

31° Congresso Nazionale Aniarti
Riva del Garda – 14-16 novembre 2012

Infermieri e qualità di vita in area critica

Competenza, tecnologia, procedure, efficienza, risorse, relazioni, politica, diritti, etica, utopia.

(Evento accreditato ECM 352-45921 Crediti 7,5 per Infermieri, Infermieri Pediatrici, Fisioterapisti e Medici)

Obiettivi del congresso:

- presentare le principali trasformazioni generali nella realtà contemporanea e la loro incidenza sulla qualità della vita delle persone;
- esaminare i livelli di qualità di vita possibili e quelli garantiti alle persone in criticità vitale e/o nel fine-vita e la qualità di vita degli operatori della salute coinvolti nell'assistenza nelle situazioni estreme;
- esporre le ultime linee guida, esempi di ricerche, esperienze, pratiche assistenziali, tecnologie per l'assistenza, che favoriscono il miglioramento della qualità di vita nei contesti di area critica;
- proporre riflessioni sulla oggettiva responsabilità dei professionisti nel contribuire a scelte della società e della politica, attente alla qualità delle vite compromesse.

PROGRAMMA

14 novembre 2012 - Pomeriggio - Sala Rossa

13.45-14.00 Saluto delle Autorità <i>Ugo Rossi</i> , assessore alla Salute e alle Politiche Sociali della Provincia Autonoma di Trento <i>Luisa Zappini</i> , Presidente Collegio IPASVI di Trento	15:00-15:30 Urge un cambiamento profondo: perché? <i>Gianluca Favero</i> , Firenze	<i>situazioni di criticità: aspetti positivi e negativi, scoperte e riflessioni, proposte per vivere tutti meglio.</i>
Sessione Introductiva Moderatore: Elio Drigo	15:30-16:00 Il sistema per la salute e lo stato dell'arte sulla qualità della vita in area critica. <i>Paolo Cornaglia-Ferraris</i> , Genova	Moderatore: Silvia Scelsi/Maria Benetton
14:00-14:30 Perché parlare di qualità di vita oggi. <i>Fabrizio Moggia</i> , Presidente Aniarti	16:00-16:30 Cos'è qualità di vita oggi in sanità e in area critica? Gli infermieri per la qualità di vita. <i>Massimo Solaro</i> , Firenze	17:00-17.25 Esperienze di malati/parenti. <i>Tiziana Ambrosini. Germano Penati</i> , Locarno
14:30-15:00 Il contesto della crisi contemporanea: origini, ricadute generali, rischi per il nostro sistema sanitario e per la qualità di vita delle persone. <i>Vincenzo Comito</i> . Urbino	16.30-17:00 Dibattito	17:25- 17.50 La presenza dei familiari in area critica. <i>Massimo Monti</i> , Bologna
	17:00-18:30 Sessione "Imparare dalle esperienze" <i>La qualità di varie vite nelle</i>	17:50- 18:15 Esperienze di infermieri: survey Aniarti sulle ostilità laterali. <i>Stefano Bambi</i> , Firenze
		18:15-18:30 Dibattito

15 novembre 2012 - Mattino - Sala Rossa

Assistenza di qualità I

Moderatore: Alberto Lucchini/
Walter Favero

9:00-9:15

Gli infermieri di terapia intensiva e le loro conoscenze delle linee guida sull'aspirazione tracheobronchiale: analisi multicentrica

Roberta Ranzani, Alessandra Negro, Milano

9:15-9:30

CPAP con scafandro nei pazienti postoperati cardiocirurgici. Confronto tra pazienti trattati e storico pazienti non trattati.

Claudia Barletta, Alice Annoni, Monza

9:30-9:45

Analisi della criticità percepita dalla persona sottoposta a NIV. Definizione di correttivi mirati per migliorare l'efficacia del trattamento e la qualità delle prestazioni erogate.

Chiara Marta, Onorina Passeri, Milano

9:45-10:00

Correlazione tra nursing activity score (NAS) e indici di gravità clinica nella valutazione della

qualità assistenziale dei pazienti politraumatizzati ricoverati in Terapia Intensiva.

Alessandro Genovese, Udine

10:00-10:15

Uno strumento per la valutazione della qualità della vita e del carico assistenziale in terapia intensiva cardichirurgica: il "CRPO score".

Stefania Paudice, Milano

10:15-10:30

Analgo-sedazione e delirium in terapia intensiva: studio quantitativo analitico retrospettivo, aderenza al protocollo interno terapia intensiva generale IRCCS San Raffaele.

