamente le aree critiche e i dipartimenti di emergenza.

Il paziente con patologia respiratoria potrà quindi essere trattato con NIV in diversi contesti, dal pronto soccorso alle aree di degenza ordinarie, spesso con approcci diversi e non strutturati dal punto di vista clinico, assistenziale e strumentale.

Scopi

Obiettivo di questa relazione è analizzare lo stato attuale dei percorsi clinico-assistenziali del paziente sottoposto a NIV e individuare ambiti di miglioramento, in particolare per rendere omogenei i trattamenti all'interno di una struttura ospedaliera.

Materiali e metodi

E' in fase di attivazione un intervento formativo per Infermieri e Medici che consentirà di identificare il paziente con insufficienza respiratoria acuta e attuare un idoneo trattamento, incluse rivalutazioni periodiche, attraverso un percorso standardizzato.

Nella fase iniziale di questo progetto è stato somministrato un questionario al personale infermieristico dei reparti dell'area medica per analizzare le problematiche connesse alla terapia con NIV e ai materiali utilizzati per il trattamento.

Risultati

Tra i vari aspetti emersi dai risultati riteniamo che la mancanza di uniformità nell'applicazione della terapia ventilatoria (tempi, IPAP e EPAP, controlli ega) rappresenti un punto di partenza fondamentale per l'istituzione di un progetto di miglioramento.

Un altro valido strumento potrebbe essere l'istituzione di un sistema centralizzato di raccolta dati, compresi i casi in cui si rendono necessarie intubazioni e ricoveri in terapia intensiva.

Conclusioni

La creazione di una procedura che standardizzi modalità, cicli di terapia e controlli nel tempo, e l'adozione di una dotazione strumentale (ventilatori e interfacce) uguale per tutti i reparti può contribuire all'integrazione di competenze mediche e infermieristiche, con una maggiore continuità nel percorso clinico-assistenziale, per una migliore presa in carico dell'assistito.

9.15-9.30

L'adeguamento delle competenze infermieristiche per una corretta CRRT (trattamenti continuativi sostitutivi renali) in terapia intensiva.

Fabio Barbarigo, Francesca Stefani

Nefrologia, Ospedale San Bortolo di Vicenza, AULSS 6

fabio.barbarigo@libero.it

Premessa

La realizzazione di CRRT (Trattamenti Continuativi Sostitutivi Renali) in Rianimazione è complessa e a volte troppo standardizzata tanto da non permettere il migliore risultato per il paziente critico. L'integrazione di conoscenze e competenze, l'evoluzione delle relazioni tra i diversi ruoli professionali, nel riconoscimento del valore reciproco con l'abbattimento di barriere ormai paradossali tra servizi diversi hanno permesso la realizzazione di un modello assistenziale integrato per la garanzia di un trattamento sicuro e aggiornato dei Trattamenti Continuativi Sostitutivi Renali in Rianimazione a vantaggio dei pazienti.

Scopo

Analisi di un modello assistenziale e organizzativo che permetta di realizzare CRRT aggiornate e sicure.

Materiali e metodi

Con una semplice indagine telefonica abbiamo raccolto i modelli organizzativi più diffusi per garantire una CRRT presso una ventina di centri intensivi d'Italia. Abbiamo poi fatto un confronto con la nostra organizzazione.

Risultati

La creazione di un pool esclusivo di pochi infermieri di nefrologia preparati e costantemente aggiornati sulle tecniche dialitiche per pazienti acuti da molti anni ha permesso di inserire velocemente e in modo sicuro tecniche di CRRT all'avanguardia. La divisione chiara delle competenze tra i due infermieri coinvolti (di Rianimazione e di Nefrologia) e il reciproco supporto nell'apprendimento delle conoscenze reciproche hanno permesso uno sviluppo professionale da entrambe le parti tale da valorizzare la professione infermieristica globalmente.

Conclusioni

L'integrazione e la collaborazione tra Infermiere di Rianimazione e Infermiere di Nefrologia ha annullato la competizione tra i due ruoli, moltiplicando le potenzialità di ognuno.

La nostra esperienza di integrazione tra area critica e area nefrologica ha permesso un ottimale sviluppo di competenze migliorando la qualità delle prestazioni infermieristiche con un efficace uso delle risorse. I processi formativi e di addestramento che scaturiscono dall'integrazione incidono chiaramente sull'impiego al meglio delle risorse umane ed economiche garantendo, inoltre, un supporto reciproco tra colleghi di aree diverse.

9.30- 9.45

Continuità assistenziale: l'esperienza dell'attivazione di un ambulatorio di follow-up per i pazienti dimessi da un centro di rianimazione.

Serena Lochi

Università Cattolica del Sacro Cuore, Policlinico Universitario A. Gemelli Roma.

lochiserena@ibero.it

Premessa

In seguito alla costruzione della scheda di dimissione infermieristica, è nata l'esigenza da parte di tutta l'equipe dell'unità operativa di Rianimazione, di attivare un ambulatorio di follow-up multidisciplinare con lo scopo di mantenere con il paziente e la famiglia, un continuum post-dimissione tra ospedale e domicilio.

Scopi

Il presente studio ha lo scopo di:

1. analizzare e valutare lo stato di salute e le attività della vita quotidiana del paziente ad 1 anno dalla dimissione dal Centro di Rianimazione;
2. fornire, dove necessario, un sostegno, un aiuto, per risolvere eventuali problemi reali e/o potenziali del paziente e della famiglia.

Materiali e metodi

Da giugno 2011 è in corso un'indagine conoscitiva che coinvolge circa 50 pazienti, convocati telefonicamente. Tali pazienti accompagnati dal care giver, se presente, sono stati invitati in ambulatorio per un colloquio multidisciplinare (medico, infermiere e psicologo, responsabili del progetto), esame obiettivo e somministrazione di due questionari uno rivolto al paziente e uno rivolto al care giver.

Risultati attesi

In Italia sono poche le strutture dedicate all'assistenza domiciliare o ambulatoriale di pazienti che hanno avuto bisogno di un'assistenza intensiva e invasiva, perché in pericolo di vita. E' noto che tale situazione di pericolo e di necessità, sviluppa nel paziente un meccanismo, per il quale chiede aiuto a qualcuno. Abitualmente questo qualcuno si concretizza nella famiglia.

I dati sono attualmente in fase di raccolta ed elaborazione.

Conclusioni

Assicurare un aiuto multidisciplinare, fa dell'ambulatorio di follow-up il "punto di riferimento" per il paziente e per la sua famiglia.

La possibilità di usufruire di un servizio come l'ambulatorio porta essenzialmente a 4 benefici:

1. permette di ottenere i miglior risultati nel paziente, sia sul piano fisico che psicologico;
2. monitoraggio continuo dello stato di salute del paziente;
3. sostegno e aiuto della famiglia che si fa carico del proprio caro;
4. benefici economici nella prevenzione di recidive che richiedono ulteriori ricoveri in ospedale.

9.45- 10.00

La continuità assistenziale rianimazione e territorio: esperienza in una rianimazione di Cagliari.

Fabiana Matta, Maria Dolores Ledda, Antonina Pisano, Rita Rossi,
Rianimazione e Medicina Iperbarica P.O. Marino Asl n. 8 Cagliari
mattafabiana@virgilio.it, paolo.castaldi@alice.it

Le patologie neuromuscolari, le malattie respiratorie, lo stroke, possono condurre a deficit di funzioni vitali stabilizzate. La dimissione di questi pazienti dalle rianimazioni e il rientro a casa necessita di programmi specifici e personalizzati, con impegno di risorse tecniche, economiche, umane e culturali; richiede una perfetta integrazione tra le reti sanitarie ospedaliere e territoriali, tra gli enti sociali e sanitari, deve prevedere un importante sostegno alla famiglia.

Attraverso uno studio retrospettivo abbiamo valutato il ruolo dell'infermiere di rianimazione in un percorso di cure domiciliari.

Abbiamo osservato un campione di 40 pazienti assistiti dal nostro servizio tra gennaio 2008 e il giugno 2010 presso il proprio domicilio o in RSA, differenziando e qualificando gli interventi specifici della professionalità infermieristica rispetto alla medica e alla sociale, valutando l'impatto degli stessi sul paziente e sui familiari, ed infine verificando l'outcome.

All'interno del team multidisciplinare abbiamo rilevato le specificità dell'infermiere nel definire per ogni paziente, in stretta collaborazione con il Servizio di cure domiciliari del distretto, il piano assistenziale personalizzato, le risorse di materiale e di tecnologia sanitaria necessarie, le pratiche per attivare la definizione dell'invalidità e le richieste di intervento economico, la rete di protezione allertando il 118, l'anel, il servizio sociale del comune, un piano formativo dei familiari e del caregiver, il sostegno psicologico ed umano

del paziente e della famiglia, un nursing avanzato delle funzioni respiratorie, cardiocircolatorie e nutrizionali.

Abbiamo riscontrato un alto livello di integrazione con la famiglia e con i servizi territoriali della ASL, mentre si è rilevato spesso insufficiente o ancora da sviluppare l'integrazione con la parte sociale del comune. Abbiamo rilevato un miglior outcome per i pazienti seguiti al proprio domicilio (1 decesso/ 15) rispetto a quelli accompagnati in RSA (8/25).

In conclusione possiamo affermare che la presa in carico e la continuità assistenziale nei pazienti dimessi dalle rianimazioni vede coinvolta principalmente la professionalità degli infermieri, all'interno del team multidisciplinare.

10.00-10.15

Percorso di integrazione organizzativa finalizzata all'ottimale applicazione del progetto riabilitativo personalizzato per malati con gravi cerebrolesioni.

Barbara Del Zotto, Elio Drigo*

Unità Gravi Cerebrolesioni, Ospedale "Gervasutta" Az. n° 4 "Medio Friuli" Udine

* Comitato Direttivo Aniarti, Udine

barbaranna@email.it

Introduzione

Un contesto riabilitativo avanzato si caratterizza per la presenza di svariate figure professionali. L'integrazione organizzativa ad elevatissima complessità richiede flessibilità in particolare dalle figure di supporto assistenziale per la preparazione dei malati alla riabilitazione e all'assistenza complesse.

Passare da un'organizzazione per compiti ad un'assistenza personalizzata richiede condivisione dei progetti riabilitativi nel team e metodologie operative coerenti con continuità.

Il successo dipende dall'adeguamento delle specifiche attività, dalla partecipazione alla ideazione, costruzione ed appropriata utilizzazione degli strumenti di integrazione organizzativa. La frequentissima possibile concomitanza di attività di diversa natura da svolgere nei confronti degli assistiti può comportare incomprensioni fra le diverse figure professionali, sovrapposizioni di interventi, dispersione di competenze, discontinuità nel perseguimento degli obiettivi riabilitativi, disguidi organizzativi, discomfort ai malati.

Obiettivo

Identificare ed adottare sistematicamente strumenti e metodi di integrazione per una più efficace ed efficiente organizzazione finalizzata all'applicazione del progetto riabilitativo personalizzato.

Gli strumenti sono in parte elementi di miglioramento della documentazione clinica. Alcuni esempi.

Sono coinvolti a vario titolo tutti gli operatori di assistenza, di supporto all'assistenza e della riabilitazione.

Indicatori

- Incontri per la discussione delle criticità, delle ipotesi di percorsi risolutivi, e presentazione delle ipotesi di strumenti di documentazione clinica ed integrazione organizzativa;

- gli strumenti sono stati identificati ed adottati in modo sistematico:

1. gli orari integrati del personale sono riorganizzati,
2. documentazione integrata delle indicazioni operativo/assistenziali/riabilitative,
3. collaborazione nelle attività di supporto all'alimentazione, predisposizione ed applicazione degli ausili riabilitativi, ecc...).

Risultati

1) ridotti i disguidi di orario per le attività riabilitative,

- 2) migliorata coordinazione delle attività riabilitative,
- 3) adozione/compilazione sistematica delle schede di monitoraggio delle specifiche attività (tutori, appropriatezza dell'uso dei pannoloni con finalità riabilitative – controllo sfinterico...)

10.15-10.30 Dibattito

Sala 3 Continuità e Rete 2 **Moderatore: Nora Marinelli**

10.45-11.00

Una “staffetta” per la continuità assistenziale del paziente con Grave Cerebrolesione Acquisita (GCA).

Stefano Bernardelli, Alfio Patanè, Laura Pigliacelli, Francesca Magrella, Daniela, Mele Daniela Bonfante, Elena Rizzi, Mara Sartori, Beniamino Micheloni, Elisabetta Allegrini
Dipartimento Emergenze e Terapie Intensive e Dipartimento di Neuroscienze, Istituto di Neurochirurgia, Azienda Ospedaliero Universitaria,
Dipartimento di Riabilitazione, Azienda ULSS 20 Verona
Dipartimento di Riabilitazione, Ospedale Sacro Cuore di Negrar (Verona)
bernardelli.stefano@alice.it

La realtà del Dipartimento di Emergenze e Terapie Intensive dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona ha un bacino di utenza di circa 800.000 abitanti ed è caratterizzata dalla presenza di eccellenze quali la cardiocirurgia, neurochirurgia, terapie intensive polivalenti.

Il percorso dei pazienti colpiti da GCA rappresenta un problema di grande rilevanza socio-sanitaria, poiché il numero e l'aspettativa di vita è in progressivo aumento, correlato allo sviluppo delle conoscenze e delle tecniche nel campo della rianimazione ed al miglioramento della qualità del nursing. Il problema che da tempo si pone è il reperimento di strutture per la prosecuzione di interventi riabilitativi estensivi o la collocazione in struttura idonea di persone con esiti gravissimi, altrimenti non gestibili a domicilio. Si tratta per lo più di soggetti non domiciliabili per ragioni cliniche o per ragioni sociali ed assistenziali.

I diversi elementi di fragilità sociale (precarie condizioni economiche ed abitative, inadeguate od assenti reti familiari, irregolari posizioni anagrafiche e assicurative di pazienti con cittadinanza non italiana,...) hanno prodotto, in taluni casi, una non dimissibilità sociale di pazienti degenti nelle unità operative per acuti, colpiti da gravi disabilità, con dilatazione del tempo di ricovero ed incremento degli oneri a carico del SSN.

Per la costruzione di un percorso di integrazione tra professionisti sanitari e sociali e tra le diverse aziende sanitarie coinvolte nei livelli di cura dei pazienti con GCA, nel gennaio 2009, è stata attivata una procedura sperimentale di presa in carico tra le Unità Operative interessate dell'AOUI di Verona, i Dipartimenti di Riabilitazione dell'Azienda ULSS 20 della Regione Veneto e dell'Ospedale S. Cuore Don Calabria di Negrar (VR), per definire, a partire dalla fase acuta, un modello integrato in grado di garantire tempestivi ed appropriati percorsi riabilitativi tra le componenti sanitarie e sociali dedicate.

Bibliografia

- ⤴ Regione Veneto, Giunta Regionale. Piano Socio Sanitario Regionale 2011 – 2013. Dgr n. 15/DDDL del 26 luglio 2011
- ⤴ The Chronic Care Model. http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Decision_Support&s=24 ultimo accesso 16/07/2011

11.00-11.15

Impatto economico di un programma di gestione infermieristica nel follow up dei pazienti in ossigeno terapia a lungo termine (Otlit).

Enrica Venturini,

Istituto di medicina fisica e riabilitativa; IMFR Gervasutta- Udine

enrica.venturini@mediofriuli.it

Introduzione

L'OTLT è essenziale nel paziente con insufficienza respiratoria cronica ed è un considerevole capitolo di spesa per le aziende sanitarie. Il follow up (FU) clinico funzionale è parte fondamentale del programma terapeutico legato all'OTLT.

Scopo

Presentare i risultati della valutazione dell'efficacia di un sistema di gestione infermieristica nel FU dei pazienti in OTLT presso l'ambulatorio pneumologico dedicato al controllo dei pazienti in OTLT dell'Azienda n° 4 "Medio- Friuli" di Udine.

Descrizione dell'intervento

Ai fini di una valutazione oggettiva dell'appropriatezza del trattamento e del corretto utilizzo dell'O2 terapia, si sono applicate in modo strutturato ed integrato le diagnosi infermieristiche (DI) ai controlli sistematici dei pazienti in OTLT.

Lo strumento DI è stato scelto per uniformare i comportamenti e standardizzare il linguaggio infermieristico nelle comunicazioni con gli assistiti, per concretizzare il processo di nursing e per creare il data-base per l'analisi dei risultati.

Lo strumento ha evidenziato prescrizioni non più appropriate e comportamenti scorretti nell'uso domiciliare dell'OTLT ed ha consentito di promuovere, attraverso un percorso educativo ad hoc, la correzione delle anomalie.

Risultati

I principali risultati (2010) sono riportati nella tabella seguente:

N° Visite	variazioni tipologia	Extra consumo	Uso inappropriato	risparmio netto di spesa	n° pazienti
1250	32%	56%	49%	37% (da 1.7 a 1.0 Milioni di euro)	- 22,6%

Conclusioni

I fattori di risparmio sono essenzialmente imputabili alla riduzione del numero complessivo dei pazienti in OTLT (per esclusione degli inappropriati) ed alla correzione dell'utilizzo scorretto dell'OTLT dal parte dei pazienti

L'applicazione del processo di nursing con alcune diagnosi infermieristiche consente la razionalizzazione dell'utilizzo dell'OTLT.

11.15-11.30

Il ruolo chiave dell'infermiere territoriale nella gestione del paziente domiciliare in ossigenoterapia.

Lucia Fontanella*, Alessandro Benvegnù*, Pietro Serena**, Federico Munarin***

* Cure Primarie Distretto 4, Azienda ULSS 12 Veneziana

**Pneumologia, Azienda ULSS 12 Venezia

*** Distretto, Azienda ULSS 12 Venezia

lucia.fontanella62@gmail.it

Introduzione

L'aumento di soggetti con patologie respiratorie che necessitano di OTLT ed i costi elevati che tale trattamento impone richiedono una oculata gestione delle risorse impiegate per migliorare efficienza ed efficacia del trattamento.

Tra queste, l'infermiere Territoriale riveste un ruolo chiave.

Scopo dello studio svolto è indagare sul rischio infettivo correlato alla scorretta gestione dei presidi utilizzati nell' OTLT e sull'aderenza alla terapia prescritta.

Materiale e metodi

Indagine osservazionale trasversale eseguita nel settembre 2009 su campione probabilistico. 46 soggetti con OTLT residenti nel territorio dell'ULSS 12 Veneziana, hanno aderito all'indagine rispondendo ad un questionario.

Nessuno di essi è seguito da un infermiere del Distretto per tale terapia.

Risultati

Tra i soggetti che utilizzavano ossigeno meno di 15 ore al giorno il 61% non aderiva alla terapia oraria prescritta.

Sebbene le ditte che si occupano di fornire a domicilio i dispositivi per OTLT diano solitamente indicazioni scritte sulla sicurezza e l'utilizzo dei dispositivi per ossigenoterapia, il 13% dei soggetti dichiara di non aver ricevuto tali informazioni da nessuno. La totalità del campione non rispetta correttamente le linee guida sull'igiene dei presidi utilizzati (umidificatori, cannule nasali, maschere, ecc.) tuttavia viene attribuito un livello di igiene "sufficiente" al 39% dei soggetti.

Si rileva una associazione positiva tra un livello di igiene definito "insufficiente" e gli episodi infettivi bronchiali dichiarati (OR: 4,71).

Discussione e conclusioni

La letteratura evidenzia che strategie di educazione sanitaria e programmi di assistenza domiciliare specialistica portano alla riduzione della mortalità e degli episodi di riacutizzazione delle patologie respiratorie croniche. L'Infermiere Territoriale acquista perciò un ruolo chiave, economicamente rilevante, nella prevenzione terziaria.

Anche se limitati, i dati invitano ad ulteriori indagini per quantificare l'associazione tra corretta igiene dei presidi per ossigenoterapia ed infezioni delle vie aeree, nel setting domiciliare. L'argomento si presta inoltre a valutazioni sull'efficacia degli interventi educativi infermieristici.