Michela Melis, Milano

10:30-10:45 Dibattito

10:45-11:00 Coffee Break

Assistenza di qualità II

Moderatore: Luca Peressoni/
Sofia Bellan

11.00-11.15

Monitoraggio dell'indice bispettrale per ridurre il disagio e l'awareness durante le cure igieniche nella persona sedata.

Stefano Elli, Monza

11:15 -11:30

Follow-up dei pazienti ricoverati in una terapia intensiva generale ad un anno dalla dimissione.

Alberto Lucchini, Monza

11.30 -11:45

Impatto psicologico e comportamentale dopo ricovero in terapia intensiva: il valore di un servizio di follow up post-intensivo.

Monica Trevisan, Firenze

11:45 -12.00

Livelli di ansia-depressione all'ingresso e dopo 72 ore, in pazienti ricoverati in UTIC per sindrome coronaria acuta.

Raffaele Piccari, Roma

12:00- 12.15

Il defibrillatore cardiaco impiantabile (ICD): aspetti psicologici ed assistenza infermieristica.

Diego Cavallin, Treviso

12.15-12.30 Dibattito

12.30- 14.30 Lunch time

15 novembre 2012 - Mattino - Sala Verde

Continuità ed integrazione per la qualità di vita

Moderatore. Elio Drigo/Stefano Sebastiani

9.00-9.15

Rianimazione a domicilio: la nostra realtà.

Giuliano Chiappini, S. Benedetto del Tronto

10.00-10.15

Studio osservazionale sulla cultura professionale di infermieri e medici rispetto al fine vita presso alcune U.O. di rianimazione e terapia intensiva italiane
Flavia Pegoraro, Milano

10.15- 10.45 Dibattito

9.15-9:30

Dimissione protetta del paziente portatore di tracheostomia e PEG.

Elisabetta Cemmi, Lecco

10.45-11.00 Coffee Break

TI aperte per una vita di qualità

Moderatore: Elio Drigo/ Walter Favero

9.30-9.45

Ventilazione meccanica domiciliare. Un'ipotesi di progetto per la continuità assistenziale.

Roberto Vacchi, Bologna

11.00-11.15

Rianimazione aperta: una revisione della letteratura alla ricerca delle migliori prove di efficacia rispetto alla necessità di aprire le terapie intensive.

Damiano Cantù, Melegnano

9.45-10.00

Educazione terapeutica e continuità assistenziale in pronto soccorso.

Milena Consorte, Bologna

11:15-11:30

L'ospedale che accoglie: l'apertura dell'area di cura intensiva.

L'esperienza dell'azienda Ospedaliera di Perugia.

Rosita Morcellini, Perugia

11.30-11:45

Umanizzazione delle cure: percepito degli operatori sugli effetti di una politica di visita aperta in medicina d'urgenza.

Andrea Rossi, Torino

11:45-12.00

Indagine sugli elementi fondanti il rapporto di fiducia nell'impatto iniziale tra infermieri e familiari nella T.I. aperta.

Emanuela Biagini, Torino

12:00-12.15

Prepariamoci ad aprire le terapie intensive: il progetto Aniarti.

Silvia Scelsi, Roma

12.15-12.30 Dibattito

12.30- 14.30 Lunch time

15 novembre 2012 - Mattino - Sala Bianca

Bambini e qualità di vita

Moderatore. Maria Benetton/Giandomenico Giusti

9.00-9.15

Il "tessuto" della comunicazione in terapia intensiva: la ricostruzione dell'identità del piccolo paziente e l'interazione con la famiglia.

Elisa Barzon, Padova

Anna Maria Battaglia, Milano

9.45-10.00

Genitori e operatori insieme per una migliore qualità di vita.

Sabrina Iacuzzi, Udine

10.00-10.15

Qualità della vita in terapia intensiva neonatale.

Federica Moro, Udine

9.15-9:30

Applicazione della Pet Therapy in terapia intensiva pediatrica.

Valentina Acerboni, Milano

10:15-10:45 Dibattito

10:45-11:00 Coffee Break

....Prepararsi al meglio

Moderatore: Stefano Sebastiani/Maria Benetton

9.30-9.45

Cure palliative pediatriche: in ospedale come a casa, a casa come in ospedale.

11.00-11.15

Nuovi sistemi di feedback in tempo reale per una rianimazione cardiopolmonare di qualità.