Bibliografia

- ✧ Federchimica Assogastecnici gruppo gas medicinali. Linea guida per la fornitura e l'uso in condizioni di sicurezza di apparecchiature per ossigenoterapia. 1a ed. Milano 2006, <http://assogasliquidi.federchimica.it> ultimo accesso 15-12-2009
- ✧ Rizzi M, Grassi M, Pecis M, Andreoli A, Taurino AE, Sergi M, Fanfulla F. A Specific Home Care Program Improves the Survival of Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease Receiving Long Term Oxygen Therapy. Arch Phys Med Rehabil 2009; 90(3): 395-401.
- ✧ McGoldrick M. Preventing Infections in Patient Using Respiratory Therapy Equipment in the Home. Home Healthcare Nurse 2010 Apr; (28): 212-20

11.30-11.45

Studio prospettico sull'aderenza alla terapia cardioprotettiva e all'astensione al fumo in un ambulatorio infermieristico dedicato alla cardiopatia ischemica.

Raffaele Piccari, L. Fabrizi, S. Bartolini, M. Franchini, M. Pugliese, G. Pulignano, S. Baldoni, L. Guerrieri, A. Chiantera

Dipartimento di Cardiologia, Ospedale San Camillo Forlanini, Roma

rpiccari@gmail.com

Premessa

Un recente rapporto dell'OMS ha rilevato che il 50% degli utenti affetti da patologie croniche hanno una scarsa aderenza al trattamento farmacologico ed una mancata modificazione del proprio stile di vita. Per questo e' necessario introdurre nuove tecnologie di intervento sia nella fase pre che nella fase post dimissione.

Scopo

Il presente studio e' stato realizzato al fine di verificare l'aderenza alla terapia farmacologica e al cambiamento dello stile di vita in utenti affetti da cardiopatia ischemica seguiti con un programma di tele-monitoraggio e tele-assistenza il primo mese e , successivamente con follow-up ambulatoriali a 3mesi,6 mesi,1 anno intervallati da contatti telefonici.

Metodo

Lo studio è stato condotto da ottobre 2007 a luglio 2009. Nel primo mese dopo la dimissione i pazienti sono stati seguiti in tele-monitoraggio e tele-assistenza con contatti telefonici settimanali condotti da infermieri iniziando un percorso di educazione sanitaria sulla gestione della terapia (β -bloccanti,ASA,statine) e sull'astensione al fumo. Dopo 30 giorni è stata eseguita una visita Cardiologica in dimissione protetta preceduta da un colloquio con l'infermiere. Il follow-up ambulatoriale (**A**) prevedeva visite Cardiologiche programmate a 3, a 6 mesi ed ad un anno e contatti telefonici condotti da infermieri a 2, a 4 e a 8 mesi.I paz che dopo il primo mese uscivano volontariamente dal programma sono stati inseriti in un Usual Care Group (**UC**) e sono stati ricontattati telefonicamente dopo un anno per verificare l'aderenza al piano terapeutico e all'astensione al fumo.

Risultati

I dati riguardano 737 utenti (128 donne e 609 uomini) con un'età media di 60,6 \pm 11,1anni, 31% (n=231) NSTEMI anteriore, 29% (n=215) STEMI anteriore, 25% (n= 185) NSTEMI in altra sede e 15% (n=106) con Angina Instabile. Di questi 737 utenti, il70% (n=517) ha completato il percorso, il 21% (n=155) è stato seguito in usual care (UC), i drop-out sono stati il 7% (n= 48), i deceduti il 2% (n=17) di cui lo 0,6% (n= 6) nel primo mese di follow-up. Ad 1 anno è risultato fondamentale il ruolo di un ambulatorio dedicato riguardo la mancata aderenza alla terapia con β -bloccanti(**A** 90.9% vs **UC** 76.2%; p=0,018)), con ASA (**A** 93.2% vs **UC** 87.3%; p=0,007) e con statine (**A** 93.1% vs **UC** 80%; p=<0,001). Riguardo l'astensione dal fumo sono stati registrati risultati positivi al follow-up dopo 30 giorni (24,7% vs 50%; p=0,011) mentre ad 1 anno vi è stata una ripresa dell'abitudine tabagica (30,7% vs 52,8%; p=0,057).

Conclusioni

I risultati dimostrano come un circuito integrato (cardiologia-ambulatorio dedicato) permette, attraverso una valutazione continuativa con metodo indiretto (intervista) associato ad un intervento educativo da parete del personale infermieristico, la rilevazione dello stato di aderenza della terapia e di alcune modificazione dello stile di vita, suggerendo nuovi percorsi diagnostico terapeutici finalizzati ad

un'assistenza più appropriata ed efficace nella fase post-dimissione.

11.45-12.00

Assistenza integrata tra ospedale e territorio basata su un ambulatorio infermieristico per la gestione dei pazienti con scompenso cardiaco cronico.

Riccardo Saviano

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

riccardosaviano@gmail.com rsaviano@ao.pr.it

I mutamenti socio-demografici verificatisi negli ultimi 10 anni hanno cambiato gli scenari assistenziali, spostando l'asse delle cure dalle patologie acute a quelle croniche. Tra le patologie la cui incidenza è fortemente correlata all'invecchiamento della popolazione, lo scompenso cardiaco cronico (SCC) è una delle più rilevanti, comportando un notevole incremento della spesa sanitaria. Sono pertanto necessari nuovi modelli organizzativi per la gestione integrata ospedale-territorio del paziente con SCC. Attraverso un studio bibliografico in cui si sono analizzati modelli organizzativi sperimentati degli ultimi 10 anni, sia in Italia che all'estero, si vuole evidenziare il ruolo fondamentale che può svolgere l'infermiere. Il modello di gestione di un ambulatorio infermieristico, strettamente coordinato con il cardiologo, risulta ottimale nella gestione del paziente con SCC in ogni sua fase. L'infermiere può assumere un ruolo strategico in questa area, essendo di fatto, la figura sanitaria che è a più stretto contatto con il paziente ed i suoi familiari. Sulla base di questo modello di assistenza è stato proposto l'utilizzo di una brochure costituita da una parte informativa educativa ed una parte per l'automonitoraggio che, se supportato da un adeguato programma educativo e un idoneo follow-up telefonico, risulta un valido strumento sia per l'infermiere che per il paziente. La finalità è far conoscere al paziente la propria malattia rendendolo parte attiva nel proprio piano di cura, con conseguente miglioramento dell'aderenza alle prescrizioni terapeutiche. Questi modelli organizzativi, ancora in fase sperimentale, risultano essere una strategia vincente per la riduzione del numero delle riospedalizzazioni e per il miglioramento della qualità della vita, con anche un risparmio economico del SSN, a fronte di una limitata spesa per la realizzazione dell'ambulatorio infermieristico. Quanto proposto rappresenta una sfida e un'opportunità attraverso un nuovo approccio assistenziale che contestualmente valorizzi la figura dell'infermiere e, soprattutto, prolunghi e migliori la qualità della vita del paziente con SCC traducendosi anche in un contenimento dei costi per la collettività.

Bibliografia

- ♣ Krumholz HM, Amatruda J, Smith et al. J. Am. Coll. Cardiol 2002;39: 83–89.
- ♣ Scardi S, Humar F, Di Lenarda A, et al. G. Ital. Cardiol., 2007;8,83-91.
- ♣ Valle R, Carbonieri E, Tenderini P, et al. Ital. Heart J. 2004, Suppl, 5, 282-291.

12.00-12.15

Lungodegenza integrata a direzione infermieristica, un progetto sviluppato nell'azienda ospedaliera universitaria di Parma.

Tiziana Ferrari, Fedele Ladisa, Simona Fontechiari

Azienda Ospedaliera Universitaria Parma

tferrari@ao.pr.it

Introduzione

Il progetto LIDI si inserisce in un ambito di sviluppo della funzione lungodegenziale istituita nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma a seguito della Delibera regionale n. 1455

del 28/07/1997; nel progetto di razionalizzazione, la funzione lungodegenziale Aziendale è stata tutta inserita nel Dipartimento Attività Integrata Geriatrico-Riabilitativo con notevoli miglioramenti sul piano organizzativo ed assistenziale.

Scopo

L'attivazione di una struttura semplice di lungodegenza a direzione infermieristica capace di rapportarsi con il territorio per garantire continuità e sicurezza nel processo di cura e dimissione del paziente fragile.

Obiettivo

Preso in carico integrata di pazienti che hanno già effettuato un percorso diagnostico e terapeutico intra-aziendale, organizzare un piano di dimissione personalizzato integrato con una o più figure dell'Azienda USL di Parma, il Medico di Medicina Generale del paziente stesso che ricopre un ruolo fondamentale sia sul piano professionale che sul piano organizzativo, accorciando notevolmente le giornate di degenza.

Materiali e Metodi

La LIDI è una struttura semplice dell'UOC Medicina Interna e Lungodegenza Critica. Il Coordinatore Infermieristico ha la responsabilità sul piano organizzativo, gestionale, valuta i pazienti eleggibili al trasferimento nella struttura, mantiene i rapporti con le lungodegenze degli ospedali pubblici e privati convenzionati del territorio. La responsabilità clinica è in capo al Direttore dell'UO Complessa e dell'intera équipe medica di tale unità per quanto di competenza. In collaborazione con l'AUSL, i servizi sociali ospedalieri ed extraospedalieri, i servizi territoriali ed il Medico di Medicina Generale viene costruito un programma personalizzato di dimissione.

Conclusioni

La denominazione "Lungodegenza Integrata" fa riferimento da una parte all'interfaccia ospedaliera di provenienza del paziente (l'UO Medicina Interna e Lungodegenza Critica) e dall'altra all'interfaccia territoriale.

Spesso i pazienti necessitano di ulteriori trattamenti assistenziali e terapeutici anche dopo la dimissione, volti ad evitare subitanei rientri in ospedale. Quasi sempre occorre organizzare una dimissione protetta a domicilio o, quando questo è impossibile, occorre reperire un'adeguata sistemazione in strutture territoriali adeguate

12.15- 12.30

Risultati della rete ECMONET per la gestione del paziente con insufficienza respiratoria acuta sul territorio Italiano.

Alberto Lucchini, R. Gariboldi, S. Elli, S. Vimercati, P. Tundo

Terapia intensiva generale, Ospedale S.Gerardo di Monza, Università Milano-Bicocca
a.lucchini@hsgerardo.org

Introduzione

Il Ministero della salute nel corso dell'anno 2009 ha identificato sul territorio nazionale 14 centri di riferimento per la gestione del paziente con ARDS da sottoporre a trattamento ECMO. È stato organizzato un servizio di trasporto avanzato (tre medici rianimatori, 1 infermiere esperto di area critica ed un tecnico della perfusione cardiovascolare) per trasportare i pazienti dai centri periferici ai centri di riferimento. La rete di trasporto per la copertura del territorio nazionale ha usufruito della collaborazione dell'Aeronautica militare e di mezzi su gomma opportunamente identificati.

Obiettivo

Centralizzazione e standardizzazione dei pazienti con ARDS trattati con ECMO. Standardizzare le procedure di trasporto del paziente in ECMO. Verificare l'impatto dei suddetti fattori sulla mortalità.

Risultati

Nelle due stagioni invernali 2009/2010 e 2010/2011 i pazienti trattati sono stati 130. Di questi, 61 sono stati centralizzati verso i centri di riferimento. I pazienti sottoposti ad ECMO sono stati 60. Di questi 60, 28 sono stati trasportati in ECMO con impianto della circolazione extracorporea nell'ospedale periferico.

Pazienti trasportati senza ECMO = 33. Non si sono verificate complicanze maggiori in nessuno dei trasporti.

La sopravvivenza globale dei pazienti trattati è stata superiore al 70%. Nei pazienti in ECMO la sopravvivenza dei pazienti che hanno rispettato il criterio di centralizzazione con Ventilazione meccanica < 5gg prima del contatto con la rete ECMOnet hanno avuto una sopravvivenza del 77%. I pazienti segnalati tardivamente alla rete e sottoposti ad ECMO hanno avuto una sopravvivenza del 33%.

Conclusioni

L'ECMO ha permesso di contenere i costi legati all'applicazione dell'ECMO con un impatto importante sulla mortalità delle persone assistite sottoposte ad ECMO.

La centralizzazione dei pazienti ha permesso di usufruire al meglio del fondo nazionale (25.000.000,00 €). La previsione di spesa del ministero, senza centralizzazione dei pazienti era superiore ai 30 milioni, e sarebbe stata interamente a carico delle regioni.

Bibliografia

- ▲ Patroniti N, et al. The Italian ECMO network experience during the 2009 influenza A(H1N1) pandemic: preparation for severe respiratory emergency outbreaks. Intensive Care Med. 2011 Jul 6. [Epub ahead of print]

12.30-12.45

Processo di costruzione di una cartella unica nel Nord Italia per il monitoraggio della morte encefalica

Tonia Patteri , Giovanni Salvi, Eleonora Di Lionardo.

Rianimazine ASL1 Imperia

t.patteri@asl1.liguria.it

Premessa

Il processo della donazione degli organi è sempre complessa , ma ha un valore che è facilmente misurabile: la morte comunque inevitabile di una persona, può contribuire al miglioramento della qualità di vita di altre persone!

Per tali presupposti è doveroso esigere in ogni sua fase una attenta e codificata gestione delle fasi del processo di donazione; l' infermiere dedicato ha l'obbligo di fornire strumenti e completezza.

Scopo

A tale scopo il gruppo degli infermieri del NITp con l'obiettivo di migliorare questo complesso processo, evitando di disperdere importanti risorse, ha deciso di progettare un nuovo strumento unico utile nella fase più complessa : l'osservazione in morte encefalica. Uniformare il metodo di lavoro nelle diverse realtà ,non può che migliorare il complesso processo

Materiali e Metodi

I regolari incontri dei rappresentanti delle varie realtà che operano nel nord Italia, hanno permesso di confrontare le singole esperienze e di evidenziare le criticità e punti di forza di ciascuna. Dal lavoro congiunto ha portato alla stesura di una prima bozza di una cartella unica per la rilevazione dei parametri.

Risultati

Il progetto è ancora in corso , ma emergono già i primi risultati positivi. Uniformare un

processo così complesso, su un territorio così vasto con esperienze eterogenee è riuscito a trovare d'accordo i vari operatori che stanno imponendo l'importanza della figura infermieristica.

1° scopo - diretto: creare lo strumento comune;

2° scopo - indiretto: confrontando realtà così diverse c'è unanimità del ruolo.

Conclusioni

La crescita costante dell'infermiere dedicato è il primo grosso risultato che si evidenzia. Con la consapevolezza raggiunta, l'infermiere dedicato risulta indispensabile per divulgare il progetto, informare, favorire l'adesione, sensibilizzare gli operatori sanitari e la comunità.

12.45-13.00 Dibattito

Sala 4 Integrazione e Sostenibilità

Moderatore: Luca Peressoni, Marco Marseglia

8.30-8.45

L' integrazione medico infermiere.

Patrizia Di Giacomo, Erika Russello

Collegio IPASVI Rimini

iotricia@alice.it

Introduzione

Dalla letteratura emerge un consenso generale alla collaborazione interprofessionale tra medici e infermieri, che garantisce una migliore qualità delle cure, incide sugli esiti e diminuisce i costi sanitari, mentre la non collaborazione riduce l'efficacia dell'assistenza, causa insoddisfazione professionale infermieristica.

Obiettivi

Descrivere il livello di integrazione tra medici e infermieri, descrivere la consapevolezza da parte dell'infermiere del proprio ruolo, e dell'autonomia e della responsabilità. Identificare la percezione che gli infermieri hanno del proprio ruolo.

Materiali e metodi

E' stata utilizzata la Jefferson Scale Of Attitude Toward Physician Nurse Collaboration, (Hojat et al 1997).

Risultati

Il 97,6% ritiene che dovrebbe essere visto come un collaboratore del medico, per l'88,3% i medici e gli infermieri dovrebbero partecipare insieme alle decisioni che riguardano la dimissione del paziente. Solo per il 34,1% degli infermieri il medico e l'infermiere prendono parte insieme/condividono il processo decisionale sulle cure del paziente, per il 38,8% che c'è una chiara comunicazione tra medici e infermieri nel prendere decisioni, per il 42,6% il medico dà una completa e corretta informazione all'infermiere.

Per il 80,7% l'infermiere è qualificato per valutare e rispondere ai bisogni della persona. Quasi la totalità degli infermieri ritiene di possedere autonomia nelle svolgere la propria attività, soprattutto nella "gestione" dei bisogni dei pazienti. Gli infermieri identificano l'autonomia con la possibilità di prendere decisioni assistenziali volte ad ottenere i migliori risultati per la salute sia fisica che psicologica dei pazienti, nell'identificare le reali condizioni e bisogni dei pazienti realizzando un piano di cura.

Conclusioni

Un modo efficace di lavorare insieme è il miglior presupposto per una reale applicazione, nella nostra realtà sanitaria, dello spirito delle leggi che hanno ridisegnato il ruolo della professione infermieristica, secondo i criteri della valorizzazione e della responsabilità e di prendersi cura dell'assistito.

8.45-9.00

Revisione di qualità del triage di pronto soccorso: il confronto continuo tra professionisti.

Roberta Ercolani, Sabrina Tellini, Luciana Manieri, Sabrina Colzi, Lorenzo Baragatti
DEU Pronto Soccorso Nottola, Montepulciano, Azienda USL 7 di Siena
r.ercolani@usl7.toscana.it

Premessa

L'attività di triage rappresenta uno dei principali snodi professionali e organizzativi dell'intera attività di pronto soccorso; il GTT (Gruppo Triage Toscano) raccomanda e fornisce strumenti per la revisione continua della sua qualità con la finalità di evidenziare e limitare gli errori.

Scopo

Verificare il trend degli errori al triage e identificarne la tipologia attraverso la revisione sistematica del processo e la produzione di reportistica ad hoc.

Materiali e Metodi

Presso il Pronto Soccorso dello Stabilimento Ospedaliero di Nottola è attiva da due anni una sistematica revisione di qualità del triage condotta a cadenza mensile. In sede di riunione gli infermieri abilitati al triage effettuano una revisione di schede con codice colore che, ad una prima analisi condotta da un apposito gruppo di lavoro, appare errato. Il gruppo infermieristico discute le schede portate in analisi prendendo come punto di riferimento la guida tascabile GTT relativa ai principali algoritmi di triage. Il GTT ha elaborato inoltre un apposito strumento per la revisione di qualità che consiste in una scheda excell, da compilare con i dati sensibili che decretano la scelta del codice ed evidenziano con modalità dicotomica l'ambito di errore; l'inserimento di questo strumento rappresenta la novità della revisione di qualità in quanto consente di evidenziare con esattezza dove la scheda di triage è errata.

Risultati e Conclusioni

Agosto 2009 = 2810 accessi, 258 errori di processo, (9,18%).

Febbraio 2010 = 1957 accessi, 45 errori di processo (2,30%).

Dopo introduzione scheda revisione qualità GTT

Giugno 2011: 13656 accessi, 30 errori di processo (0,21 %)

La percezione del gruppo infermieristico è sempre molto positiva il tasso di partecipazione alle riunioni è molto alto (60% medio). La discussione delle circostanze-cause che portano all'errore è sempre molto sostenuta e argomentata.

Bibliografia

- ⤴ Galgano A. I sette strumenti della qualità totale. Ed. il sole24ore, Milano, 1996
- ⤴ Pignatto A, Regazzo C. Organizzazione e qualità nei servizi socio sanitari. Carocci-Faber, Roma, 2000
- ⤴ Gruppo Regionale Toscano Formatori Triage. Guida pratica alla funzione di triage. Regione Toscana, 2008-2009

9.15-9.30

Il progetto S.A.R.I. (Sistema Avanzato Di Risposta Infermieristica) di C.I.V.E.S., l'organizzazione nazionale infermieristica di protezione civile.

Rosaria Capotosto, Michele Fortuna,
Associazione nazionale C.I.V.E.S. Onlus
capotostodpc@libero.it

L'Associazione C.I.V.E.S. (Coordinamento Infermieri Volontari per l'Emergenza Sanitaria), alla luce dell'esperienza nel terremoto d'Abruzzo, ha prodotto il Progetto S.A.R.I. (art. 21 dell'OPCM n. 3797/09) per ottimizzare le risorse umane, i materiali e mezzi idonei per affrontare gli scenari della Protezione Civile con esigenze sanitarie e rispondere con una struttura infermieristica autonoma, per un soccorso sanitario di qualità, sostenibile ed efficace.