Guglielmo Imbriaco, Bologna

11:15-11:30

La valutazione delle competenze dell'infermiere in terapia intensiva.

Luca Innocenti, Firenze

11.30-11:45

Dalla simulazione alla realtà.

Riduzione dei rischi di una procedura complessa: il

trasporto extraospedaliero del

paziente con supporto extra-corporeo (ECMO). L'esperienza della terapia intensiva cardio-vascolare di Cuneo.

Andrea Maccario, Cuneo

Sabrina Tellini, Siena

tica e della bioetica: un'esperienza al III anno del corso di laurea.

Daide Bove, Roma

11:45 -12.00

12:00- 12.15

12.15-12.30 Dibattito

Qualità in triage ospedaliero: alla ricerca dell'appropriatezza; esperienza del gruppo formatori di triage Toscano.

Il laboratorio di infermieristica narrativa nell'insegnamento dell'infermieristica in area cri-

12.30- 14.30 Lunch time

15 novembre 2012 - Mattino - Sala Gialla

Lavorare e vivere cercando la qualità

Moderatore: Gianluca Diletto/ Luca Peressoni

9.00-9.15

Vivere con un LVAD.

Daide Zanardo, Udine

9.15-9.30

Studio osservazionale trasversale della sindrome del burnout nel personale di assistenza nelle unità operative di anestesia e rianimazione adulti.

Luana Gattafoni, Bologna

9.30-9.45

Qualità di vita e benessere psico fisico del personale operante nel servizio di emergenza- urgenza del Alto Adige.

Michele La Notte, Bolzano

9.45-10.00

Qualità di vita degli infermieri e stabilità organizzativa: indagine esplorativa trasversale nel

dipartimento emergenze e terapie intensive dell'Azienda Ospedaliero Universitario Integrata di Verona

Stefano Bernardelli, Verona

10.00-10.15

Indagine conoscitiva sul vissuto dei parenti di persone sottoposte ad intervento cardiocirurgico durante l'attesa di informazioni sull'esito dell'intervento.

Mirko Aletta, Bologna

10.15-10.45 Dibattito

10:45-11:00 Coffee Break

Qualità di vita in emergenza

Moderatore: Giandomenico Giusti/ Federica Piergentili

11.00-11.15

L'ipotermia terapeutica dopo arresto cardio-circolatorio: dalla gestione preospedaliera alla gestione in terapia intensiva

Gianluca Diletto, Milano

11.15-11.30

Cerebropatia vascolare acuta: aspetti qualitativi dell'assistenza infermieristica nella fase extra ospedaliera.

Consuelo Pavani, Rovigo

11.30-11.45

Il trattamento precoce del dolore acuto in pronto soccorso.

Fabrizio Moggia, Bologna

11.45-12.00

Valutazione di qualità del processo di triage.

Alfredo Nastri, Serena Battista, Milano

12.00-12.15

Un pronto soccorso organizzato per intensità di cure: il modello Parma.

Walter Rossi, Parma

12.15-12.30 Dibattito

12.30- 14.30 Lunch time

15 novembre 2012 - Lunch time 12:30- 14:30 - Sala Bianca

Comunicazioni libere

Miscellanea su qualità di vita in area critica

Mostra scientifica

Presentazione poster

Mini eventi / dimostrazioni gestiti dalle Aziende

15 novembre 2012 - Pomeriggio - Sala Rossa

14.30-16.30 Sessione speciale 1	Evoluzione dell'esperienza umana e possibili percorsi condivisi sul fine-vita nell'era tecnologica. <i>Gabriella Caramore, Roma</i>	<i>Sara Salvigni, Cesena</i> 17:15-17:25 Ventilare con meno infezioni: fatto! <i>Matteo Manici, Parma</i>
Moderatore: Fabrizio Moggia/Elio Drigo	16:10-16:30 Dibattito 16.30-16:45 Coffe break	17:25-17:35 Per migliorare la respirazione si "raccomanda" la broncoaspirazione. <i>Alberto Lucchini, Monza</i>
14:30-14:50 La quotidianità degli infermieri con il fine-vita. <i>Giandomenico Giusti, Perugia</i>	16.45-18.15 Sessione Speciale 2 Linee guida internazionali per l'area critica: le ultime novità per il 2012 Moderatore: Giovanni Becattini/ Maria Benetton	17:35-17:45 Capnometria e capnografia: cavalcare l'onda ...per un monitoraggio più accurato. <i>Enrico Lumini, Firenze</i>
14:50-15:10 La comunità professionale infermieristica e il fine-vita. <i>Anna Maria Marzi, Reggio Emilia</i>	16:45-16:55 Linee guida, dalla letteratura scientifica alla pratica clinica. <i>Elisa Mattiussi, Udine</i>	17:45-17:55 La gestione delle infusioni in linea con la letteratura. <i>Stefania Vanini, Monza</i>
15:10-15:30 Medici e infermieri di fronte al fine-vita: è tempo di sinergie nuove. <i>Davide Mazzon, Belluno</i>	16:55-17:05 Rianimazione Cardio Polmonare: le più note davvero? <i>Silvia Scelsi, Roma</i>	17:55- 18.15 Dibattito Premiazione "Migliore Poster"
15:30-15:50 Il peso della posta in gioco per malati/parenti. <i>Valentina Borgogni, Firenze</i>	17:05-17:15 Testa a posto: le raccomandazioni per il trauma cranico.	19:00-20:00 Assemblea dei soci Aniarti
15:50-16:10		