La finalità del S.A.R.I. è fornire al Sistema Nazionale di P.C. e alla popolazione colpita da calamità, team infermieristici qualificati, immediatamente operativi e autosufficienti per la logistica e le attrezzature, in grado di fornire adeguato supporto diretto alla popolazione, alla presenza di medici ed alla rete di medicina generale territoriale.

Il progetto S.A.R.I., è stato elaborato da C.I.V.E.S. grazie alle osservazioni prodotte dagli infermieri nei settori operativi dell'emergenza sisma a L'Aquila. L'analisi post-emergenza dell'intervento e il sostegno della Federazione Nazionale IP.AS.VI., ha consentito l'elaborazione del progetto.

Il Progetto S.A.R.I. realizza:

- un modo innovativo di concepire la professione infermieristica, in un ambito particolare come il soccorso durante un evento catastrofico;
- un modo di organizzare un soccorso sanitario di emergenza integrato, partendo dall'evidenza che gran parte degli interventi sanitari effettuati fin dalle primissime ore dall'evento calamitoso possono essere svolti dagli infermieri C.I.V.E.S. specificamente preparati per l'assistenza generale infermieristica e della salute pubblica.

Durante l'intervento a L'Aquila, gli infermieri C.I.V.E.S. hanno fatto fronte alle richieste prevalentemente di bambini e anziani, allestito ambulatori infermieristici per medicazioni, terapia iniettiva, screening diabetologico, ecc convertendo a tende infermieristiche normali tende destinate all'alloggiamento della popolazione.

Anche medici di base grazie alla presenza degli infermieri C.I.V.E.S. hanno potuto usufruire di veri e propri ambulatori per le loro attività.

Infine, i dati dimostrano che la presenza continua e l'avvicendamento di infermieri qualificati e preparati di C.I.V.E.S. nel ruolo di responsabili della Funzione 2-Sanità presso il COM 3 a L'Aquila, ha più che altri COM, reso fluidi i collegamenti nella catena di comando, costituendo l'anello di congiunzione ideale di chi, avendone le competenze, sa..., sa fare... e sa essere...

9.30- 9.45

Infermieristica di protezione civile: innovazione e strategie per un intervento di soccorso sostenibile.

Michele Fortuna, Paolo Berenzi,
Associazione nazionale C.I.V.E.S. onlus
michelefortuna@virgilio.it

Premessa

L'attuale situazione di crisi globalizzata impone di ripensare le dinamiche che governano le società: riassegnare il giusto valore alle cose e alle persone. Non è esclusa da queste considerazioni la professione infermieristica, che sempre di più dovrà essere componente attiva ed illuminante nelle trasformazioni della società.

Innovazione ed evoluzione sono state le parole chiave che attraverso un giudizio critico hanno portato, a seguito dell'esperienza di CIVES nel soccorso durante l'emergenza del terremoto in Abruzzo, a progettare una Infermieristica di Protezione Civile.

Scopo

Il lavoro si propone di mettere in luce lo sviluppo di competenze infermieristiche avanzate, quale contributo specifico della professione per situazioni d'emergenza integrate nel sistema della Protezione Civile per soccorsi efficaci, efficienti e sostenibili.

Materiali, metodi

Presentazione del processo logico e temporale seguito per raggiungere l'obiettivo di produrre e far accettare all'interno del sistema di Protezione Civile nazionale, un'unità operativa infermieristica autonoma e che assume funzioni anche di integrazione fra molti attori del soccorso a breve e medio termine.

Risultati

L'analisi dell'esperienza degli infermieri partecipanti ai soccorsi dopo il terremoto d'Abruzzo ha evidenziato i fattori determinanti che hanno portato all'elaborazione di un modello organizzativo autonomo (con uomini, materiali, attrezzature e mezzi) sostenibile e che valorizza la funzione infermieristica.

Partendo dai principi e valori di riferimento propri, vengono forniti esempi di applicazione della professionalità infermieristica agli aspetti clinici, organizzativi, di integrazione e di razionalità e razionalizzazione dell'impiego delle risorse in presenza di catastrofi.

Conclusioni

Viene evidenziato il significato innovativo per tutta la professione il riconoscimento formalizzato di competenze con responsabilità su un ampio spettro di ambiti (clinico, organizzativo, relazionale) in situazioni di estrema criticità/complessità.

Verrà indicata la qualità del risultato complessivo dell'intervento infermieristico con il modello proposto come fattore a valenza anche economica e/o comunque di beneficio per la comunità generale e quella coinvolta dall'evento in particolare. La relazione cercherà di valutare, per eventi d'interesse della protezione civile, la scelta più opportuna in termini di dispiegamento di risorse umane e materiali. La nuova concezione di una infermieristica manageriale, abile nell'elaborare piani di intervento, e con una innovativa flessibilità mentale rispetto ad una visione classica del soccorso sanitario nelle emergenze, è di sicuro una sfida importante che la Professione Infermieristica può cogliere, nell'attuale momento di crisi economica, per proporre il proprio contributo e promuovere, attraverso i valori e i principi che le appartengono, l'importanza del ruolo e della funzione sociale dell'Infermiere.

9.45- 10.00

Le ragioni dell'ampliamento dell'ospedale di Emergency in Sierra Leone: l'impatto sui regimi terapeutici, la gestione del peggioramento clinico e la formazione del personale infermieristico locale.

Maria Cristina Rossi*, Dimitra Giannakopoulou** Luca Rolla *

*Centro Chirurgico e Pediatrico di EMERGENCY, Goderich, Sierra Leone

**Centro Chirurgico di EMERGENCY a Lashkar-gah, Afghanistan

cristinar326@gmail.com

La relazione mira a presentare il razionale infermieristico dell'intervento strutturale presso l'Ospedale di EMERGENCY in Sierra Leone: l'impatto sui regimi terapeutici, la gestione

del peggioramento clinico e l'efficienza dei programmi di training on-the-job rivolti al personale sanitario locale. L'Ospedale di EMERGENCY in Sierra Leone, situato a Goderich nei pressi di Freetown, ha avviato le sue attività cliniche nel Novembre del 2001. Oggi è organizzato in 14 "aree operative", incluse 2 Sale Operatorie; oltre 40,000 le visite tra Outpatients e Inpatients nel solo anno 2010. Visti il contesto operativo in cui permane una scarsità complessiva di risorse, materiali e professionali, ed il costante orientamento ad alti standard di cura per la popolazione, EMERGENCY ha deciso nel 2010 un progetto di ampliamento della struttura ed in particolare di tutta l'Area Critica, degli ambulatori e di molti servizi ausiliari. In accordo con le linee guida infermieristiche di EMERGENCY, l'estesa esperienza sul campo evidenzia che alla base di una "buona cura" c'è fondamentalmente un'attenta applicazione di pochi, basilari protocolli: igiene, nutrizione, terapia del dolore e trattamento delle lesioni. Tuttavia, l'aumento della casistica chirurgica – in parte altamente settica – e la volontà di migliorare ed articolare la risposta terapeutica sia in termini di efficacia sia di efficienza hanno richiesto un adeguamento delle infrastrutture ed una rivalutazione di alcuni dei protocolli in uso; tra i risultati attesi, l'ulteriore valorizzazione del ruolo dell'infermiere di Area Critica sia nella fase assistenziale sia in quella di training dello staff locale. In Sierra Leone come in altri contesti operativi di EMERGENCY, i pazienti critici affetti da polipatologie con valenza chirurgica – sia di tipo generale sia traumatologica – richiedono una tempestiva intercettazione del peggioramento clinico. Cruciale è il ruolo del collega intensivista nella prevenzione e nel corretto trattamento dell'episodio critico, soprattutto cardiologico, sia in età adulta che pediatrica. La relativa scarsità di tecnologie sofisticate e di personale medico esperto – formazione limitata, alto turnover dello staff locale – hanno sempre richiesto impegno ed addestramento particolari all'infermiere già incaricato delle ordinarie attività assistenziali, anche considerando l'elevata Bed Occupancy Rate (BOR). Gli infermieri devono essere nella posizione di identificare, informare ed assistere in interventi medici mirati ed efficaci; registrare ed interpretare semplici parametri clinici disponendo di "tecnologie essenziali". La casistica dei pazienti ricoverati presenta spesso un quadro clinico particolarmente complesso che richiedeva un ulteriore supporto, tecnologico ed organizzativo, utile ad una corretta ed efficace conduzione dell'attività assistenziale nel post-operatorio. L'intervento sulle Sale Operatorie ed in generale sulle dotazioni e gli spazi dell'Area Critica sono volti quindi a mettere in evidenza il fondamentale ruolo dell'infermiere intensivista. L'Ospedale di EMERGENCY in Sierra Leone (100 posti letto) presenta dati di rilievo sia per il turn-over dei pazienti in corsia sia per la BOR media, prossima al 100%. Ancora una volta fondamentali si sono mostrati in questi anni linee-guida e protocolli di igiene. Gli interventi realizzati su apparati, sistemi e flussi (condizionamento, filtri, distribuzione O2 etc.) preparano la struttura ed il personale ad un ulteriore miglioramento della risposta ai bisogni espressi dalla popolazione ed in modo "sostenibile" nel lungo periodo dallo staff nazionale.

Conclusioni

1. Le nuove Sale Operatorie e la relativa organizzazione riducono il rischio della cogestione di casi altamente settici (la maggior parte in emergenza) e della casistica chirurgica in elezione che richiede elevati standard di asepsi. La terza Sala Operatoria consente da un lato di aumentare il numero delle sedute operatorie e dall'altro di ridurre le ammissioni nella degenza chirurgica dato che diversi casi in elezione possono essere realizzati in regime di day hospital, con una conseguente possibile riduzione della Bed Occupancy Rate.
2. La disponibilità di ambienti più ampi e meno esposti alla contaminazione di pazienti settici, consente una riduzione delle infezioni nosocomiali. La nuova Critical Care Area, ad esempio, è ventilata con sistemi più efficaci da flussi (indoor) filtrati.
3. Nuovi e più ampi spazi dedicati sia all'attività chirurgica sia assistenziale consentono una maggiore e più efficace prevenzione e gestione del peggioramento clinico riducendo

frequenza ed entità di possibili sequele invalidanti. Questo rinnovato contesto, favorisce il potenziamento del training rivolto allo staff locale (particolarmente in ICU) e mirato specificamente all'intercettazione tempestivo di eventuali episodi critici nella fase post-operatoria, particolarmente complessa per la tipologia dei pazienti di questo ospedale (polipatologie gravi).

4. L'intervento complessivo, il miglioramento delle tecnologie disponibili e la fruibilità degli spazi ospedalieri favoriscono una formazione più completa del personale sanitario locale.

10.00-10.15

L'audit civico per valutare e migliorare la qualità partendo dal punto di vista dei cittadini.

Marco Zucconi, Rosita Morcellini, M. Amico, L. Esposito, W. Orlandi, M. Pioppo, F. Ruffini
Azienda Ospedaliera di Perugia
marco.zucconi@email.it

Premessa

L'Assessorato alla Sanità della Regione Umbria, con il Piano Sanitario Regionale 2009-2011, ha reso operativo in tutte le Aziende sanitarie regionali il progetto "Audit Civico", promosso da Cittadinanzattiva, in collaborazione con il Ministero della Salute.

Scopo

L'audit civico consiste in un'analisi critica e sistematica dell'azione delle Aziende sanitarie promossa dalle organizzazioni civiche, al fine di valutare la qualità dei servizi sanitari e dare centralità al punto di vista del cittadino nell'organizzazione dei servizi stessi, attraverso forme partecipate di gestione.

Materiali e metodi

L'audit civico ha previsto l'indagine di tre componenti dell'azione delle aziende sanitarie:

1. l'orientamento ai cittadini (accesso alle prestazioni, rispetto dell'identità personale, ecc.),
2. l'impegno dell'azienda nel promuovere alcune "politiche" di particolare rilievo sociale e sanitario (sicurezza dei pazienti, malattie croniche, gestione del dolore, ecc.),
3. il coinvolgimento delle organizzazioni civiche nelle politiche aziendali (attuazione e funzionamento degli istituti di partecipazione degli utenti, ecc.),

mediante lo svolgimento di sopralluoghi in strutture selezionate e la richiesta di informazioni alla direzione generale e sanitaria.

Risultati

Dall'indagine condotta nel 2010 è emerso un IAS (indice di adeguamento agli standard presi in considerazione) medio complessivo pari a 77, che in base alla tabella di classificazione è da considerarsi discreto. Con questo punteggio l'Azienda Ospedaliera di Perugia ha ottenuto il migliore risultato tra le sei aziende umbre esaminate.

Conclusioni

I risultati emersi dall'indagine evidenziano punti di forza, ma anche casi di non conformità agli standard, come in materia di partecipazione dei cittadini nell'organizzazione dei servizi sanitari. È stato quindi predisposto, in interazione tra Azienda e associazioni dei cittadini, il piano di consolidamento e miglioramento e molte non conformità sono già state corrette. Da sottolineare il prezioso contributo infermieristico durante l'indagine e nell'attuazione delle azioni di miglioramento.

Bibliografia

Azienda Ospedaliera di Perugia. Audit Civico – rapporto locale di valutazione e piano di miglioramento. www.ospedale.perugia.it

10.15-10.30 Dibattito

Sala 4 Sostenibilità ed Umanizzazione

Moderatore: Gian Domenico Giusti

10.45-11.00

Ospedale etico: esperienze sullo sviluppo sostenibile applicato alla sanità.

Tonia Patteri, Gian Paolo Pagliari, Cristina Maglio

ASL1 Imperiese

t.patteri@asl1.liguria.it

Premessa

Lo sviluppo sostenibile è uno sviluppo che soddisfa i bisogni del presente senza compromettere le possibilità delle generazioni future di soddisfare i propri bisogni.

Scopo

Lo scopo è di mettere in rete le aziende sanitarie che vogliono confrontarsi sul tema della sostenibilità a 360°: ambientale, economico e sociale.

Il valore della sostenibilità è utile per indicare un percorso che assicuri equità sociale nella tutela della salute, preservando l'ambiente e garantendo l'equilibrio tra le risorse disponibili e la qualità dei servizi offerti.

Materiali e Metodi

La sensibilizzazione, il confronto e la divulgazione di un concetto così apparentemente astratto, è sviluppabile solo con la formazione e l'interazione con altre realtà che condividono lo stesso pensiero. Per questo l'ASL1 Imperiese ha recentemente organizzato un convegno dal titolo "Ospedale – Etico: esperienze sullo sviluppo sostenibile applicato alla sanità" che ha visto la partecipazione di realtà italiane (Emilia Romagna, Liguria) e francesi. Questi ultimi hanno iniziato ad occuparsi dell'argomento nel 2006 istituzionalizzando un comitato: C2DS (Comité pour le développement durable en santé) che ha come obiettivo la sensibilizzazione dei professionisti della sanità a vantaggio delle buone pratiche di sviluppo sostenibile al fine di una migliore gestione dell'impatto umano, ambientale ed economico .

Risultati

Grazie al successo del primo convegno dedicato allo sviluppo sostenibile in sanità, si sono poste le basi per la nascita di una rete di collaborazione e di scambio non solo a livello nazionale ma anche transfrontaliera.

Conclusioni

Obiettivo per il 2012 è quello di organizzare un nuovo evento dedicato per definire un'agenda di obiettivi comuni. Un approccio orientato alla gestione ambientale promuove la motivazione fra i dipendenti, valorizza l'immagine e rafforza il consenso e le relazioni con la comunità, infonde consapevolezza e coscienza ambientale, produce risultati misurabili incidendo sia sulla produzione che sui costi di gestione : CREA VALORE!

11.00- 11.

Una sanità ecosostenibile è possibile! esperienza dell' ASL1 Imperiese.

Tonia Patteri, Gian Paolo Pagliari, Cristina Maglio

Premessa

L'ASL1 Imperiese opera dal 2009 per creare una realtà sanitaria Eco-Sostenibile, cercando di coinvolgere operatori sanitari ed amministrativi, oltre a sensibilizzare la popolazione.

Scopo

L'idea del progetto nasce dall'evidenza che gli ospedali sono una vera e propria "industria inquinante" e che chi si occupa di sanità dovrà sempre più contribuire alla politica ambientale nazionale ed internazionale. Il desiderio e l'obiettivo comune sono quelli di mettere in moto una dinamica positiva salute-ambiente orientata ai settori produttivi ospedalieri per creare un approccio sostenibile alle attività assistenziali.

Materiali e Metodi

Con l'istituzione di un gruppo di lavoro che si riunisce a cadenza mensile, vengono proposte, analizzate ed attuate in ASL nuove soluzioni Eco-Sostenibili. Per lo scopo è stata inserita nella intranet aziendale una sezione dedicata, a cui tutti i dipendenti possono accedere: tramite la rete vengono condivisi materiali, proposte, relazioni degli eventi ed i verbali degli incontri. Infine vi è un forum dedicato utilizzato dagli operatori per potersi scambiare idee e confrontarsi.

Risultati

I risultati si sono fatti attendere: non è stato facile divulgare un nuovo concetto di sostenibilità ambientale e di salute, ma a piccoli passi si sono visti i cambiamenti.

Nel 2010 vi è stato un sostanziale risparmio economico legato all'incremento della raccolta differenziata, l'inserimento di pile ricaricabili per l'utilizzo di elettromedicali, la riduzione del consumo di carta (stampe fronte-retro, informatizzazione cartelle, documentazione pdf in rete) riduzione delle bottiglie di plastica. L'istituzione di un eco-decalogo ha spinto operatori e popolazione ad un cambio delle consuetudini.

Conclusioni

Il gruppo si prefigge obiettivi ambiziosi: azioni sostenibili prettamente legate alle pratiche sanitarie, come ad es. la scelta mirata di terapie che a parità di efficacia hanno un basso impatto ambientale.

Altro obiettivo in agenda è l'integrazione del concetto di sostenibilità; infatti al fine di sensibilizzare i Direttori degli Ospedali a gestire la loro Struttura con una politica orientata allo sviluppo sostenibile è stato inserito nelle schede di budget un obiettivo correlato al "Progetto Sanità e Sviluppo Sostenibile". Il gruppo aziendale ha convenuto di orientare per l'anno 2011 le proprie azioni su due aree che possono essere così riassunte:

1. continuare ad agire nei campi già esplorati in quanto solo nel ricordare quotidianamente le azioni virtuose che devono e possono essere svolte si potranno raggiungere i risultati individuati;
2. riflettere insieme a coloro che all'interno dell'Azienda si stanno già occupando del benessere sul luogo di lavoro e sullo stress ad esso collegato.

E' indubbio che un ambiente di lavoro migliore dal punto di vista della sostenibilità ambientale può avere un riflesso positivo sul benessere sul luogo di lavoro e sulla riduzione dello stress.

E' attivo dal 2010 un progetto regionale "Benessere organizzativo e rischi psicosociali nelle aziende sanitarie liguri" che ha elaborato e sviluppato uno strumento che può innescare un processo di risoluzione dei problemi, al fine di poter intervenire sul benessere all'interno dell'organizzazione. Nell'Asl1 Imperiese tale progetto è iniziato a settembre 2010.

11.15-11.30

Knowledge management e gestione del carrello per l'emergenza intra-ospedaliera (EIO).

Elsa Frogioni

ASUR 7 Marche

aniartimarchelsa@yahoo.it elsa.frogioni@sanita.marche.it

Introduzione

Il Knowledge management (KM) è: "L'insieme di metodi, tecniche e procedure, organizzative e informatiche che all'interno di un'azienda sono volte alla valorizzazione e allo sfruttamento della conoscenza esistente nell'organizzazione, intesa come (parte primaria del) cosiddetto patrimonio intangibile, fondamentale per la vita e lo sviluppo dell'organizzazione stessa.... (Tasso e Omero 2004) ".

Gestire il flusso delle informazioni e comunicazioni in un'azienda sanitaria è di fondamentale importanza. La conoscenza e l'incremento delle competenze sono il patrimonio e la risorsa principe di un sistema sanitario; le ricerche evidenziano che le informazioni, se non strutturate, codificate, possono gravare sulla produttività, generare risk management, frustrazione del personale sanitario, che nonostante l'impegno non riesce a soddisfare gli obiettivi di cura stabiliti per le persone con problemi di salute.

Scopo

Il progetto si propone di migliorare i processi di conoscenza riferiti all'EIO, armonizzando le "leve del KM: Risorse Umane, Information Technology e Organizzazione d'impresa", perché la struttura aziendale sanitaria è un sistema che apprende dall'ambiente e con l'ambiente, esterno e interno, ed è in relazione di path-dependance con le strategie attuate.

Il progetto ipotizzato di KM per la gestione del carrello per l'E.I.O., intende quindi utilizzare tutti gli strumenti volti a formalizzare, raccogliere, distribuire, condividere informazioni, esplicitare le conoscenze dell'organizzazione e sull'organizzazione, che riguardano la mission aziendale, le competenze, le procedure, la documentazione; con l'obiettivo di formulare percorsi di sviluppo, apprendimento e ricerca nella continua implementazione della best practice negli interventi di urgenza – emergenza sanitaria intra-ospedaliera.

Materiali e Metodi

Lo sviluppo nella gestione del carrello per l'EIO, è sostanzialmente a livello organizzativo / formativo / Information Technology con interventi di: analisi, formazione, codificazione, raccolta, controllo/supervisione, ricerca e condivisione delle informazioni e conoscenze. Utili allo scopo sono le applicazioni informatiche come il Relation Data Base Manager System sviluppati attraverso il modello logico E-R (Entity-Relation), il software gestisce i dati e le relazioni in modo da essere confrontati, collegati, elaborati ed estratti; processi fondamentali per verificare ipotesi interpretative e progettuali di best practice aziendale. Abbiamo realizzato un DBMS utilizzando il programma ACCESS per il monitoraggio del carrello per l'EIO, in modo da ottenere una repository di dati significativi per la corretta gestione dei:

1. Presidi
2. Farmaci
3. Interventi sanitari in emergenza

Il progetto si sviluppa attraverso la predisposizione di attività formative di accompagnamento all'integrazione del DBMS nelle differenti U.O. dell'azienda attuate con modalità di cooperative learning, anche attraverso piattaforme collaborative del WEB2.0 .

Risultati e Conclusioni

La raccolta sistematica dei dati anche rispetto all'EIO porterà allo sviluppo della conoscenza e del sapere scientifico. L'elaborazione dei dati consentirà indagini retrospettive analitiche degli interventi terapeutici effettuati durante l'attività sanitaria in EIO. Le analisi potranno essere utili al confronto con altri studi realizzati a livello

internazionale, ed in base ai risultati, realizzare in tempi reali l'aggiornamento della best-practice e delle linee guida ed inoltre ottenere un indicatore di appropriatezza - efficienza/efficacia delle cure prestate in regime di EIO, nell'azienda sanitaria.

Bibliografia

- ▲ Capitani P. Il knowledge management. Strumento di orientamento e formazione per la scuola, l'università, la ricerca, il pubblico impiego, l'azienda. Ed. Franco Angeli 2006

11.30.11.45

Il contenimento del rischio di errore terapeutico in relazione all'utilizzo del carrello elettronico.

Silvia Guarnieri, Josè Fernando Gonzalez Rodriguez, Beatrice Angelini, Kathia Angela Lopetuso, Antonina Ingrassia

Cardiochirurgia, Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, Università degli studi "La Sapienza di Roma

sguarnieri2011@libero.it

Introduzione

L'infermiere è il "professionista della salute" che con la sua preparazione e conoscenza, dipende la sicurezza dei pazienti che si affidano alle sue cure. La somministrazione efficace e sicura dei medicinali in ambito ospedaliero, quindi, richiede conoscenze e competenze sia di natura clinico-assistenziale che gestionale. Studi italiani hanno rilevato che la maggior parte degli errori riscontrati nel ciclo del farmaco sono imputabili principalmente a prescrizione (56%), somministrazione 34%, trascrizione 6% e distribuzione 4%. L'articolo 40 del Codice Penale cita testualmente che non impedire un evento che si ha obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo. Risulta chiaro l'importanza della riduzione dell'errore nell'ambito in cui si opera e quindi una notevole attenzione verso l'information Health Technology in sanità. Le tipologie più note, presenti da anni in altri paesi dell'Unione Europea e che solo ora cominciano ad affacciarsi nella realtà italiana sono la Computerized Prescription Order Entry (CPOE), prescrizione informatizzata, accompagnata da sistemi informativi di supporto alle decisioni cliniche (CDSS – Clinical Decision Support System), la dose unitaria e i sistemi di distribuzione automatizzata (armadi e carrelli).

Obiettivi

Riduzione degli errori legati al ciclo del farmaco, dalla prescrizione alla somministrazione. Utilizzo condiviso delle nuove tecnologie da parte di tutti gli operatori. Interazione fra le diverse unità operative dell'ospedale (reparto-farmacia)

Strumenti

Somministrazione di un questionario di analisi sulla soddisfazione e bisogni del personale (in elaborazione i dati rilevati che verranno comunicati in sede congressuale), studio della letteratura presente, visita agli ospedali di Roma dove questo sistema è presente con personale specializzato delle case produttrici.

Conclusione

La tecnologia informatizzata applicata al lavoro quotidiano dei professionisti risulta essere, oltre ad un valido aiuto, una metodologia di lavoro più sicura, permettendo un contenimento del rischio di errore terapeutico

11.45-12.00

La presa in carico del paziente nel perioperatorio, un approccio interpersonale.

Luciana Leprotti

Introduzione e scopo

1. Dialogo pre-operatorio tra infermiere di S.O e paziente operando: paziente non più passivo, ma partecipa alla preparazione dell'intervento
2. Aiutare i pazienti ad affrontare con le migliori risorse personali l'intervento e il periodo post-operatorio
3. Alleviare sia il percorso terapeutico dei pazienti che il complesso lavoro dell'infermiere

L'intervento chirurgico rappresenta un evento stressante , sotto questo aspetto vanno considerati i dubbi del paziente circa il ritorno allo stato di autonomia precedente l'intervento chirurgico e i timori legati alla percezione delle procedure anestesologiche e chirurgiche.

E' in questa situazione stressante che emerge la necessità di una efficace comunicazione fra infermiere e paziente che può operare trasformazioni positive nell'uno e nell'altro dovute all'empatia, al calore umano e al senso di comprensione .

Pensiamo inoltre, che una comunicazione più efficace possa fare comprendere all'infermiere come agire al meglio per il bene dell'assistito anche quando non siamo in grado di specificare chiaramente le nostre esigenze, paure, angosce in qualità di pazienti. Spetta alla figura centrale dell'infermiere accompagnare e guidare il paziente nel difficile processo di cura utilizzando i modi di una comunicazione efficace e professionale e non più quella istintiva e priva di metodo.

I professionisti dell'assistenza perioperatoria svolgono un ruolo centrale nella preparazione del paziente, perché dalla loro capacità di comprendere i bisogni e dalle loro abilità di valutazione dipendono gli esiti di uno dei più significativi eventi della vita del paziente.

Materiali e Metodi

E' stato formato un gruppo di lavoro che ha elaborato lo strumento che sarebbe la scheda infermieristica in base a dei criteri minimi prestabiliti, l'accoglienza dei pazienti operandi, le consulenze post-operatorie e visite pre-operatorie.

Risultati

I pazienti prestabiliti riferivano di essere più rilassati e si dimostravano più tolleranti al dolore.

12.00-12.15

Analisi sulla qualità del sonno dei pazienti ricoverati in una terapia intensiva polivalente.

Marcella Luongo, A. Lucchini, R. Toppi, V. Doni, M. Mascheroni, M. Minotti, G. Pelucchi
Terapia Intensiva generale, A.O.S.Gerardo Monza° - Università Milano-Bicocca*
lallalu1982@libero.it

Introduzione

Il sonno è un bisogno fondamentale della persona. L'infermiere deve applicare tutte le strategie assistenziali per garantire un adeguato riposo al paziente ricoverato in Terapia Intensiva.

Obiettivo

Valutare la qualità del sonno in una terapia intensiva polivalente.

Materiali e Metodi

È stato condotto uno studio su 80 pazienti per un totale di 134 notti analizzando vari valori e riportando il voto espresso dal paziente sulla qualità del sonno.

Risultati

Le ore di buio garantite durante lo studio sono state mediamente 7,7 (± 1.2) ore di buio e 5.7 (± 2.3) le ore di sonno qualitativamente sufficiente per paziente, indipendentemente dalla diagnosi di ingresso, esprimendo un voto medio di 5.8 (± 1.9) nonostante si rilevi una media di risvegli totali di 5 (± 4.5) di cui spontanei 3.5 (± 3.6).

I dati fisiopatologici dei pazienti investigati esprimono mediamente una postura di 35.9 (± 7.3) gradi, una emodinamica stabile con valori di pressione sistolica di 125.1 (± 19.7) mmHg ed un buon controllo del dolore (XXX). Si nota anche una dinamica respiratoria regolare con FiO₂ 0.4 (± 0.1)%, Peep di 7.9 (± 1.8) e frequenza respiratoria di 19.7 (± 5.3) atti/minuto.

Confrontando poi le diverse strategie ventilatorie emerge che il voto sulla qualità del sonno dei pazienti in scafandro è di (6,5), rispetto al PS in maschera (4,2).

Infine la sedazione farmacologica incide poco sulla quantità e qualità del sonno. La spesa per i farmaci non si rivela essere efficace per migliorare la qualità del sonno.

I metodi non farmacologici (lettura, visione di filmati, musica terapia) hanno prodotto un miglior risultato sui pazienti (voto medio 6,2)

Conclusioni

Un ambiente confortevole ed organizzato (garantire camere singole e/o la vicinanza di pazienti a bassa/media complessità) favorisce il riposo del paziente ricoverato in terapia intensiva.

12.15-12.30

Aprire le rianimazioni: dalle tecnologie alla umanizzazione. il nostro progetto di sviluppo organizzativo, sociale e assistenziale.

Elena Busso, Silvia Moschini, Renzina De Vitis, Annachiara Guiotto, Flaviano Rossi, Massimo Ruffinatti, Alessandra Strazzullo

Rianimazione, Ospedale di Rivoli, ASL TO3, Torino

bussolen@libero.it

Introduzione

Le strategie aziendali sono sempre più proiettate verso un'offerta assistenziale che ponga il malato/familiari al centro delle cure, considerando l'aspetto affettivo emotivo relazionale legato agli effetti a distanza della sindrome da distress posttraumatico.

L'evoluzione delle Rianimazioni in questi ultimi trent'anni ha posto come prioritario l'aspetto tecnologico-assistenziale, permettendoci oggi di evidenziare il ruolo centrale nel processo terapeutico di un supporto umano personalizzato.

Materiali e Metodi

L'attenzione data all'integrazione multidisciplinare da parte del personale medico-infermieristico ha permesso una stretta collaborazione con la S.C. di Psicologia, mediante l'inserimento della figura dello Psicologo in un contesto di rianimazione aperta in cui è prevista la presenza continuativa di un familiare.

Al fine di valutare l'efficacia del progetto sono stati elaborati due questionari ed effettuati dei colloqui psicologici. I questionari sono stati somministrati al personale e ai familiari.

Risultati

Sono stati intervistati 88 familiari. Il 98% dichiara di aver ricevuto informazioni complete. E' emerso un maggior gradimento tra i familiari del gruppo post-apertura. Il personale intervistato è composto da 23 persone. La valutazione del progetto è stata buona. L'83% si ritiene soddisfatto e più del 90% ritiene l'esperienza positiva, da estendere ad altre realtà.

Aspetti critici: compromissione della privacy del paziente e problemi organizzativi legati alla gestione degli ingressi.

Risulta largamente condivisa la volontà di non ampliare ulteriormente l'orario di visita (70% del campione).

Nei primi sei mesi dell'attività svolta dalla psicologa , si sono presi in carico 13 familiari.

Conclusioni

L'esperienza si è rivelata positiva ed ha permesso di evidenziare alcuni elementi da approfondire e sui quali agire per accrescere ulteriormente il livello di soddisfazione di utenti e personale.

Le nostre prossime sfide multidisciplinari, in parte già avviate, saranno quelle di coinvolgere, laddove ci sono i presupposti, l'ingresso ai minori in età scolare con opportune modalità di supporto, e la sensibilizzazione all'apertura delle degenze ordinarie.

Bibliografia

- ♣ Baxter A. Posttraumatic stress disorder and the intensive care unit patient. Clinical Dimension july/august 2004.
- ♣ Donald M, Berwick, MD. Restricted visiting hours in ICUs, time to change. JAMA Vol 292 n.6 august 11, 2004.

12.30-12.45

Visiting policies in terapia intensiva: analisi sugli operatori dopo un anno dalla revisione dell'orario di visita ai degenti.

Moris Rosati, Eleonora Ciampani; Pamela Cingottini

Terapia Intensiva Post-Operatoria – Ospedale S. Maria alle Scotte – Siena

moris.rosati@gmail.com

Premessa

Dal 2008 tutti gli operatori della nostra U.O. hanno intrapreso un processo formativo al fine di rivisitare l'orario di visita alle persone ricoverate nella nostra Terapia Intensiva. Nel novembre 2009 l'accesso è stato ampliato da 1 a 6 ore giornaliere in contemporanea ad una revisione delle regole sulle protezioni individuali per i familiari.

Scopi

A inizio 2011 abbiamo svolto un'analisi sugli operatori per valutare il loro adattamento a queste nuove "regole" in previsione di un ulteriore ampliamento dell'orario di visita ai degenti.

Materiale e Metodi

L'analisi è stata fatta attraverso l'uso del solito questionario che gli operatori avevano compilato nella fase formativa del progetto e quindi prima dalla variazione dell'orario delle visite.

Risultati

Al fronte dei 44 soggetti che hanno partecipato all'indagine, abbiamo dovuto scartare gli operatori che nel 2009 non erano presenti in reparto (turn-over tra operatori) quindi la popolazione valida ovvero "confrontabile" è composta da 30 soggetti di cui 9 medici, 15 infermieri e 6 OSS.

Conclusioni

L'analisi definitiva è ancora in corso...I risultati provvisori evidenziano sostanziali differenze tra le due indagini effettuate; differenze ancora più importanti se confrontate per singole categorie di operatori. L'attenzione sarà posta sulle variabili indicate nella letteratura di riferimento per il buon andamento di una "revisione delle politiche di visita ai degenti delle TI" e come queste possono aver influito sull'atteggiamento dei singoli operatori della nostra T.I.

Bibliografia

- ⤴ Giannini A, The “open” ICU: not just a question of time. *Minerva Anestesiol* 2010;76:89-90
- ⤴ Giannini A, Miccinesi G, Leoncino S. Visiting policies in Italian intensive care units: a nationwide survey. *Intensive Care Medicine* 2008;34:1256-62
- ⤴ Biancofiore G, Bindi ML, Romanelli AM, Urbani L, Mosca F, Filipponi F. Stress-inducing factors in ICUs: what liver transplant recipients experience and what caregivers perceive. *Liver Transpl* 2005;11:967-72

12.45-13.00 Dibattito

Sala 5 Formazione e Ricerca Moderatore: Maria Benetton

8.30-8.45

Il contributo del centro di eccellenza del collegio IPASVI di Roma per la cultura e la ricerca infermieristica.

Gennaro Rocco*, Fabrizio Moggia**, Silvia Scelsi***, Gaetano Romigi****

* IRCCS IDI, Rome

** Presidente Aniarti

***Ares 118 Lazio

**** UOC Formazione e Aggiornamento - ASL Roma A

g.rocco@ipasvi.roma.it

Premessa

Nel 2010 nasce il Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica del Collegio Ipasvi di Roma. Si tratta di un progetto unico in Italia, fra i primi in Europa, in linea con le positive esperienze degli Usa. Il modello è fondato su quattro pilastri: Istruzione, Ricerca, Formazione dei ricercatori e Pratica clinica.

Scopi

L'obiettivo è scandagliare il mondo della ricerca infermieristica per migliorare l'assistenza ai cittadini e la percezione pubblica della professione.

Materiali e Metodi

Gli organi del CECRI sono il Comitato Esecutivo, un Comitato Scientifico Internazionale costituito da ricercatori provenienti da paesi come Canada, Stati Uniti e Inghilterra, un Comitato Di Garanti in cui sono presenti illustri nomi (prof. Elio Guzzanti, prof. Giovanni Berlinguer) ed una fitta rete di consulenza costituita da:

- Consiglio dei Professori di Nursing;
- Comitato dei Direttori dei corsi di laurea Magistrale in Scienze infermieristiche;
- Team interdisciplinare
- Gruppo di Progetto Thisi-Ilisi
- Gruppo dei Nurse Research Fellows
- Staff di collaboratori esperti
- Comitato di Clinical Nurse Leaders
- le Associazioni professionali e le società scientifiche infermieristiche;

- le Rappresentanze dei cittadini;
- Università e Aziende sanitarie ed ospedaliere pubbliche e private;

Risultati

L'obiettivo principale è di consentire agli infermieri di condurre studi di ricerca clinica. Alcuni dei primi studi proposti per lanciare il Polo per la Ricerca del Centro di Eccellenza riguardano:

- ⤴ Near miss;
- ⤴ Benessere organizzativo;
- ⤴ Self care nel paziente con scompenso cardiaco;
- ⤴ Qualità della vita nelle famiglie colpite da stroke;
- ⤴ Sicurezza nell'area dell'emergenza;
- ⤴ Cure palliative e terapia del dolore.

Conclusioni

Le priorità del CECRI sono quelle di creare una nuova categoria di Infermieri ricercatori e laboratori per la ricerca. Le attività del CECRI riguardano trasversalmente la pratica clinica infermieristica, affinché tutti gli infermieri possano mettere in atto e sostenere l'eccellenza nelle attività infermieristiche.

8.45-9.00

Studio osservazionale di coorte prospettico per la valutazione dei bisogni rapportata al carico assistenziale degli assistiti ricoverati nell'unità operativa di anesthesiologia e rianimazione cardiocirurgia.

Luana Gattafoni, P. Paganelli, M. Marseglia, P. Chiari

Policlinico Universitario, Azienda Ospedaliera S. Orsola-Malpighi, Bologna

luanagattafono@virgilio.it

Introduzione

Le innovazioni tecnologiche e l'esigenza di ottimizzare le risorse umane nelle realtà sanitarie hanno determinato la necessità di rivedere l'impegno assistenziale nelle terapie intensive attraverso l'uso di strumenti per valutare le necessità degli assistiti. La rilevazione dell'Indice di Complessità Assistenziale (ICA) può rispondere a questa nuova richiesta di assistenza.

Materiali e Metodi

Studio osservazionale di coorte prospettica pilota effettuato su persone adulte ricoverate nell'Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione Cardiocirurgica dell'Azienda Ospedaliera S. Orsola-Malpighi di Bologna arruolati in modo consecutivo e sottoposte a rilevazione multipla dei bisogni assistenziali dal momento dell'entrata fino all'uscita dalla Terapia Intensiva attraverso l'ICA.

Risultati

Il campione è risultato di 100 pazienti arruolati in un periodo di 40 giorni. I pazienti ricoverati sono stati valutati per l'ICA e confrontati con l'indice Nine Equivalents of nursing Manpower use Score (NEMS) già in uso nella Unità Operativa. Si è potuto misurare le necessità assistenziali dei pazienti espresse in minuti e le modificazioni intercorse durante la presa in carico. In rapporto al NEMS il CAI porta ad una stima maggiore delle necessità assistenziali con un delta di 165 minuti alla presa in carico, di 240 minuti a 12 ore, di 324 minuti durante la permanenza e di 324 alla dimissione.

Conclusioni

L'utilizzo del modello della Complessità Assistenziale ha permesso di specificare i bisogni di assistenza infermieristica e del personale di supporto e di renderli misurabili rispetto all'impegno di infermieri e OSS.