16 novembre 2012 - Mattino - Sala Rossa

9:00-13:00 Sessione conclusiva Moderatore: Fabrizio Moggia/Elio Drigo	Risorse e qualità di vita. Incompatibili o suggestione da sfatare? <i>Beatrice Costa, Milano</i>	nella società e nella cultura: sperimentare il futuro. <i>Edoardo Manzoni, Milano</i>
9:00-9.50 Dove sta la forza per cambiare? La qualità di vita come utopia concreta opportuna. <i>Massimo Campedelli, Chieti</i>	10:40-11:30 Alleanze sociali e qualità di vita in ambiente sanitario. <i>Nicoletta Teodosi, Roma</i>	12:15-12:30 Dibattito 12.30-13.00 Compilazione questionario ECM
9.50-10:40	11:30-12:15 Infermieri per la qualità di vita	Mozione conclusiva del congresso Chiusura dei lavori

ABSTRACT BOOK

14 novembre 2012 – Pomeriggio - Sala Rossa

Sessione Introduttiva

14:00-14:30

Perché parlare di qualità di vita oggi.

Fabrizio Moggia, Presidente Aniarti

fmoggia@aniarti.it

Una nuova e più profonda consapevolezza degli infermieri di area critica sulla qualità della vita può avere un impatto fondamentale sull'assistenza nella quotidianità.

La ricerca della qualità: un filo rosso per molti aspetti della nostra società e del mondo intero.

In area critica l'intreccio di moltissimi fattori incide sulla qualità della vita delle persone:

- i condizionamenti dell'economia sulle risorse e la sostenibilità delle organizzazioni;
- l'attenzione per la salute di politica e cittadini sbilanciata sulla cura rispetto all'assistenza;
- la complessità, l'utilità, i costi e l'invadenza, spesso estrema, delle tecnologie sanitarie;
- il ruolo di avanguardia esercitato dalle esperienze sviluppate e praticate in area critica;
- le criticità poste dall'apparire continuo di problemi nuovi per la reinterpretazione dei diritti in contesti umani e culturali in rapida evoluzione;
- la difficoltà nell'instaurare, quasi sempre in modo urgente ed imprevedibile, relazioni positive tra operatori/malato/caregiver;
- la qualità della vita richiesta/dovuta anche in tutte le situazioni di malattia e, quando è inevitabile, un processo del morire a cui ridare una irrinunciabile dignità;
- la motivazione quotidiana a lavorare per la vita in un contesto sempre in lotta con la morte;
- l'imperativo di una condivisione e diffusione delle competenze scientifiche avanzate per rispondere alle richieste complesse delle persone e di una società sempre più evolute...

Gli infermieri, come singoli e comunità professionale, devono saper cogliere prontamente i legami dentro a tutti questi fatti ed all'evoluzione tumultuosa e comunque esigente.

Non è più pensabile che la nostra eccellenza di infermieri si fermi all'esecuzione dell'attività assistenziale diretta e che ognuno pensi solo a questo.

Siamo i testimoni ed i pensatori più vicini, intimi, alle vite delle persone in situazione di criticità.

Dobbiamo essere - è il ruolo implicito nella professione - protagonisti capaci di indicare le nuove definizioni di qualità di vita dentro ad un sistema per la salute che necessita di profondi e radicali trasformazioni. Gli infermieri hanno già molte di queste risposte, applicate o progettuali.