Bibliografia

- ▲ Endacott R. Staffing intensive care units: a consideration of the contemporary issue Intensive and Critical Care Nursing 1996; 12:193-199
- ▲ Mackinnon E, Clarke T, England K, Burr G, Fowler S, Fairservice L. Intensive Care Nursing Staff Review. (1998); Sydney, Australia: Central Sydney Area Health Service.
- ▲ Urso A, Colombo S, Votti R. Rilevazione della complessità assistenziale IPASVI 2007 ;26-31

9.00-9.15

La valutazione del delirio in terapia intensiva. Traduzione adattamento culturale e validazione dell'ICDSC (intensive care delirium screening checklist).

Gian Domenico Giusti, Federica Piergentili*

Infermiere, Azienda Ospedaliera di Perugia P.O. "S.M.Misericordia", A.C.U.T.I. (Area Critica Unità di Terapia Intensiva)

* Infermiera, Azienda USL 2 dell'Umbria, 118 Primo Soccorso P.O. Passignano ST, Perugia

giustigiando@libero.it

Introduzione

Il delirio è una complessa sindrome psichiatrica che si presenta principalmente con disturbi della coscienza, della percezione sensoriale, alterazione del ciclo sonno/veglia con modificazione dei ritmi circadiani, con un andamento fluttuante nel tempo; il delirio soprattutto nei pazienti critici è comune e molto stressante, può colpire un elevato numero di pazienti che varia dal 30% all'80% dei ricoverati nelle Terapie Intensive (ICU), aumentando notevolmente i tempi di degenza, i costi connessi all'assistenza e la mortalità. L'uso di schede di valutazione permette il precoce riconoscimento con la possibilità di diminuire gli effetti negativi di questa patologia.

Materiali e Metodi

Dopo l'autorizzazione degli autori originali, si è proceduto alla traduzione ed adattamento culturale della scheda Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC). La scheda così tradotta è stata giudicata da un gruppo di infermieri e medici. Dopo questo step si è fatta la validazione della scheda confrontando i risultati con la diagnosi di delirio effettuata dal medico.

Risultati

Per valutare la traduzione della scheda è stata creata una checklist dove è stata giudicata la lingua, il contenuto, il tempo di applicazione e la praticità di utilizzo. Ad ogni item doveva essere indicato un punteggio compreso tra 1 (peggiore comprensione possibile) e 6 (miglior comprensione possibile); Il punteggio medio degli item emerso è molto elevato, sempre superiore a 5

Per valutare la riproducibilità si è valutato il grado di concordanza tra i valutatori (inter-rater reliability) calcolato con l'indice di Kappa Cohen, che è risultato sempre presente (0,50). Per ultimo, la valutazione del delirio eseguita attraverso la scheda ICDSC è stata confrontata con la diagnosi effettuata da un medico; La sensibilità del test nella versione italiana è del 69%, mentre la specificità risulta essere del 100%. Non ci sono modifiche significative tra i diversi tipi di pazienti né per età, patologia o severità del ricovero

Conclusione

Questa scala di valutazione del delirio, risulta di agevole comprensione per il personale di lingua italiana e dopo un breve training formativo, di facile utilizzo. L'uso routinario di schede di valutazione per la rilevazione del delirio può permettere interventi mirati ad evitare e contenere la patologia.

Bibliografia

- ⤴ Devlin JW, Fong JJ, Schumaker G, O'Connor H, Ruthazer R, Garpestad E Use of a validated delirium assessment tool improves the ability of physicians to identify delirium in medical intensive care unit patients Crit Care Med 2007;35(12):2721-2724
- ⤴ Skrobik Y, Devlin JW. The intensive care delirium screening checklist has many potential benefits over the nursing delirium screening scale. Crit Care Med. 2010 Jul;38(7):1610-1
- ⤴ Haugh R. Patient care: New standards of care urged to reduce incidences of delirium Hosp Health Netw. 2011 Jan;85(1):11

9.15-9.30

Studio sull'incidenza delle infezioni della ferita sternale nel 2009 in un servizio di cardiocirurgia di una grande Azienda Ospedaliera del Nord Italia.

Marilisa Corso*, Sara Cavalet**, Alessandra Buja***, Alessandra Zampieron**

*Corso di Laurea in Infermieristica, università di Padova, ULSS 7 Conegliano

**Azienda Ospedaliera di Padova

***Università degli studi di Padova

marilisa.corso@ulss7.it

Introduzione

L'infezione della ferita chirurgica è una seria complicanza che si può manifestare dopo intervento di cardiocirurgia: compromette la durata e i costi dell'ospedalizzazione e ha effetti negativi sulla morbilità e mortalità del paziente.

Quadro teorico

I dati pubblicati in letteratura classificano l'infezione del sito chirurgico al terzo posto tra le infezioni nosocomiali. Il tasso di incidenza relativo alla ferita sternale è compreso tra lo 0,7% e il 9,7% e nel 90% dei casi il microorganismo responsabile è lo *Staphylococcus aureus*. I principali fattori di rischio identificati sono stati identificati. Il tempo medio di comparsa è compreso tra i 5 e i 30 giorni per le infezioni superficiali (18 giorni in media) e tra i 5 e 99 giorni per quelle profonde (16 giorni in media).

Obiettivi dello studio

Gli obiettivi dello studio erano:

- 1) descrivere l'incidenza delle infezioni della ferita sternale;
- 2) verificare la presenza di fattori di rischio di tale complicanza;
- 3) applicare sperimentalmente i principali indici di rischio (Toronto Risk Index e SWIPS-R) ai casi infetti.

Materiali e metodi

Lo studio è stato effettuato mediante l'analisi retrospettiva di 566 cartelle cliniche relative a tutti i pazienti maggiorenni, operati nel Centro Gallucci dell'Azienda Ospedaliera di Padova, dimessi nell'anno 2009, esclusi i di trapianto di cuore.

Risultati

L'infezione della ferita sternale è stata diagnosticata nel 1,06% dei pazienti operati. Nella metà dei sei casi si è trattato di infezione superficiale e nell'altra metà di infezione profonda. Le culture dei tamponi sternali erano positive per *Staphylococcus aureus*. Il

tempo medio di comparsa dell'infezione è stato di 13 giorni (16 per quelle superficiali e 9,5 per le profonde). Per i casi di infezione la durata della degenza in cardiocirurgia è stata, in media, di 31 giorni, più del doppio dei pazienti sani. Dall'analisi bivariata risulta che gli unici fattori statisticamente rilevanti (significatività statistica per valori di $p < 0,05$) sono durata dell'intervento, effettuazione di bypass cardiopolmonare e degenza in cardiocirurgia. Si avvicinano a tale limite anche le condizioni postoperatorie di ipoperfusione ($p=0,059$) e la trasfusione di sangue e/o emazie ($p=0,089$).

Discussione

Il fenomeno di infezione della ferita sternale è in linea con i risultati degli studi pubblicati in letteratura per quanto concerne l'incidenza, il principale microorganismo responsabile ed il tempo di comparsa. Oltre al maggior fabbisogno di assistenza infermieristica e di procedure aggiuntive (chirurgiche e non), la complicità infettiva è associata ad un prolungamento della durata del ricovero. Per ridurre gli effetti negativi che tale fenomeno ha, a livello assistenziale e sul benessere del paziente è necessario che l'attività infermieristica si svolga secondo un'ottica di prevenzione.

Bibliografia

- ✦ Kohli M, Yuan L, Escobar M, David T, Gillis G, Comm B, et al. A risk index for sternal surgical wound infection after cardiovascular surgery. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 2003;24:17-25.
- ✦ Hussey LC, Leeper B, Hynan LS. Development of the sternal wound infection prediction scale. *Heart Lung.* 1998;27:326-36.

9.30- 9.45

Risparmiare rinnovando...nuove proposte per un vecchio problema: interruzione anticipata della dialisi per coagulazione del circuito.

Simona Marangon, Angelo Nappo, Gianluca Leonardi, Vincenzo Cantaluppi, Giuseppe Paolo Segoloni

S.C. Nefrologia, Dialisi e Trapianto, Az. Osp. Univeritaria S. Giovanni Battista di Torino
simona.marangon@libero.it

Premesse

In area critica è frequente il ricorso a trattamenti emodialitici, eseguiti senza anticoagulazione sistemica nei casi ad elevato rischio di sanguinamento.

Scopi

Valutare l'impatto economico del trattamento emodialitico in area critica nel contesto di un grande ospedale, quantificando le risorse assorbite da trattamenti interrotti anticipatamente per coagulazione ematica nel circuito extracorporeo.

Materiale e metodi

Presso la nostra Azienda Ospedaliera le dialisi in area critica sono eseguite secondo metodica SHF (Slow Hemofiltration) bed side nelle aree di Terapia Intensiva. L'anticoagulazione è ottenuta tramite infusione in prediluizione della soluzione dialitica di scambio, associata o meno ad anticoagulanti sistemici. Abbiamo analizzato il periodo 1/1/2011- 30/6/2011.

Risultati

Monitorate 825 SHF in 117 pazienti distribuiti in 10 aree. Durata effettiva media: 10 ± 2 ore (min 2, max 16 ore). Disidratazione media per seduta: 1626 ± 804 cc (min 0, max 3500 cc), prediluizione media: $67 \pm 7\%$ (min 30, max 80%). Anticoagulazione con eparina a basso

peso molecolare: 289 casi (35.0%), eparina sodica continua: 147 casi (17.8%), eparina sodica iniziale: 18 casi (2.2%), dermatan solfato: 50 casi (6.1%). In 321 casi (38.9%) nessun anticoagulante sistemico. 131 trattamenti (15.9%) interrotti anticipatamente dopo 10±2 ore; nel 88.5% interruzione per coagulazione del circuito extracorporeo. Rimborso economico previsto per una SHF: 297euro. Sulla base di tali dati, nel nostro ospedale la spesa sanitaria per 6 mesi di trattamento emodialitico in area critica ammonta a 245.025 euro. Il 14.1% della spesa (34.452 euro) è assorbito da trattamenti emodialitici interrotti anticipatamente per coagulazione del circuito extracorporeo. Il 33% degli episodi di coagulazione avviene in pazienti privi di terapia anticoagulante.

Conclusioni

Il trattamento emodialitico in area critica richiede notevoli risorse economiche, ottimizzabili riducendo gli episodi di coagulazione nel circuito extracorporeo. Tale obiettivo potrebbe essere raggiunto con l'impiego di presidi innovativi quali filtri con membrane heparin coated o anticoagulazione loco-regionale con sodio citrato.

9.45- 10.00

Massaggio cardiaco manuale vs. massaggio cardiaco automatico: revisione della bibliografia.

Enrico Vallaperta, Verona

UO di Pronto Soccorso, Ospedale Civile Maggiore dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Integrata di Verona

enrico.vallaperta@ospedaleuniverona.it

Introduzione

Le linee guida ERC del 2010, ancora più delle precedenti emanate nel 2005, focalizzano l'attenzione sulla qualità delle manovre di rianimazione cardiopolmonare, in particolar modo sulle compressioni toraciche. I più recenti studi, infatti, evidenziano come vi sia un rapporto direttamente proporzionale tra ROSC e qualità del massaggio cardiaco.

Le stesse linee guida, inoltre, presentano il massaggio cardiaco automatico (RCP-A) come una tecnica alternativa alle compressioni manuali (RCP-M), evidenziando, nel contempo, come la RCP-A sia associata ad un probabile aumento della sopravvivenza a breve termine ed a un miglioramento del quadro emodinamico.

Obiettivo di questa revisione della letteratura è quello di individuare quale sia il metodo più efficace, tra massaggio cardiaco manuale ed automatico, per eseguire le compressioni toraciche durante una RCP.

Obiettivo

Valutare quale tecnica di massaggio cardiaco esterno è più efficace tra le compressioni toraciche automatiche e le compressioni toraciche manuali. L'efficacia viene valutata attraverso i seguenti parametri:

- ▲ qualità delle compressioni (perfusione cerebrale e cardiac output)
- ▲ traumi provocati al paziente (coste, sterno, organi parenchimali)
- ▲ outcome del paziente (ROSC, ospedalizzazione, dimissione)

Materiali e Metodi

Revisione della letteratura eseguita sui database: Pubmed, Cochrane, Cinahl, Medline

Periodo temporale considerato: 1991 - Maggio 2011

Parole chiave utilizzate: Cardiac Arrest, Injury, CPR, Mechanical chest compression, Active compression-decompression, Mechanical devices, Prognosis, Cardiac output, Cerebral blood flow

Risultati

Sono stati presi in considerazione 5 articoli considerati di buona qualità ed inerenti l'argomento trattato.

In particolare gli articoli esaminati sono rappresentati da una review (Cochrane), due studi prospettici (85 e 149 casi), uno studio descrittivo controllato (328 casi), uno studio sperimentale.

L'analisi della letteratura evidenzia come non ci siano sostanziali differenze tra le due metodologie di compressioni toraciche in termini di perfusione cerebrale e cardiac output. Anche per quel che riguarda i traumi provocati al paziente non ci sono evidenti differenze, così come relativamente all'outcome.

A fronte di non evidenti vantaggi in termini di efficacia del sistema di compressioni toraciche automatiche, risulta evidente come, questo device, permetta approccio più tranquillo al paziente in ACR, liberando un operatore dall'incombenza di eseguire manovre faticose e che sottraggono il personale alla gestione clinico assistenziale del paziente.

E' sicuramente necessario attendere i risultati di due importanti trial attualmente in corso per poter dare giudizi più precisi relativamente all'efficacia del sistema di CT automatiche vs. le CT manuali.

10.00-10.15

Implementazione di un bundle per la prevenzione della polmonite da ventilazione assistita in terapia intensiva: un cluster randomized pragmatic trial.

Rossella Rossetti*, S. Baratta**, R. Batistini**, S. Forni*, C. Francone**, E. Ginori**, E. Lumini**, M. Mandola**, A. Pieretti**, V. Tucci**, S. Rodella***

*Osservatorio Qualità ed Equità, ARS Toscana, Firenze,

**Gruppo infermieristico di coordinamento ARS-IPASVI,

***Agenzia sanitaria e sociale regionale, Regione Emilia Romagna

rossella.rossetti@asf.toscana.it

Introduzione

Nonostante i progressi nella terapia antibiotica e la diffusione delle strategie di prevenzione, la polmonite associata a ventilazione assistita (VAP, ventilator-associated pneumonia) resta ad oggi una importante causa di morbilità, mortalità, prolungamento della degenza e significativo incremento dei costi dell'assistenza in ospedale e in terapia intensiva (TI). Molte iniziative volte a ridurre l'incidenza della VAP si basano essenzialmente sulla promozione di bundle di interventi (un gruppo di poche e semplici procedure o comportamenti mirati per i quali esistano, o siano presunte, prove di efficacia quando vengano applicati contemporaneamente piuttosto che singolarmente) in un approccio a rete collaborativa.

Obiettivi

L'obiettivo di questo studio consiste nel valutare l'efficacia di un intervento di diffusione delle conoscenze e implementazione attiva volto ad aumentare il tasso di adesione a un bundle regionale per la prevenzione della VAP composto da 5 pratiche:

- a) a) Aspirazione continua sottoglottica delle secrezioni,
- b) b) Utilizzo della clorexidina per l'igiene orale,
- c) Posizione testa tronco tra 30° e 45°, se non controindicato
- d) Protocolli per la sedazione e accelerazione weaning,
- e) Broncoaspirazione con circuito chiuso.

10.15-10.30 Dibattito

Sala 5 Tecnologie per l'assistenza

Moderatore: Luca Peressoni, Marco Marseglia

10.45-11.00

Rischi connessi all'utilizzo dei sistemi infusionali a siringa (pompe siringa).

Riccardo Re, Alberto Lucchini

Terapia intensiva generale, Az. Osped. S.Gerardo, Monza / Università Milano-Bicocca

riccardo_re1@virgilio.it a.lucchini@hsgerardo.org

Introduzione

I moderni sistemi di infusione a siringa accettano materiale consumabile di diversi fornitori. La possibilità di utilizzo di siringhe non originali è possibile grazie ai sistemi di riconoscimento automatizzato delle pompe infusionali. In caso di prodotto non codificato o di errata impostazione della siringa, il paziente viene esposto ad un dosaggio non corretto del farmaco infuso.

Obiettivo

Valutare la reale somministrazione in pompa siringa con erronea dicitura della siringa utilizzata.

Materiali e metodi

I test sono stati eseguiti considerando due tipologie di siringhe, Fresenius Injectomat® e Braun Perfusion® abbinata ad una pompa infusionale Fresenius Injectomat Agilia®, su cui è stato rilevato sperimentalmente il reale tempo di infusione.

Risultati

Dalle prove svolte si è osservato che nel 83.4% dei test di infusione si verifica una discrepanza tra il volume impostato e il volume realmente infuso. Di questo insieme il 60% ha avuto un aumento del volume infuso del 10%, il 40% un incremento del 20%.

Conclusioni

Le percentuali di errore emerse sono tali per cui un'errata corrispondenza tra siringa e pompa infusionale comporta un quotidiano e misconosciuto alto rischio di errata somministrazione farmacologica. L'utilizzo di siringhe non originali, pur garantendo un risparmio di spesa può esporre il paziente ad erronee somministrazioni di farmaco. Il rapporto costo-beneficio di queste scelte deve essere opportunamente verificato non considerando solo l'aspetto economico.

11.00-11.15

Emofiltrazione continua e scoagulazione selettiva con citrato. Attenta gestione dell'infermiere per ovviare alla mancanza tecnologie alternative.

Davide Lastrucci, Andrea Carraretto, Alessio Paglialunga

Rianimazione Generale, Azienda Ospedaliera Universitaria di Siena

dlastru@interfree.it

Premessa

L'anticoagulazione regionale con citrato rappresenta un'efficace tecnica di anticoagulazione durante CVVH (continuous veno-venous hemofiltration) nei pazienti con rischio di sanguinamento o controindicazione all'uso di eparina¹. Tuttavia viste le possibili

implicazioni metaboliche (ipernatremia, alcalosi e ipocalcemia) la metodica viene ritenuta di difficile applicazione.

Scopi

Utilizzare l'anticoagulazione selettiva con citrato durante CVVH impiegando materiale facilmente reperibile in commercio.

Materiali e metodi

Nell' U.O. Complessa di Rianimazione Generale dell'A.O.U. Senese abbiamo trattato con CVVH e citrato, pazienti con insufficienza renale acuta a rischio di sanguinamento: pazienti che avevano subito interventi di chirurgia maggiore nelle 24 h precedenti o con sanguinamento in atto o con emorragie maggiori nelle ultime 48 h, APTT > 60s o piastrine < $60 \times 10^3 / \text{mm}^3$. Abbiamo utilizzato per la procedura un normale apparecchio per CRRT. Per l'infusione del citrato abbiamo utilizzato una normale pompa infusoria collegata all'ingresso del circuito di emofiltrazione. Abbiamo reintegrato il calcio chelato dal citrato infondendo calcio gluconato al di fuori del circuito.

Risultati e conclusioni

Abbiamo trattato complessivamente 5 pazienti che presentavano i criteri descritti precedentemente. La vita media del filtro è stata di $27,1 \pm 18,1$ ore. I valori medi di calcio si sono mantenuti nei ranges desiderati e la maggior parte degli interventi infermieristici sul trattamento sono concentrati nelle prime 12 ore.

In conclusione nonostante il piccolo numero di pazienti trattati possiamo dire che l'applicazione rigorosa del nostro protocollo ed il serrato monitoraggio da parte degli infermieri ha consentito un'adeguata anticoagulazione del circuito durante CVVH in pazienti a rischio di sanguinamento. Questo protocollo è facilmente applicabile perché prevede l'impiego di materiali normalmente presenti in rianimazione o in ospedale.

Bibliografia

- ⤴ Palsson R, Niles JL. Regional citrate anticoagulation in continuous venovenous hemofiltration in critically ill patients with a high risk of bleeding. *Kidney Int* 1999; 55: 1991-7.
- ⤴ Tan HK, Baldwin I, Bellomo R. Continuous veno-venous hemofiltration without anticoagulation in high-risk patients. *Intensive Care Med* 2000; 26: 1652-7

11.15-11.30

Dispositivo per incontinenza fecale nella gestione del paziente cardiocirurgico: aspetti clinici ed economici. Esperienze a confronto.

Elena Mogliotti, W. Cortassa, P. Mondino*, M. Gribaudo*

Cardiocirurgia Ospedale "S.Giovanni Battista-Molinette", Torino

* Rianimazione Cardiocirurgica Ospedale "SS Croce e Carle", Cuneo

elena.at@katamail.com

Premessa

La gestione dell'incontinenza fecale acuta (IFA) sta assumendo sempre più un ruolo fondamentale nella conduzione clinica ed infermieristica del paziente critico. Tra i problemi principali possiamo annoverare: Il mantenimento a regime della nutrizione enterale, la prevenzione ed il controllo delle ulcere da decubito, l'aumentato rischio nella mobilitazione di pazienti con devices extracorporei, l'aumento del carico di lavoro infermieristico. Tali problematiche se non gestite correttamente comportano un peggioramento dell'outcome ed un aggravio economico.

Scopi

Presentare l'esperienza di due terapie intensive cardiocirurgiche (Torino e Cuneo) sulla gestione dell'incontinenza fecale acuta nel paziente critico mediante l'uso di catetere fecale a lunga permanenza (Flexiseal®).

Materiali e metodi

Studio prospettico osservazionale su 60 pazienti (30 Torino, 30 Cuneo) in T.I cardiocirurgiche (gennaio 2010-giugno 2011).

Risultati

Ospedale di Torino: Il 47% dei soggetti è risultato portatore di un device (ECMO,VAD,Impella®), frequenza di scariche diarroiche 2,2 scariche/turno . Il 43% dei pazienti aveva ulcere da decubito, il 77% erano a rischio secondo Braden Scale con valori medi di $1,5 \pm 1,4$ che è migliorato nel 50% dei pazienti e non è peggiorato in nessun caso. I tempi di assistenza per la gestione dell'IFA prima dell'inserimento della sonda erano di $2,59 \pm 1,21$ ore. Nel 10% dei casi si sono avute lievi perdite e nel 7% casi di intolleranza. Complicazioni: un caso di sanguinamento rettale e due di ulcere anali. Il risparmio sui costi totali è stato di 26900 euro circa ed il risparmio di carico di lavoro dovuto alla gestione dell'IFA di 1980 ore.

Ospedale di Cuneo: Il dispositivo ha facilitato il mantenimento a regime dalla IV giornata della N.E. riducendo il ricorso alla nutrizione parenterale totale.

Conclusioni

L'uso di Flexiseal® permette:

- 1) di migliorare e/o mantenere l'integrità cutanea,
- 2) di ridurre tempi e costi di assistenza
- 3) un'adeguata terapia nutrizionale.

11.30-11.45

Ultrasound nursing: stato dell'arte dell'ecografia applicata alle procedure infermieristiche.

Guglielmo Imbriaco, Gaetano Tammaro

Terapia Intensiva – rianimazione – 118, ospedale Maggiore, Bologna

gu.imbriaco@inwind.it

L'assistenza in area critica è caratterizzata da un importante ricorso a dotazioni tecnologiche sempre più moderne: negli ultimi anni l'ecografia è diventata uno strumento utile ed efficace, tanto da essere raccomandato da diverse linee guida internazionali come ausilio per l'esecuzione di manovre invasive. La tecnica ecografica, grazie a vantaggi quali la rapidità, il basso costo e la non invasività, può rappresentare un valido supporto a numerose attività infermieristiche.

Obiettivo di questa relazione è descrivere le applicazioni dell'ultrasonografia alle procedure infermieristiche, con particolare riferimento all'area intensiva e all'emergenza-urgenza sanitaria, analizzando esperienze nazionali e internazionali.

L'utilizzo dell'ecografo può, in talune situazioni, essere risolutivo consentendo all'infermiere di "vedere" oltre la barriera rappresentata dalla cute, garantendo migliori risultati durante l'esecuzione delle procedure. L'incannulamento venoso ecoguidato, in particolare in pazienti con patrimonio vascolare "difficile", consente maggior successo, una ridotta percentuale di complicanze e un minor numero di tentativi con indubbio vantaggio per i pazienti. La tecnica ecografica consente inoltre di verificare con accuratezza il posizionamento di presidi quali cateteri vescicali e sonde naso e oro-gastriche.

L'infermiere può trovare ulteriori applicazioni dell'ultrasonografia durante l'esecuzione di manovre di rianimazione, all'interno di equipe di soccorso intra o extra-ospedaliero, e nello

svolgimento dell'attività di triage nei DEA, sulla base di specifici protocolli clinico-assistenziali.

L'ecografia rappresenta un valido esempio di tecnologia ad elevato impatto economico che può essere utilizzata dall'infermiere come ausilio durante procedure di routine o in situazioni difficili, garantendo allo stesso tempo una maggiore efficacia nell'esecuzione delle tecniche, un minor numero di tentativi e complicanze e una maggior sicurezza per i pazienti.

Bibliografia

- ⤴ National Institute for Clinical Excellence, Technology Appraisal Mo 49. Guidance on the use of ultrasound locating devices for placing central venous catheters, http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/Ultrasound_49_GUIDANCE.pdf (accessed June 14, 2011)
- ⤴ Walker E. Piloting a nurse-led ultrasound cannulation scheme. Br J Nurs. 2009 Jul 23-Aug 12;18(14):854, 856, 858-9

11.45-12.00

Il Metodo intracavitario ECG per il posizionamento e la verifica della punta dei PICC: risultati di uno studio preliminare.

Alessandro Mitidieri, Davide Celentano

Policlinico Universitario "A. Gemelli", Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma
alessandromitidieri@tiscali.it

Premessa

La verifica della corretta posizione della punta del catetere venoso centrale è di grande importanza dal momento che ogni malposizione si associa ad un alto rischio di trombosi venosa, malfunzionamento, erosione del vaso e altre complicanze.

Scopo

Valutare la fattibilità, la sicurezza e l'accuratezza del metodo ECG per il posizionamento in tempo reale della punta dei cateteri venosi centrali tipo PICC.

Materiali e Metodi

Il metodo ECG utilizza il catetere collegato ad un commutatore come elettrodo intracavitario dove l'elettrodo intracavitario è la colonna di liquido di soluzione fisiologica contenuta nel catetere. Il metodo si basa sul principio che avanzando il catetere lungo la vena cava superiore verso l'atrio destro si osservano variazioni prevedibili dell'ampiezza dell'onda P che riflettono la vicinanza dell'elettrodo intracavitario (la punta del catetere) al nodo seno-atriale.

Un totale di 36 cateteri venosi centrali PICC sono stati inseriti in UTIC in pazienti adulti. Sono stati esclusi i pazienti con onda P non visibile all'ECG standard di base. L'obiettivo è stato quello di posizionare la punta dei PICC a livello della giunzione cavo-atriale attraverso il metodo ECG. La posizione finale è stata controllata attraverso una radiografia del torace post-procedurale.

Risultati

Il metodo è stato fattibile in 34 pazienti. Non ci sono state complicanze potenzialmente correlate al metodo stesso. Al controllo radiografico finale 30 cateteri sono stati posizionati esattamente in giunzione cavo-atriale (target), 4 cateteri sono stati posizionati entro 1-2 cm dal target prefissato, nei 2 cateteri in cui non si è riusciti ad evidenziare variazioni morfologiche dell'onda P il catetere è risultato malposizionato.

Conclusioni

In conclusione il metodo ECG presenta chiari vantaggi in termini di precisione, economicità e fattibilità in condizioni in cui la radiografia di controllo può essere difficile o

costosa da ottenere. Il controllo intra-procedurale della punta permette di evitare i costi di riposizionamento del catetere a volte necessari dopo radiografia del torace evitando ripetute esposizioni radiologiche.

Il metodo è semplice, facile da imparare e da insegnare, non invasivo, facile da riprodurre, sicuro sia per l'operatore che per il paziente.

Bibliografia

- ♣ Pittiruti M, LaGreca A, Scoppettuolo G. The electrocardiographic method for positioning the tip of central venous catheters. Submitted to JVA
- ♣ Moureau N, Dennis GL, Ames E and Severe R. Electrocardiogram (EKG) Guided Peripherally Inserted Central Catheter Placement and Tip Position: Results of a Trial to Replace Radiological Confirmation. JAVA, 2010, 15 (1) : 9-15
- ♣ Gebhard RE, Szmuk P, Pivalizza EG, Melnikov V, Vogt C, Warters RD. The accuracy of electrocardiogram-controlled central line placement. Anesth Analg. 2007 Jan;104(1):65-70

12.00-12.15

Digit_T.I. ovvero infermieristica reloaded: stato dell'arte e prospettive della digitalizzazione nella professione infermieristica.

Mery Banfi, Bertini Silvia, Laura Tagliaferri, Genny Pachetti, Monica Cavallin

Azienda Usl 6 Livorno

mery_banfi@libero.it

Premessa

Nella società dell'informazione, le information and communication technologies [ICT] favoriscono la produttività e la e-democracy. Naturale è, quindi, l'evoluzione dell' health care e della Pubblica Amministrazione verso la digitalizzazione.

La e-health, infatti, non è solo "a technical development, but also a state-of-mind, a way of thinking, an attitude (...) to improve health care (...) by using information and communication technology".

"La vera sfida che accompagna la rivoluzione della sanità elettronica è innanzitutto quella culturale: i professionisti della salute, per trarre profitto dalle ICT, devono abbracciare una filosofia nuova". Le health information technologies [HIT] sono strumento di patient empowerment, favoriscono la condivisione e la trasparenza dell'informazione quindi anche la continuità assistenziale e il risk management; inoltre operano su standard rivelandosi efficace misuratore di qualità.

Negli Stati Uniti, nell'ambito del Nursing Informatics, si indaga da tempo sulle prospettive dell'impiego del database non solo come fondamento dei sistemi informativi ma anche, e soprattutto, in ottica di knowledge discover e supporto decisionale. L'infermiere del futuro che userà il computer non soffrirà la spersonalizzazione legata al carattere burocratico che oggi invece viene attribuito al lavoro alla tastiera.

Anche nel microcosmo sanitario il digital divide dipende da elementi come alfabetizzazione (informatica), età, sesso, ecc. Chi non ha familiarità con lo strumento, lo respinge ma i computer non sono totem anzi sono stupidi perché possono dare risposte senza facoltà di porsi problemi; tuttavia "una volta programmato e messo in funzione, si comporta in maniera perfettamente onesta". E' la competenza dell'utilizzatore che determina il valore tecnologico.

Scopi

Indagare il livello di innovazione digitale, lo stato di recepimento del piano di e-government, il consenso e le resistenze culturali della popolazione infermieristica di terapia (sub)intensiva partendo dalla realtà livornese.

Materiale e Metodi

Biblio/sitografia; questionario/intervista; foglio elettronico. Studio descrittivo e di relazione.

Risultati

Valutazione del tasso di innovazione digitale del target e dei potenziali margini di progresso personale e di struttura.

Conclusioni

Elaborazione di un progetto di condivisione delle conoscenze e sensibilizzazione.

Bibliografia

- ⤴ "What is e-health?" Eysenbach Gunther , J Med Internet Res 2001;3(2):e20
<http://www.jmir.org/2001/2/e20/> ultimo accesso 12/6/2011
- ⤴ Buccoliero L. E-health 2.0 Tecnologie per il patient empowerment. Mondo digitale; 4; 2010; 3:17
- ⤴ Asimov I. Il vento è cambiato. Mondadori, Milano, 1984

12.15- 12.30

Health Technology Assessment ed infermieristica: un binomio possibile?

Nicola Ramacciati*, Marco Zucconi°,

*Pronto Soccorso, Azienda Ospedaliera di Perugia

°Sicurezza e Risk Management, Dipartimento Professioni Sanitarie, Az. Osp. di Perugia

nicola.ramacciati@libero.it

Premessa

I sistemi sanitari dei Paesi ricchi, ma anche di quelli emergenti, si stanno confrontando con tre fondamentali questioni: i cambiamenti socio-demografici (legati alla transizione demografica, epidemiologia ed assistenziale), le forti aspettative degli utenti (consumerismo), il costante ingresso di nuove tecnologie. Questi fattori producono un costante aumento della domanda, che in un contesto di risorse limitate pone seri problemi di sostenibilità dell'intero sistema. L'Health Technology Assessment, - "complessiva e sistematica valutazione multidisciplinare delle conseguenze assistenziali, economiche, sociali ed etiche provocate in modo diretto e indiretto, nel breve e nel lungo periodo, dalle tecnologie sanitarie esistenti e da quelle di nuova introduzione" (Carta di Trento) - nasce proprio con l'obiettivo di supportare scientificamente le scelte in campo sanitario.

Scopo

Lo scopo del presente lavoro è quello di presentare brevemente la Valutazione delle Tecnologie Sanitarie (HTA) e di esplorare le possibili applicazioni di tale approccio in ambito infermieristico.

Materiali e metodi

Attraverso la ricerca nei data base PubMed, CINAHAL e HTA, vengono analizzati i più recenti lavori sulla valutazione delle tecnologie sanitarie in ambito infermieristico.

Risultati

Nella letteratura internazionale, pur non mancando numerosi esempi di valutazione dell'efficacia pratica degli interventi infermieristici, sono ancora pochi gli esempi di ricerca basata interamente sul processo HTA.

Conclusioni

L'infermieristica avanzata negli ultimi anni sta cercando di sviluppare una propria tassonomia rispetto alle diagnosi, risultati ed interventi infermieristici. La standardizzazione del linguaggio infermieristico agevererà sicuramente i lavori di ricerca sulla valutazione dell'impatto dell'infermieristica nei vari campi di azione. La multidisciplinarietà dell'approccio

HTA non potrà che agevolarsi dell'apporto degli infermieri nel team di valutazione delle tecnologie sanitarie.

Bibliografia

- ▲ Ricciardi W, La Torre G. Health Technology Assessment. SEEd.Torino, 2010,
- ▲ Cicchetto A, Marchetti M. Manuale di Health Tecchnology Assessment. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2010
- ▲

12.30-12.45

Un Sistema di telepresenza quale supporto all'home hospital curato da operatori sanitari: considerazioni e opportunità.

Psicologa Lorenza Tiberio*, Ing. Gabriella Cortellessa*, Ing. Andrea Orlandini, Angelo Barbato**, Gaetano Romigi***, Giovanna Scaringella****, Marcello Turno*****,

*Centro Nazionale Ricerche, Università "La Sapienza" di Roma

** Direzione Sanitaria ASL Roma A

***Formazione e Aggiornamento ASL Roma A

****Referente ASL Roma A di progetto europeo (LEAR)

*****Disabili adulti e anziani - IV Distretto ASL Roma A

lorenza.tiberio@istc.cnr.it

Premessa

Frazioni sempre maggiori della popolazione sono a rischio di perdita dell'autosufficienza a causa della concomitante presenza di patologie croniche. Questa emergenza demografico-epidemiologica accresce la necessità di una rete di servizi, tecnologie domotiche, telemedicina per l'assistenza, sostegno e sicurezza dell'anziano fragile e dei caregiver a domicilio. I sistemi di telepresenza sono un mezzo per la comunicazione a distanza, attraverso un sistema composto da interfacce locali e dispositivi remoti (computer, rete satellitare, sistemi remoti e piattaforme robotiche mobili). La combinazione di queste tecnologie permette l'invio virtuale di un operatore fornendo all'utente una sensazione della presenza effettiva.

Uno dei vantaggi della telepresenza come ausilio di assistenza è la possibilità di offrire un monitoraggio continuo di personale sanitario. L'utilizzo di questi sistemi per migliorare la qualità di vita rappresenta un'alternativa ancora relativamente nuova ma non assoluta. Molti paesi hanno avviato sperimentazioni su modelli di interazione sociale e monitoraggio per promuovere la massima autonomia della persona. Nell'ambito della ricerca sulla telepresenza anche l'ASL Roma A è partner europeo ad un progetto, che nasce in Svezia e vede la partecipazione di Spagna, Portogallo, Inghilterra, Slovenia e Italia.

Scopo

Lo studio intende valutare possibili usi ed applicazioni di una piattaforma robotica di telepresenza chiamata Giraff (www.giraff.org) da parte di operatori sanitari di differenti aree specialistiche.

Materiali e metodi

La ricerca prevede arruolamento di operatori sanitari che vengono edotti sul funzionamento del sistema Giraff, allo scopo di monitorare in tempo reale la patologia e le attività dell'utente a domicilio. A seguito del tutorial è stato condotto un focus group dal titolo "Utilizzo di Giraff in ambito sanitario"; i partecipanti hanno compilato un questionario in cui forniscono indicazioni sulle applicazioni possibili di Giraff, sui vantaggi e gli svantaggi del sistema, sul profilo di paziente più adatto a trarre vantaggio dall'ausilio di telepresenza.

Risultati attesi

A ricerca ancora in corso, una prima analisi dei dati indica il 65% dei partecipanti disposto ad utilizzare Giraff per addestrare il caregiver a piccoli compiti infermieristici e per un contatto costante. Nessuno si dichiara contrario all'utilizzo del robot. La possibilità del monitoraggio a domicilio è tra le applicazioni ritenute maggiormente utili (45%). Tra i vantaggi segnalata la mobilità della piattaforma, che permette di avere un maggior controllo sull'ambiente di vita dell'assistito. Le dimensioni, in particolare della base del robot, sono uno degli svantaggi più rilevanti riportati. La tipologia di paziente che potrebbe giovare maggiormente della presenza di Giraff è l'anziano e/o disabile parzialmente autosufficiente e cognitivamente integro.

Conclusioni

La ricerca è volta ad indagare la percezione e l'utilità da parte di operatori dell'efficacia della telepresenza come ausilio di supporto all'home hospital care e al contributo che la piattaforma robotica Giraff potrebbe dare alla professione dell'operatore sanitario. I primi dati suggeriscono un atteggiamento favorevole all'uso di Giraff in ambito sanitario; in generale la telepresenza può aiutare gli utenti, gli operatori e i familiari ad ottimizzare la gestione domiciliare. Tuttavia, la sua applicazione trova risvolti sociali e sanitari che debbono essere integrati. Inoltre lo sviluppo della tecnologia permette usi diversi la cui utilità, gradimento e costi sono tuttora in fase di studio anche a partire da questa sperimentazione.

12.45-13.00 Dibattito

Sala 6 Pediatria 1

Moderatore: Carmelina Stabile – Antonella D'Errico

8.30-8.45

Esperienza di formazione “Gestione delle cardiopatie congenite nel paziente pediatrico in Terapia Intensiva Cardiochirurgica Postoperatoria”.

Barbara Fonda, Fabiano Cassetta, M. Maritan, G. Pontoglio, M. A. Padalino

Terapia Intensiva Post Operatoria Cardiochirurgia, Cardiochirurgia Pediatrica, Azienda Ospedaliera di Padova

babi4x4@virgilio.it

Si è concluso corso di formazione per infermieri e per tecnici perfusori dal titolo “Gestione delle cardiopatie congenite nel paziente pediatrico in Tipo Cardiochirurgia”. Importanza del sapere, del saper essere e del saper fare nella quotidianità della nostra figura. Condivisione e coordinazione dell'operato dell'equipe come punto fondamentale della gestione del paziente pediatrico cardiochirurgico.

Obiettivi educativi del corso: 1) descrivere l'anatomia e la fisiologia dell'apparato cardiochirurgico pediatrico; 2) analizzare le principali cardiopatie congenite del paziente pediatrico; 3) individuare le modalità assistenziali infermieristiche; 4) trovare le soluzioni per la gestione della criticità assistenziali.

Come metodi educativi abbiamo utilizzato la presentazione e discussione di problemi e di casi didattici a grande gruppo e la lezione standard con dibattito tra discenti esperti guidato da un conduttore (docente).

Il materiale didattico utilizzato è stato dato una copia cartacea delle diapositive delle relazioni, coadiuvato da un nuovo strumento infermieristico cartaceo denominato “Vademecum infermieristico assistenza paziente pediatrico in Cardiochirurgia Tipo”.