Si tratta di percorsi di civiltà per la nuova società prossima ventura e si tratta di progettare le strade della politica, la scelta per eccellenza collettiva e condivisa.

Il bene comune sta prorompendo come rinnovata cifra della civiltà.

La libertà è partecipazione / la partecipazione è libertà.

Non si farà qui una disquisizione tecnica sulla qualità. Sarà una nuova sfida in cui ci misureremo con la questione della qualità delle vite delle persone vere, da garantire in area critica.

14:30-15:00

Il contesto della crisi contemporanea: origini, ricadute generali, rischi per il nostro sistema sanitario e per la qualità di vita delle persone.

Vincenzo Comito, economista, Università di Urbino

vincomito@teletu.it

Viene presentata una visione critica della situazione che rispecchia le posizioni degli infermieri, che si trovano a dover sostanzialmente “subire” decisioni centrate esclusivamente sulla medicina-cura e sulla gestione amministrativa. Questo tipo di decisioni condizionano l’assistenza, non sono condivise dagli infermieri e da esse derivano condizioni di lavoro sempre più difficili ed impossibilità di garantire qualità del lavoro stesso e, di conseguenza, qualità di vita per le persone malate.

Viene centrata l’attenzione sui temi che evidenzino le conseguenze della crisi attuale sul sistema della salute e sull’assistere le persone in particolare e di conseguenza sulla qualità di vita delle persone e delle comunità.

La riflessione viene orientata anche sui segmenti in continuo incremento nelle strutture sanitarie, che riguardano le aree intensive e critiche, con l’utilizzo, il continuo cambiamento e l’abuso di tecnologie, lo svolgimento dell’attività troppo spesso legato alla preoccupazione della metodologia più che alla globalità/complessità delle persone malate.

Vengono indicati i rischi dell’esasperazione a cui la crisi può portare questi aspetti a scapito di un equilibrio, che invece, viene da tutti a parole idealmente auspicato.

15:00-15:30

Urge un cambiamento profondo: perché?

Gianluca Favero, Direttore responsabile *Laborcare journal*. Promotore dello Spazio Etico di Empoli, già Docente universitario Università di Firenze

gianlucafavero@gmail.com

Mai come oggi ci si interroga sulla “qualità” dei servizi, sull’efficienza produttiva, dimenticando che, innanzitutto, è importante riflettere sulla “qualità della vita” e di quanto recuperare il tempo da dedicare alla relazione con l’altro ne sia l’elemento fondamentale. Riflettere, quindi, sulla quotidianità, su quanto siamo spettatori di una “disgregazione antropologica” che produce solitudini (anche all’interno della propria professione) al fine di individuare le ragioni che, sempre di più, fanno emergere il bisogno di una medicina più umana.

15:30-16:00

Il sistema per la salute e lo stato dell’arte sulla qualità della vita in area critica.

Paolo Cornaglia-Ferraris, Editorialista, Gruppo Editoriale Espresso - La Repubblica. Genova

camici.pigiame@gmail.com

Viene analizzato lo stato delle cose in sanità in relazione alla qualità della vita delle persone che dentro alla sanità ci vivono e della qualità di vita auspicabile e possibile se si applicassero le conoscenze disponibili. Si affronta il problema della tecnica e tecnologia e la sua influenza sulla sanità e sulla salute; tecnologia come fattore indispensabile e fortemente condizionante. Quali i criteri per un equilibrio praticabile?

Si cercherà di indicare dove stanno i limiti, le limitazioni che condizionano lo stato delle cose, e le risorse per superarle.

Linee di fondo per un orientamento di una medicina-assistenza che finalmente sposi una maggiore attenzione alla persona dopo averla troppo solo annunciata in passato. (Analisi, dati, indagini, punti di vista, percezioni. Le lacune da colmare. Gli spazi/bisogni coperti/garantiti dagli infermieri).

16.00-16:30

Cos'è qualità di vita oggi in sanità e in area critica? Gli infermieri per la qualità di vita.

Massimo Solaro, Terapia Intensiva di Emergenza, Az.Osp.Universitaria Careggi, Firenze

massimo.solaro@gmail.com

Alla luce dell'esperienza della professione infermieristica nel suo complesso, delineare un'idea di qualità della vita come aspirazione delle persone e tensione degli infermieri.

Indicazioni di tentativi ed esempi di buone pratiche agite o ipotizzate.