Risultati:

- 1) uniformato e aggiornato le conoscenze rendendo più facili i flussi di informazione e di comunicazione tra equipe;
- 2) unito più menti collaboranti per la stesura del “Vademecum”, che porta a migliorare l’assistenza globale del piccolo paziente;
- 3) coinvolgimento di più figure professionali nel corso.

8.45-9.00

La valutazione del gradimento, dell’apprendimento e di impatto del corso di formazione “Gestione delle cardiopatie congenite nel paziente pediatrico – Tipo Cardiochirurgia”.

Barbara Fonda, Fabiano Cassetta, M. Maritan, G. Pontoglio, M. A. Padalino
Terapia Intensiva Post Operatoria Cardiochirurgia, Unita’ Operativa Autonoma di Cardiochirurgia Pediatrica, Azienda Ospedaliera di Padova
babi4x4@virgilio.it

Presso la Cardiochirurgia Pediatrica Terapia Intensiva Post Operatoria (TIPO) di Padova si è svolto il corso di formazione ECM “Gestione delle cardiopatie congenite nel paziente pediatrico – Tipo Cardiochirurgia” nell’anno 2009/2010. Sono state svolte 5 edizioni per infermieri e per tecnici perfusori, coinvolgendo 5 unità operative. A settembre 2010 la struttura interaziendale di formazione ci ha invitato ad una tavola rotonda “La formazione e la performance degli operatori: nuovi approcci metodologici” per portare la nostra esperienza, ma soprattutto per valutare l’impatto del corso sulla pratica clinica infermieristica.

Obiettivi

- 1) Misurare il conseguimento degli obiettivi del percorso formativo in termini di apprendimento a lungo termine;
- 2) Misurare l’impatto del corso di formazione in termini di modifica della pratica clinica a lungo termine;
- 3) Confrontare tutti questi dati per decidere i futuri eventi formativi di questa unità operativa e calibrarli sulle carenze.

Abbiamo implementato le nostre conoscenze sulla valutazione, sugli obiettivi, gli strumenti e le metodologie della stessa. Abbiamo analizzato le valutazioni del gradimento e dell’apprendimento di tutte e cinque le edizioni, le abbiamo paragonate tra loro per avere dei risultati complessivi. Successivamente ci siamo dedicati alla valutazione di impatto; abbiamo usato tre strumenti: 1. il test di fine corso; 2. un nuovo questionario solo sulla pratica clinica; 3. una griglia strutturata di valutazione per verificare la ricaduta del corso sulla pratica clinica in Cardiochirurgia TIPO. Gli strumenti sono stati somministrati a tutti i partecipanti del corso presso le unità operative, in forma anonima, per la griglia di valutazione abbiamo reclutato e istruito degli osservatori.

Il risultato più importante è stato la discussione e la condivisione di problematiche assistenziali comuni alle varie unità operative e la stesura di un “Vademecum pediatrico”. Interessanti sono state le valutazioni del gradimento e dell’apprendimento, ma soprattutto le valutazioni di impatto con degli indicatori di risultato:

- ⤴ conoscenza della teoria dopo un anno (test di fine corso);
- ⤴ conoscenza e applicazione delle procedure, linee guida e del “Vademecum” (secondo questionario sulla pratica clinica);

- ⤴ dalla griglia: applicazione positiva della procedura x, applicazione negativa della procedura x;
- ⤴ acquisizione nuove competenze;
- ⤴ applicazione nuove competenze;
- ⤴ soddisfazione corsale.

Il risultato che ci aspettavamo e che abbiamo trovato dalle varie valutazioni è stato che dopo un anno sia la teoria che la pratica (applicabilità delle procedure osservate) hanno avuto una percentuale oltre l'90% mediamente.

Conclusioni

- 1) La formazione ha un ruolo fondamentale nella generazione, sviluppo e mantenimento delle conoscenze delle capacità dei professionisti della sanità. Per questo noi speriamo che l'evento formativo sia stato capace di stimolare tutte le caratteristiche della professionalità del partecipante: a. il possesso di conoscenze teoriche aggiornate (il sapere); b. il possesso di abilità tecniche e/o manuali (il fare); c. il possesso di capacità comunicative e relazionali (l'essere).
- 2) Sempre più crescente è la consapevolezza del valore del capitale umano (conoscenze, specializzazione ed esperienza delle persone) rispetto al capitale fisico e all'importanza della formazione.
- 3) La verifica dell'efficacia e dell'efficienza dei risultati degli interventi formativi è necessaria a giustificare ulteriori investimenti e alla loro valorizzazione.

9.00-9.15

Progetto formativo sul campo per l'acquisizione di competenze avanzate in area intensiva pediatrica.

Adriana Micali, Debora Cesar, Fulvia Caenazzo, Roberta Boschetti, Beatrice Anselmi, Loredana Dittura

Rianimazione, IRCCS Burlo Garofolo

micali@burlo.trieste.it

Introduzione

Da molto tempo nel nostro Istituto si è sentita l'esigenza da parte di infermieri generalisti e/o neo assunti di ampliare e migliorare le competenze in area pediatrica intensiva. Le stesse richieste sono pervenute anche dai colleghi del territorio, che si trovano a prendere in carico bambini con malattie cronico degenerative e disabilità seguiti e dimessi dal nostro Istituto.

Gli ambiti di approfondimento non sono esattamente gli stessi per le due figure professionali, che operano in contesti diversi, anche se buona parte delle competenze richieste si dimostrano affini. L'esperienza dei colleghi della rianimazione, la loro specifica conoscenza soprattutto con pazienti disabili e malattie invalidanti, li rendono "esperti", capaci di trasmettere conoscenze, capacità e abilità operando sempre in un contesto reale. Da sempre i colleghi di unità intensive sono stati chiamati a contribuire con il loro sapere in varie situazioni, si tratta ora di organizzare questa esperienza e di renderla fruibile.

Scopo

Lo scopo è quello di creare un percorso formativo che garantisca l'acquisizione di competenze ed abilità pratiche avanzate che rispondano ai bisogni assistenziali di una tipologia specifica di pazienti presenti sul nostro territorio, con conseguente ricaduta sulla qualità assistenziale e in seguito anche quella economica.

Metodologia

Il percorso di formazione prevede un primo incontro con il tutor per l'analisi e discussione dei protocolli ed EBN riguardanti le practical skills, individuate nel progetto formativo e quelle richieste dal discente secondo necessità individuale.

Successivamente sono previste 36 ore di addestramento a letto del paziente, con discussione assieme al tutor dei casi clinici specifici. La correttezza delle procedure eseguite e dei colloqui sostenuti vengono valutate in itinere con una apposita check list, mentre alla fine dell'esperienza viene dato un giudizio generale sul raggiungimento degli obiettivi preposti.

Risultati attesi

- Consolidamento o acquisizione di nuove competenze comunicative, cliniche e abilità pratiche da parte del discente.
- Individuazione delle criticità riscontrate nel percorso stesso
- Riduzione del numero di infezioni e complicanze causate da carenze formative sull'uso di devices, gestione di medicazioni, tracheotomie, ventilazione non invasiva ecc.
- Minore probabilità di ripetuti ricoveri conseguenti ad una scorretta gestione del bambino critico dalla presa in carico alla fase riabilitativa.
- Il progetto prevede a fine dell'anno 2011 un'analisi, tramite indagine descrittiva, dei risultati raggiunti a lungo termine.

9.15-9.30

“BLS Pediatrico Mass-Training”: valutazione organizzativo-economica di un'alternativa credibile e sostenibile per la formazione di base ed il re-training in BLS pediatrico.

Daniele Gebelin, Massimo Iachellini, Giorgio Folgheraiter, Fabio Pederzini*

Trentino emergenza 118

*Neonatologia e terapia intensiva neonatale

daniele.gebelin@gmail.com

Introduzione

Il gruppo Istruttori BLS pediatrico IRC del Trentino ha partecipato per un anno ad uno studio randomizzato controllato (Progetto di Ricerca Sanitaria Finalizzata As. Salute e Pol. Soc. PAT bando 2009), che ha confrontato l'insegnamento BLS pediatrico tradizionale con quello di massa (mass-training) rivolto alla popolazione generale. Gli out-come di performance misurabili sono stati valutati (valutazione dell'istruttore con griglia di valutazione strutturata sec. IRC e indicatori di performance della ventilazione e della Rianimazione Cardiopolmonare Pediatrica con manichino Resusci Junior instrumentato elettronicamente) al termine dei corsi (skill performance) e dopo 6 mesi (skill-retention)

Obiettivo

Valutazione economica di confronto dei due metodi seguiti.

Materiali e Metodi

Analisi retrospettiva dei costi delle sessioni di corso condotte.

Conclusioni

Per il BLS-mass-training emergono interessanti prospettive di risparmio di tempo e di costi rispetto al corso tradizionale: formazione contemporanea di grandi numeri di allievi, con minor dispendio di tempo e con minor impiego di istruttori, a parità di “costo d'aula”.

Il costo aggiuntivo dell'acquisizione, per gli allievi, dei manichini “mini-Anne” individuali durante il corso e destinati al training domiciliare si ammortizza nel successivo loro utilizzo nei successivi re-training.

Nel re-training sembrano netti i vantaggi del mass-training rispetto al tradizionale: un'unica sessione di re-training per un maggior numero di persone (ciascuna con il proprio manichino individuale), con minor dispendio di tempo e con minor numero di istruttori coinvolti.

Il momento della valutazione della skill-retention ha evidenziato come si possa pensare ad affidare all'allievo (fornito di mini-Anne) la responsabilità della rielaborazione delle conoscenze ed abilità, facendo della valutazione il momento di feedback mirato alla definizione delle singole incertezze.

Bibliografia

- ✦ López-Herce J. et al. Characteristics and outcome of cardiorespiratory arrest in children. Resuscitation 2004; 63:311-320

9.30-9.45

Nidcap: Newborn Individualized Developmental Care And Assessment Program. Esperienza della TIN del Policlinico Umberto I°.

Flaminia Di Pietro, Antonina Ingrassia

Cardiochirurgia, Az. Ospedaliera S.Andrea, Università degli studi "La Sapienza" di Roma

antonina.ingrassia@uniroma1.it flaminiadipietro@yahoo.it

Introduzione

Il NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program) è un programma di valutazione e cura individualizzata per lo sviluppo del neonato. Tale metodo è stato sviluppato dalla psicologa americana Heidelise Als negli anni '80, ma qui in Italia solo di recente è stato introdotto. È un modello innovativo, che intende cambiare il modo di fornire assistenza ai neonati prematuri e alle loro famiglie all'interno di una terapia intensiva neonatale (TIN); si basa sul concetto che non è importante solamente assicurare la sopravvivenza dei prematuri, ma anche supportare e promuovere lo sviluppo salutare del neonato e incoraggiare la relazione genitore-bambino. Per questo il metodo NIDCAP si propone di fornire una cura individualizzata e appropriata, adattando l'ambiente fisico e sociale al bambino e alla sua famiglia. Il progetto coinvolge sia il personale che i dirigenti di una terapia intensiva neonatale, in quanto richiede dei cambiamenti non solo nel modo di lavorare, ma anche nella struttura del reparto, che deve rispondere non soltanto alle esigenze degli operatori che vi lavorano, ma anche e soprattutto a quelle del bambino e della sua famiglia.

Obiettivi

Lo scopo di questa indagine è quello di valutare se e quanto è conosciuto dal personale infermieristico, nonché il loro parere sui diversi aspetti di questo metodo e sulla possibilità di poterlo introdurre nell'unità operativa in cui lavorano.

Materiale e metodi

È stato somministrato un questionario con 16 domande a risposta multipla ai 25 componenti del personale infermieristico della terapia intensiva neonatale del Policlinico Umberto I° di Roma.

Risultati

Alle domande del questionario ha risposto l'80% degli infermieri. Fra questi, il 60% dichiara di non conoscere il metodo NIDCAP; per quanto riguarda la presenza costante dei genitori in reparto, l'80% ammette che influenzerebbe il loro modo di lavorare. Infine vi è una differenza significativa fra chi si dichiara disponibile a introdurre il NIDCAP come metodo di lavoro (75%) e chi lo ritiene possibile (50%). Rispetto alle donne, gli uomini hanno dato più risposte negative.

Conclusioni

Il NIDCAP non è ancora molto conosciuto dal personale infermieristico di questa unità operativa e alcuni aspetti di questo metodo, come la presenza costante dei genitori, non sono visti in maniera del tutto positiva. Allo stato attuale l'applicazione del NIDCAP in questo reparto incontrerebbe diversi ostacoli.

9.45-10.00

Miglioramento dell'outcome del paziente pediatrico e la sua ricaduta economica: Uno strumento per il riconoscimento precoce del peggioramento clinico.

Maria Cristina Rossi, Viviana Frigato, Liliana Vagliano
Ospedale Pediatrico "Regina Margherita-S.Anna", Torino
cristinar326@gmail.com

A livello mondiale negli ultimi anni si sta ponendo sempre più attenzione all'adeguata gestione di situazioni di emergenza clinica intraospedaliera. In quest'ottica si è sviluppata la metodologia RRS (Rapid Respons System), con strumenti di intercettazione del peggioramento clinico che in Italia non prendono in considerazione l'area pediatrica.

Gli episodi di ACC in età pediatrica sono eventi meno frequenti rispetto alla casistica del paziente adulto ma la mortalità ad essi correlata è elevata.

Nel soggetto di età pediatrica troviamo alcuni fattori che aumentano la difficoltà di gestione dell'episodio critico quali la rapidità dell'evoluzione del quadro clinico, la sintomatologia talvolta sfumata ed aspecifica, la costante presenza dei genitori che possono rappresentare talvolta un ostacolo nell'individuazione del peggioramento clinico.

Per contro le peculiarità pediatriche comportano dei vantaggi, poiché l'episodio di ACC è solitamente secondario e il decorso clinico repentino è direttamente proporzionale nei termini di risposta di trattamento.

Mettendo in atto opportune strategie di prevenzione è possibile garantire la tempestività degli interventi intercettando il peggioramento clinico.

Nell'Azienda Sanitaria OIRM-S. ANNA di Torino a tal fine è stato condotto uno studio adottando lo strumento PEWS (Pediatric Early Warning Score) offrendo così uno strumento di valutazione oggettivo e rapido, per aiutare il professionista sanitario nell'osservazione e nell'intercettazione del peggioramento clinico del bambino.

In una realtà in cui è fondamentale tenere in considerazione alcuni aspetti che sono rappresentati dalla centralità del paziente dove in relazione a eventi critici è necessario migliorarne l'outcome, ma in stretta relazione con una riduzione delle risorse umane assistenziali ed economiche.

Il sistema sperimentato nello studio pilota rappresenta un mezzo attraverso il quale concretizzare la prevenzione degli episodi di arresto cardiaco, fungendo da strumento facilitatore dell'assistenza infermieristica e riducendo i ricoveri impropri o tardivi in rianimazione ed i tempi di degenza in Unità intensiva con una notevole ricaduta economica.

SINTESI PRIMI RISULTATI DI STUDIO:

- Campione totale pazienti 1507
- Singole rilevazioni compiute 23740
- Rilevazioni con punteggio PEWS 0 – 94%
- Rilevazioni con punteggio PEWS < 0 – 6%
- Criterio di rilevanza: PEWS ≥ 3 - 38%
- Reparti arruolati: Osservazione Breve Intensiva, Pediatria d'Urgenza, C.T.C.S., Onco-Ematologia, Cardiologia-Cardiochirurgia

10.00-10.15

Data report sul paziente pediatrico in pronto soccorso: carichi di lavoro e percorsi clinico assistenziali dal triage all'esito.

Luciana Manieri, Sabrina Tellini, Lorenzo Baragatti

Dipartimento d'Emergenza, Ospedale di Nottola, Montepulciano, Siena

l.manieri@usl7.toscana.it

Premessa

L'attività di pronto soccorso a favore dei pazienti pediatrici rappresenta circa il 15% degli utenti che si presentano al triage. I pediatri dello stabilimento ospedaliero di Nottola spesso lamentano attivazioni in consulenza con scarsa appropriatezza e sulla totalità dei pazienti presentatisi al triage

Scopo

Raccogliere dati relativi agli accessi pediatrici ed elaborare percorsi specifici suddivisi per causa di accesso e codice colore attribuito al triage.

Materiali e Metodi

Lo studio è stato condotto presso un Pronto Soccorso Generale di 1° livello con circa 29 mila accessi/anno. Il Triage è stato effettuato secondo sistema GTT, basato su 5 codici colore, all'interno del quale vi è una sezione di triage pediatrico edita dall'ospedale Meyer che non prevede il codice azzurro, come nel sistema GTT. Gli infermieri sono tutti formati per eseguire triage secondo LG GTT. Su 25 infermieri assegnati 20 sono stati formati anche per il Triage pediatrico. Il periodo di osservazione è relativo all'intero anno 2010. E' stata realizzata una raccolta dati degli accessi pediatrici successivamente suddivisi per codice colore, numero di consulenze pediatriche richieste, flussi per giorno della settimana, esito di dimissione/ricovero.

Risultati e Conclusioni

L'analisi dei dati mostra che il per il 64% dei pazienti presentatisi in pronto soccorso la prestazione si è conclusa senza attivazione della consulenza pediatrica; il confronto con i pediatri ha smentito la loro percezione di essere attivati senza filtro preliminare. I dati raccolti hanno permesso l'elaborazione congiunta PS/Pediatria di percorsi ad hoc per il bambino in caso di: trauma cranico, febbre, dolore addominale. Lo studio prevede una revisione dei dati di accesso nel 2011 per verificare se i percorsi implementati hanno conferito maggiore appropriatezza alle consulenze e limitato i tempi di attesa.

10.15-10.30 Dibattito

Sala 6 Pediatria 2

Moderatore: Carmelina Stabile

10.45-11.00

Il case manager nel percorso, diagnostico, terapeutico, assistenziale del trauma cranio-encefalico (TCE) minore pediatrico.

Barbara Rettaroli, Stefania Campitelli, Fabrizio Puzzilli

Ospedale Sandro Pertini di Roma.

barbara.1982@live.it stefania.campitelli@aslromab.it

L'epidemiologia Nazionale (Ministero della Sanità) ed Internazionale (Pediatrics Nov. 2008 "Trends in hospitalizations associated with pediatric TBI; Bowman SM) rende noto che il

TCE pediatrico, rappresenta una delle cause più frequenti di accesso in Pronto Soccorso e di ospedalizzazione; dichiara inoltre, la predominanza dei TCE minori a fronte di quelli severi.

Il TCE minore pediatrico, pur non inducendo difficoltà nei sanitari da un punto di vista clinico, data la prognosi generalmente fausta, costituisce una delle maggiori criticità organizzative del Pronto Soccorso, in quanto non esistono attualmente delle comuni linee guida e l'approccio è lasciato per lo più al caso. Sulla base del modello organizzativo del Case Management, si vuole proporre un percorso diagnostico, terapeutico, assistenziale (PDTA) del TCE minore pediatrico, predisposto da un Infermiere Case Manager (ICM) di area critica, e condiviso con le altre figure professionali. Un'indagine effettuata sulle cartelle cliniche relative agli accessi in P.S. per TCE pediatrico, in un DEA di I livello Romano, ha reso possibile rilevare alcune criticità iniziali. A partire dalle criticità riscontrate e attraverso la revisione delle evidenze scientifiche è stato elaborato un PDTA, esplicitato in forma di algoritmo, che evidenzia le fasi assistenziali in cui deve essere incanalato un paziente pediatrico affetto da TCE minore, dall'accesso in P.S., fino alla dimissione. Il percorso inoltre, al fine di tutelare il paziente e i familiari anche dopo la dimissione, in vista dell'osservazione domiciliare, prevede la consegna di una brochure informativa ai caregivers e la proposta di attivazione di un call-center infermieristico attivo H 24. L'elaborato, in conclusione, si propone di sostenere che l'attuazione di un PDTA relativo al TCE minore pediatrico in P.S., può rivelarsi efficace sia da un punto di vista clinico e manageriale, in quanto permette di standardizzare l'assistenza e garantirne la continuità a tutela del paziente, sia da un punto di vista economico, in quanto favorisce la giusta allocazione delle risorse al fine di ottimizzare i costi ed evitare ripetizioni delle cure erogate.