Gli esiti dell'assistenza: cosa emerge dai servizi di follow-up post cure intensive... (esempi, dati, proposte, priorità) e possibili implicazioni nella pratica clinica.

Sessione “imparare dalle esperienze”

La qualità di varie vite nelle situazioni di criticità: aspetti positivi e negativi, scoperte e riflessioni, proposte per vivere tutti meglio.

17:00-17.25

Esperienze di malati/parenti.

Tiziana Ambrosini, Germano Penati, Ospedale Regionale di Locarno, Svizzera

tiziana.Ambrosini-Urso@eoc.ch

germano.penati@eoc.ch

Percezioni, riflessioni ed indicazioni dopo un lungo ricovero in una terapia intensiva.

17:25- 17.50

La presenza dei familiari in area critica.

Massimo Monti, Azienda Ospedaliera Ulss Cesena, docente Università di Bologna.

Maddalena Tomas, Azienda Ospedaliera Ulss 9, Treviso

max.118@libero.it massimo.monti4@unibo.it

Una cultura radicalmente innovativa nei rapporti degli operatori sanitari con i cittadini è possibile ed urgente.

Vengono presentati i dati di una ricerca su come viene differentemente percepita la presenza dei familiari da parte degli operatori sanitari che lavorano in differenti Aree Critiche (118, Pronto Soccorso, Terapia Intensiva) e il percorso che ha portato alla apertura di una Terapia Intensiva (Treviso), attraverso il coinvolgimento e con il consenso del personale.

17:50- 18:15

Esperienze di infermieri: survey Aniarti sulle ostilità laterali. La qualità della vita degli infermieri determinata dai loro rapporti interni: risultati della survey nazionale Aniarti 2011-12 sulle ostilità laterali.

Stefano Bambi, Giovanni Becattini, Giandomenico Giusti, Andrea Mezzetti, Enrico Lumini,

Az.Osp.Universitaria Careggi, Firenze

stebam@libero.it

Le ostilità laterali sono “una varietà di interazioni crudeli, scortesie, antagonistiche che avvengono tra persone agli stessi livelli gerarchici nelle organizzazioni” e rappresentano un fenomeno estremamente diffuso, documentato a livello della letteratura internazionale, particolarmente quella statunitense e anglosassone. Quando questa tipologia di aggressione, prevalentemente non fisica, si sviluppa all’interno della categoria degli infermieri, le conseguenze possono diventare anche molto serie, al punto tale da determinare, in quote variabili di professionisti, sindromatologie di tipo psicosomatico, e addirittura il desiderio di lasciare il proprio lavoro anche definitivamente. Inoltre, se gli abusi che caratterizzano questo fenomeno vengono perpetrati con costanza (almeno 1 volta alla settimana, per 6 mesi consecutivi), si prefigura un vero e proprio mobbing di tipo orizzontale. A cavallo tra la fine del 2011 e l’inizio del 2012, Aniarti ha promosso la partecipazione rivolta a soci e non soci, ad una survey online, utilizzando un questionario precedentemente sottoposto a studio di validazione, per quantificare e qualificare il fenomeno delle ostilità orizzontali nel contesto dell’area critica in Italia. Si riportano i risultati dell’analisi di 1202 questionari completati da infermieri operanti nei servizi 118, pronto soccorso e terapie intensive su tutto il territorio italiano.

Bibliografia

- ♣ Alspach G. Lateral hostility between critical care nurses: a survey report. Crit Care Nurse 2008;28(2):13-9
- ♣ Johnson SL. International perspectives on workplace bullying among nurses: a review. Int Nurs Rev 2009;56(1):34-40
- ♣ Roberts SJ, De Marco R, Griffin M. The effect of oppressed group behaviors on the culture of the nursing workplace: a review of the evidence and interventions for change. J Nurs Manag 2009;17:288–293
- ♣ Bambi S, Becattini G, Lumini E. Questionario sulle ostilità tra infermieri di area critica: studio di validazione. Scenario 2012; 1(1):36-42

15 novembre 2012 – Mattina - Sala Rossa

Assistenza di qualità I

9:00-9:15

Gli infermieri di terapia intensiva e le loro conoscenze delle linee guida sull’aspirazione tracheobronchiale: analisi multicentrica.

Alessandra Negro, Roberta Ranzani, Mariana Cortesi, Mariagrazia Villa, Monica Marazzi, Duilio Manara, Terapia Intensiva Generale, Ospedale San Raffaele, Milano

alessandra.negro@hsr.it

Background. La broncoaspirazione è una delle principali procedure messa in atto dal personale infermieristico per stabilire e mantenere adeguati scambi gassosi un’ossigenazione ed una ventilazione alveolare pertinenti nei pazienti critici in ventilazione meccanica. Tale procedura è associata a numerose complicanze e rischi, pertanto è importante che gli infermieri abbiano le conoscenze per effettuarla applicando le evidenze scientifiche. Sono pochi gli studi che analizzano se e come le linee guida per l’effettuazione della broncoaspirazione siano conosciute, recepite e messe in atto.

Obiettivo. Analisi conoscitiva delle evidenze scientifiche inerenti alle tecniche di broncoaspirazione da parte del personale infermieristico delle terapie intensive di diversi ospedali del centro-nord Italia.

Materiali e metodi. Questionario anonimo, basato sulle linee guida AARC (2010) e sull’articolo di Pedersen, Rosendahl-Nielsen, Hjermand ed Egerod (2009), somministrato agli infermieri di 16

terapie intensive di 11 ospedali . Il questionario permette di esaminare se gli anni di esperienza nella professione infermieristica e quelli in una terapia intensiva dei partecipanti allo studio influiscano sul loro grado di conoscenze, ed anche se la formazione del personale infermieristico possa variare da una terapia intensiva all'altra.

Risultati. Il questionario è stato somministrato ad un totale di 379 infermieri con una percentuale di risposta pari al 65%. , si evince che il numero di risposte corrette totali è pari al 58%, nessuno dei partecipanti allo studio ha compilato l'intero questionario senza errori. Si osserva che solo il 2,5% (n=6) degli infermieri ha risposto correttamente a 9 domande su 10. Si desume poi che gli anni di esperienza nella professione infermieristica, quelli in una terapia intensiva e l'unità operativa di appartenenza di ciascun infermiere, influenzano la capacità di rispondere correttamente al questionario

Conclusione. E' necessaria la creazione di ambienti stimolanti per l'aggiornamento e di un'educazione continua alla consultazione delle evidenze scientifiche, per poter accrescere le conoscenze e le competenze infermieristiche e migliorare quindi l'assistenza ai pazienti.

Bibliografia

- American Association of Respiratory Care. AARC clinical practice guideline: endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways. *Respiratory Care* 2010, 55(6): 758-764.
- Day T, Farnell S, Haynes S, Wainwright S, Wilson-Barnett J. Tracheal suctioning: an exploration of nurse's knowledge and competence in acute and high dependency ward area. *Journal of Advanced Nursing* 2001, 39(1), 35-45.
- Pedersen CM, Rosendahl-Nielsen M, Hjermand J, Egerod I. Endotracheal suctioning of the adult intubated patient. What is the evidence? *Intensive Critic Care Nurs* 2009, 25(1), 21-30.

9:15-9:30

CPAP con scafandro nei pazienti postoperati cardiocirurgici. Confronto tra pazienti trattati e storico pazienti non trattati.

A. Lainà, C. Barletta, A. Annoni, C. Riboldi, L. Avalli, Terapia Intensiva Cardiocirurgia, Az. Ospedaliera San Gerardo dei Tintori, Monza

aliceannoni@tiscali.it

Introduzione. Come dimostrato da Squadrone e colleghi nel lavoro del 2005 pubblicato su *Jama* l'applicazione della CPAP nei pazienti sottoposti ad interventi di chirurgia addominale maggiore diminuisce l'incidenza di ipossiemia postoperatoria e di complicanze severe.

Pare quindi ragionevole ipotizzare che analoghi benefici possano essere riscontrati applicando la cPAP mediante scafandro anche ai pazienti postoperati cardiocirurgici.

Materiali e Metodi. Nello studio sono stati inclusi tutti i pazienti postoperati cardiocirurgici giunti nella nostra terapia intensiva nel periodo aprile-maggio 2011 sottoposti a ventilazione meccanica per meno di 24 ore. 2 pazienti sono stati esclusi per intolleranza allo scafandro e claustrofobia. In nessun caso vi sono state complicanze di rilievo.

Il protocollo dello studio prevedeva l'immediato posizionamento dello scafandro per CPAP (Castar AC, Starmed) dopo l'estubazione. Il paziente alternava quindi 4 ore di scafandro (PEEP 8 e FiO2 0,5) e 2 di maschera Venturi con FiO2 0,5 fino alla dimissione dalla TICCH.