11.00-11.15

Il grado di conoscenza da parte degli infermieri del baby massage applicato al neonato e al prematuro. Studio osservazionale.

Antonina Ingrassia, Beatrice Angelini, Kathia Angele Lopetuso, Silvia Guarnieri
Cardiochirurgia, Az. Ospedaliera S.Andrea, Università degli studi "La Sapienza", Roma
antonina.ingrassia@uniroma1.it

Introduzione

Il Baby massage nasce da un'antica tradizione orientale, che è stata riscoperta e si sta diffondendo nel mondo occidentale. Alcuni effetti benefici che il baby massage induce sui piccoli pazienti sono: migliora la relazione madre-bambino, diminuisce il dolore, favorisce lo sviluppo neurologico, stimola e regolarizza il sistema circolatorio, respiratorio, muscolare, immunitario e gastro-intestinale, permette un maggiore aumento di peso corporeo e una diminuzione del tempo di degenza ospedaliera nei neonati ospedalizzati, ecc. Nonostante ciò, questa tecnica è ancora poco conosciuta e poco applicata tra gli infermieri.

Obiettivi

Valutare il grado di conoscenza degli infermieri operanti in vari contesti culturali, circa gli effetti benefici del baby massage.

Strumenti

Si è utilizzato un questionario agli infermieri dei reparti di terapia intensiva neonatale dell'ospedale Mazzoni di Ascoli Piceno e del policlinico Umberto I di Roma e di pediatria dell'ospedale Mazzoni di Ascoli Piceno e dell'ospedale Madonna del Soccorso di San Benedetto del Tronto.

Conclusioni

Dallo studio è emersa una notevole differenza circa la conoscenza di questa tecnica nelle diverse unità operative, dovuta non tanto alle diverse realtà culturali in cui i reparti erano situati, quanto alla presenza di personale più o meno giovane e all'attuazione del massaggio nelle stesse unità operative. Dall'analisi dei dati dei questionari è infatti emerso che gli infermieri più giovani conoscono maggiormente il baby massage e i suoi effetti sui neonati, al contrario del personale più anziano. Inoltre, nella TIN dell'ospedale di Ascoli Piceno, quasi la totalità degli infermieri in servizio (più del 90%) conosce questa tecnica. Un simile risultato è certamente correlato all'organizzazione nello stesso reparto, di corsi di massaggio infantile per i genitori dei neonati in post dimissione

11.15-11.30

Il problema delle infezioni legate al catetere e alle terapie infusionali nel neonato in terapia intensiva.

Elena Boano, P. Manzoni, R. Guardione, A. Catarinella, C. Romano, D. Farina
Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale, Az. Osp. Ospedale Infantile "Regina Marcherita-S.Anna", Torino
elena.boano@hotmail.it

Introduzione

L'esistenza e la rilevanza della patologia settica ed infettiva in Neonatologia sono notevoli, ed appare chiaro come, anche nei paesi sviluppati, le infezioni siano il principale ostacolo alla viability dei neonati prematuri.

Il Neonato pretermine è un ospite particolare nel quale sussiste una fisiologica immunodeficienza legata alla prematurità, e che lo rende particolarmente a rischio di infezioni. Questa situazione di alto rischio tende a sfumare e scomparire con il passare delle settimane, nelle quali –in ragione della estrema prematurità- egli richiede un trattamento intensivistico e "aggressivo" quale quello praticato in una TIN (Terapia Intensiva Neonatale).

Uno dei principali "momenti assistenziali" a maggior rischio infettivo è il posizionamento, il mantenimento e la gestione dell'accesso venoso tramite catetere.

Obiettivi

Identificare le maggiori evidenze scientifiche in ambito neonatologico ed infettivologico per individuare quali siano le eccellenze nella gestione delle vie d'accesso infusionali.

Materiali e Metodi

Revisione della letteratura; parole chiave utilizzate: catheter, venous, infections, neonate

Risultati e Conclusioni

Dall'analisi della letteratura è emerso come una corretta gestione della via infusionale, la preparazione sterile delle terapie e l'utilizzo di ausili quali rubinetti a tre vie, dispositivi di connessione per vie venose senza ago "needleless connectors", filtri antibatterici etc, uniti al coinvolgimento e la collaborazione dello staff medico ed infermieristico abbattano notevolmente il peso delle infezioni legate al catetere con una conseguente riduzione della morbilità e mortalità dei pazienti.

11.30-11.45

L'utilizzo di "2-Octyl Cyanoacrylate" come adesivo cutaneo in cardiocirurgia pediatrica: valutazione dell'efficacia clinica e dei costi ospedalieri.

Chiara Sabiu, Elisa Barzon, Vladimiro L. Vida, Massimo A. Padalino, Giovanni Stellin
Cardiocirurgia Pediatrica e Cardiopatie Congenite, Dipartimento di Scienze Cardiache, Toraciche e Vascolari. Università degli Studi di Padova

Premessa

L'utilizzo di "2-octil-cianoacrilato" come adesivo cutaneo nelle ferite operatorie è stato riportato in vari studi di diverse discipline chirurgiche, ma non in cardiocirurgia pediatrica.

Scopo

Lo scopo di questo studio è quello di valutare l'efficacia clinica del 2-octil-cianoacrilato come adesivo cutaneo a livello di ferite sternotomiche e toracotomiche nella popolazione pediatrica e dei relativi costi ospedalieri.

Materiali e Metodi

Da Aprile 2010 a Dicembre 2010 sono stati arruolati in uno studio prospettico 150 pazienti divisi in tre gruppi:

gruppo 1: pazienti in cui il 2-octil-cianoacrilato cerotto era stato utilizzato al posto della sutura intradermica (n=50),

gruppo 2: pazienti in cui il 2-octil-cianoacrilato cerotto era stato utilizzato come barriera ("add on measure") oltre alla sutura intradermica riassorbibile (n=50),

gruppo 3: controllo (n=50) in cui le ferite venivano chiuse mediante una sutura intradermica non riassorbibile. Gli obiettivi dello studio includevano la valutazione dell'insorgenza di infezioni di ferita (superficiali/profonde) e deiscenze e la valutazione dei costi ospedalieri relativi alle tre metodiche analizzate.

Risultati

Non ci sono state infezioni a livello delle ferite chirurgiche. Ci sono state globalmente 9 deiscenze di ferita (6%); 7 nel gruppo 3 (14%). 2 nel gruppo 1 (4%) e nessuna nel gruppo 2 (p=0.01). Vi sono state 3 deiscenze superficiali e 6 profonde (4%) che hanno richiesto una revisione chirurgica (1 paziente nel gruppo 1, 2% e 5 nel gruppo 3, 10%, p=0.01). Un solo paziente è stato ri-ospedalizzato dopo la dimissione. Il costo medio ospedaliero (intra-operatorio e postoperatorio) per il trattamento delle ferite chirurgiche è stato più basso nel gruppo 1 e 2 (22.4 e 26 euro rispettivamente) rispetto al gruppo 3 (31.5 euro)(p=0.01) (escludendo i costi addizionali relativi al trattamento delle complicanze).

Il trattamento con Dermabond® ha garantito inoltre una barriera contro accidentali contaminazioni esterne che frequentemente si presentano nella popolazione pediatrica (rigurgiti, spandimenti di cibo durante i pasti ecc). Inoltre l'idrorepellenza del prodotto ha consentito di migliorare l'igiene del malato dalle prime giornate postoperatorie.

Conclusioni

L'utilizzo del 2-octil-cianoacrilato cerotto come "add-on measure" si è rivelato sicuro e garantisce il miglior rapporto costo-efficacia nel trattamento delle ferite chirurgiche nei pazienti pediatrici affetti da cardiopatie congenite.

Bibliografia

- ✦ Souza EC, Fitaroni RB, Januzelli DM, Macruz HMS, Camacho JCA. Use of 2-octyl cyanoacrylate for skin closure of sternal incisions in cardiac surgery: observations of microbial barrier effects. *Current Medical Research and Opinion* Vol. 24, No. 1, 2008, 151–155.
- ✦ Pachulski R, Sabbour H, Gupta R, et al. Cardiac device implant wound closure with 2-octylcyanoacrylate. *J Intervent Cardiol* 2005;18:185-7
- ✦ Silvestri A, Brandi C, Grimaldi L, et al. Octyl-2-cyanoacrylate adhesive for skin closure and prevention of infection in plastic surgery. *Aesthet Plast Surg* 2006;30:695-9

11.45-12.00

L'accesso intraosseo come alternativa possibile ed efficace nella gestione del paziente critico: revisione della letteratura.

Cristiano Cortello, Portogruaro, Venezia

byron73@teletu.it

Introduzione

Le linee guida ERC (European Resuscitation Council) del 2005 e quelle attuali del 2010, sostengono le evidenze scientifiche e l'efficacia dell'accesso intraosseo come valida alternativa a quello venoso, in particolare nella gestione del paziente pediatrico.

Obiettivi

La revisione della letteratura ha lo scopo di descrivere gli esiti dell'utilizzo dell'accesso intraosseo e di comparare i diversi metodi in uso.

Materiali e Metodi

La ricerca della letteratura è stata condotta nel database Mesh di Pubmed, nel mese di Luglio 2011, con le parole chiave "Intraosseous" [MeshTerms] AND "Infusion" [MeshTerms].

Le medesime sono state utilizzate anche per la ricerca in Google Scholar. Sono state selezionate 29 fonti su 63 complessive.

Risultati

L'accesso intraosseo è, e dovrà essere considerato, come alternativa possibile all'accesso venoso centrale e a quello periferico nel caso in cui non sia possibile reperirlo entro qualche minuto. Il metodo più efficace ed efficiente suggerito, è EZ-IO. È dimostrato che la somministrazione endotracheale di farmaci, non garantisce il picco plasmatico terapeutico e abbisogna iniettare, almeno dieci volte tanto, il quantitativo di farmaco che si somministrerebbe per via venosa.

Conclusioni

Le raccomandazioni basate sulle evidenze pubblicate fino ad oggi, esortano l'utilizzo dell'accesso intraosseo nella gestione delle criticità, in mancanza di un accesso venoso reperito con tempestività. L'intraossea è a tutti gli effetti, comparabile ad un accesso venoso centrale attraverso il quale si possono infondere cristalloidi, colloidi, emoderivati, farmaci ed eseguire prelievi per controlli laboratoristici. Gli studi retrospettivi dichiarano i benefici per il paziente e per il team sanitario.

Parole chiave

Intraossea, emergenza, assistenza, infusione.

12.00-12.15

Il responsabile infermieristico di area trasversale nel progetto NOB: nuovo ospedale dei bambini nell'azienda ospedaliera universitaria di Parma, la sfida per il futuro.

Maria Pia Bonconti, Carlo Lazzari

Azienda Ospedaliera Universitaria Parma

mbonconti@ao.pr.it

Introduzione

Nell'ambito della progettazione/costruzione del Nuovo Ospedale dei Bambini è stata istituita una "commissione strategica" con compiti logistico/organizzativi, definizione di nuove linee strategiche di programmazione, organizzazione, gestione assistenziale, al fine di rendere immediatamente operativa la struttura all'atto della sua apertura. Tra gli altri componenti dell'alta direzione è stata inserita la figura del Responsabile infermieristico

Area Trasversale di Progetto Nuovo Ospedale dei Bambini Servizio Assistenziale. Il nuovo ospedale del bambino rappresenta per l'azienda Ospedaliero Universitaria di Parma un momento di profonda innovazione con la scelta del "Modello per Intensità di Cure" applicato all'interno dell'ambito pediatrico, ponendo in tal modo l'accento sulla centralità del bambino e dei suoi famigliari, nel processo di cura ed assistenza

Scopo

Progettare e pianificare il modello organizzativo ed assistenziale da implementare nel nuovo ospedale dei bambini (NOB), facendo in modo che siano i professionisti a "muoversi" in base alle diverse esigenze di cura e di assistenza dei pazienti adottando contemporaneamente strumenti innovativi che facilitino tale processo.

Obiettivo

Definire nuovi modelli organizzativi in collaborazione con i diversi professionisti coinvolti, orientare i processi sulla base di strategie di razionalizzazione delle risorse, promuove le azioni di addestramento e formazione sul personale coinvolto nel progetto.

Funzione del Responsabile infermieristico Area Trasversale di Progetto Nuovo Ospedale dei Bambini.

Il Responsabile infermieristico Area Trasversale partecipa di diritto al gruppo strategico che definisce le linee di programmazione, organizzazione e gestione assistenziale, funzione logistica del nuovo ospedale. Collabora alla definizione del budget da stanziare per la struttura, per l'acquisizione delle tecnologie e degli arredi e in accordo con il Direttore del Servizio Assistenziale definisce la dotazione organica in base all'offerta assistenziale e ai nuovi modelli organizzativi. Mantiene il coordinamento del personale dedicato ai gruppi di lavoro preposti all'analisi, produzione e sperimentazione degli strumenti operativi (cartella clinica integrata, foglio unico di terapia ecc.). Promuove le relazioni con altre strutture pediatriche extraospedaliere allo scopo di favorire collegamenti importanti con le strutture territoriali, ma, anche allo scopo di favorire la continuità assistenziale, individua aree di integrazione con altre unità operativa aziendali e predisponendo modelli organizzativi ad-hoc. Partecipa alla definizione delle planimetrie, degli spazi e delle tecnologie in sinergia con gli ambiti tecnici e i professionisti . i pazienti e i parenti stessi che "animeranno" il NOB.

Conclusioni

Il Responsabile infermieristico Area Trasversale di Progetto, è la figura centrale di coordinamento attraverso il quale raggiungere la nuova organizzazione del NOB.

12.30-12.45

La rianimazione aperta: l'esperienza dell'IRCCS Burlo Garofalo di Trieste.

Adriana Micali, Debora Cesar

Rianimazione Pediatrica, Ospedale Pediatrico "Burlo Garofolo", Trieste

micali@burlo.trieste.it

Introduzione

Il presente lavoro porta la narrazione e l'analisi delle motivazioni che hanno spinto all'apertura 24 ore al giorno della Terapia Intensiva Pediatrica dell'Istituto Burlo Garofolo

Materiali e Metodi

Dopo l'apertura della rianimazione nelle 24 ore e successivamente ad una condivisione delle regole di comportamento durante le visite, sono state raccolte, tramite una semplice indagine descrittiva, le esperienze dei bambini ed i loro rispettivi genitori.

Conclusioni

In base alle testimonianze riportate e l'opinione dei colleghi tutt'oggi si continua a mantenere l'apertura della rianimazione ai famigliari con un ruolo di caregiver. In un'ottica

di assistenza centrata sulla famiglia e nella convinzione che questo porti ad una miglior qualità assistenziale si auspica che in futuro vi sarà una sempre maggior adesione a questa scelta.

Bibliografia

- ▲ Smith T, Conant Rees HL. Making family-centered care a reality. *Semin Nurse Manag.* 2000;8:136-42
- ▲ Molina RC, Fonseca EL, Waidman MA, Marcon SS. The family's perception of its presence at the pediatric and neonatal intensive care unit] *Rev Esc Enferm USP.* 2009 Sep;43(3):630-8.
- ▲ Giannini A, Miccinesi G. Parental presence and visiting policies in Italian pediatric intensive care units: a national survey. *Pediatr Crit Care Med* 2011 Mar;12(2):236-7

12:45-13:00 Dibattito

17 Novembre 2011 Pomeriggio

Ore 14.00-20.00 Eventi paralleli con preiscrizione

20:00-21.00 Assemblea dei soci Aniarti

18 Novembre 2011 Mattino

Sessione 5; Ore 8.30-12.30

Moderatore: Elio Drigo – Antonella D'Errico

8.30-9.10

30 anni di presenza Aniarti. La valenza anche economica di un'attività culturale.

Silvia Scelsi

Vicepresidente Aniarti

Esposizione sistematica degli elementi fondamentali di una libera organizzazione infermieristica per la loro valenza di fattori che incidono sugli aspetti economici – in senso estensivo - del sistema per la salute, con particolare riferimento all'assistenza in area critica

Relazione-video con micro-interviste sull'effetto di 30 anni di Aniarti in un concetto di "economia" ricco e non solo in termini monetari, che ribadisce l'importanza di recuperare un'idea nobile di economia

9.10-10.00

Tra efficienza ed equità questioni di finanza sanitaria.

Enza Caruso
Facoltà di Scienze Politiche, Università di Perugia

Oggi il contenimento della spesa entro i limiti imposti dalle esigenze di finanza pubblica è una dichiarata esigenza di tutti i sistemi sanitari: il controllo del budget e le relazioni che sussistono tra questioni di equità nell'accesso ai servizi e di efficienza nell'offerta dei servizi sanitari sono divenuti temi di centrale importanza che nella gran parte dei paesi del vecchio continente hanno contribuito ad inaugurare una nuova stagione di ri-accentramento della governance dei sistemi sanitari. La salvaguardia del carattere pubblico e nazionale del nostro SSN richiede però oggi di affiancare alla (necessaria) disciplina di bilancio una più incisiva e altrettanto necessaria programmazione nazionale delle cure che ripristini condizioni di convergenza verso una concreta uguaglianza di accesso e utilizzo della rete dei servizi a garanzia dei diritti di cittadinanza in tutto il territorio nazionale.

10.00-10.40

Assistenza Infermieristica come fattore economico: costo per i bilanci, fattore determinante per la qualità di vita ed anche apporto culturale alla comunità.

Maura Lusignani
Università di Milano

Descrivere i contesti e gli ambiti specifici di intervento dell'assistenza infermieristica all'interno del sistema per la salute.

Indicare la porzione di attività dell'assistenza infermieristica all'interno del sistema per la salute, cercando di identificare (o almeno ipotizzare) anche l'apporto "non economico strettamente inteso" ma di "benessere complessivo" garantito dall'intervento assistenziale. Indicare dati sul costo relativo dell'assistenza infermieristica per il sistema paese.

Indicare l'apporto specifico dell'assistenza per la salvaguardia ed il recupero della salute nel sistema paese.

10.40- 11.20

La responsabilità degli operatori per il ri-orientamento della concezione del sistema del welfare da spesa a investimento di risorse.

Bruno Cavaliere
Dipartimento Professioni Sanitarie, Azienda Ospedaliero Universitaria San Martino, Genova

Indicare alcuni esempi di sostanziale disinformazione dei cittadini rispetto alla consistenza e dimensione dei problemi determinati dalla malattia e/o dalla compromissione della salute.

Indicare gli elementi che rendono gli operatori sanitari i soggetti maggiormente informati/esperti rispetto alla conoscenza della dimensione e della profondità dei problemi determinati dalla malattia e/o dalla compromissione della salute.

Richiamare gli elementi che qualificano il welfare state come sistema equo e complessivamente economico in termini sia di risorse x prodotto e sia per qualità di vita garantita globalmente intesa; sistema quindi da salvaguardare rispetto a sistemi che puntano ad attribuire al solo singolo individuo la responsabilità della scelta del sistema di protezione della propria salute.

Fornire indicazioni su alcune azioni che gli operatori dovrebbero, in quanto massimi esperti di specifici problemi, realizzare in maniera sistematica per favorire una rapida acquisizione di consapevolezza da parte dei cittadini, degli amministratori e dei politici,

rispetto alla consistenza, alla dimensione ed alla profondità dei problemi determinati dalla malattia e/o dalla compromissione della salute.

11.20- 12.00

Documento Aniarti per una interpretazione equilibrata del significato dell'economia e dell'utilizzo delle risorse in relazione all'assistenza infermieristica.

Fabrizio Moggia

Presidente Aniarti

Presentazione del risultato della riflessione interna all'associazione;

Finalizzare i contenuti all'orientamento dell'elaborazione autonoma diffusa fra gli infermieri di area critica e non solo;

Favorire comportamenti virtuosi sul corretto ed ecologico utilizzo delle risorse (materiali, scientifiche e professionali) anche nell'ambito dei processi operativi sanitari.

12.00- 12.30 Dibattito

Chiusura del Congresso