I parametri registrati comprendevano l'anagrafica del paziente, la descrizione e le tempistiche dell'intervento cardiocirurgico ed i valori emogasanalitici con il seguente timing: FiO2 e PaO2 5 minuti prima dell'estubazione, FiO2 e PaO2 15 minuti dopo l'estubazione e FiO2 e PaO2 alla dimissione dalla TICCH (dopo almeno due ore dalla rimozione dello scafandro).

I dati sono stati confrontati con lo storico pazienti (ottenuti dal software Chart Assist) relativi al primo semestre 2010, i quali venivano assistiti dopo l'estubazione unicamente con maschera Venturi con FiO2 0,5.

Risultati. Questo studio preliminare dimostra che il rapporto PaO2/FiO2 rimane sostanzialmente stabile dopo l'estubazione nei pazienti trattati con cPAP rispetto a quelli assistiti unicamente con maschera Venturi.

Conclusioni. Alla luce di questi risultati, ancora preliminari, pare ragionevole approfondire tale studio integrando i dati studiati con altre informazioni (per esempio valutazione seriata della radiografia del torace) ed estendendo il periodo di osservazione anche al periodo di osservazione in subintensiva cardiocirurgia e nei reparti di degenza al fine di valutare se il beneficio respiratorio si mantenga anche nei giorni successivi al termine del trattamento con CPAP o si limiti unicamente al periodo di applicazione della PEEP.

<i>Parametri studiati</i>	<i>Pazienti trattati con CPAP</i>	<i>Storico pazienti</i>	<i>P value</i>
Numero pazienti	27	147	
età	69 ± 5,7	68 ± 10	n.s.
Euroscore	4 ± 2	6 ± 2	n.s.
PaO2/FiO2 pre estubazione	350 ± 89	309 ± 95	p = 0,04
PaO2/FiO2 post estubazione	353 ± 143	232 ± 71	p < 0,01
Delta PaO2/FiO2 pre-post estubazione	+3 ± 102	- 75 ± 73	p < 0,001
PaO2/FiO2 dimissione dalla TICCH	260 ± 84	221 ± 67	p = 0,019
Necessità di reintubazione	0	3	n.s.
Ore di ventilazione meccanica	16 ± 12	16 ± 21	n.s.
Durata intervento CCH	263 ± 68	278 ± 61	n.s.
Tempo CEC	98 ± 27	120 ± 46	p = 0,045
Tempo clampaggio aortico	76 ± 20	86 ± 30	n.s.

Bibliografia

- ♣ Squadrone V et al. Continuous Positive Airway Pressure for treatment of Postoperative Hypoxiemia. *Jama*, 2005; 293: 589-595.
- ♣ Scandroglio M, Piccolo U, Mazzone P, Agrati P, Aspesi M, Gamberoni C, Severgnini P, Di Stella R, Chiumello D, Minoja G, Pelosi P. Use and Nursing of the helmet in delivering non invasive ventilation. *Minerva Anestesiol* 2002;68:475-80.

9:30-9:45

Analisi della criticità percepita dalla persona sottoposta a NIV. Definizione di correttivi mirati per migliorare l'efficacia del trattamento e la qualità delle prestazioni erogate.

P. Bosco, C. Marta, G. Molentino, O. Passeri, G. Radici, A. Santoro, Dipartimento Urgenza Emergenza, Fondazione IRCCS Cà Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Milano
comita63@libero.it chiara.marta@policlinico.mi.it

Premessa. La NIV (Non Invasive Mechanical Ventilation) applicata mediante CPAP (continuous positive airway pressure) e bi-level rappresenta un sostanziale arricchimento delle possibilità terapeutiche nella gestione dell'insufficienza respiratoria acuta e cronica in ambito intra e extra ospedaliero. La letteratura è ricca di evidenze relative indicazioni/limiti al trattamento con NIV, complicanze correlate, modalità di utilizzo di presidi e apparecchiature, sistemi di monitoraggio; mentre risulta tuttora poco indagato il vissuto e la compliance della persona sottoposta a NIV, condizione indispensabile per l'efficacia del trattamento.

Obiettivo Lo studio si prefigge di individuare le criticità percepite dalla persona sottoposta a NIV, pianificare azioni correttive mirate e valutare a distanza l'efficacia degli interventi adottati.

Materiali e metodi. E' stato realizzato nel 2010 un progetto di ricerca infermieristica (studio osservazionale) articolato in due fasi:

- 1) Elaborazione da parte di un gruppo multidisciplinare di un'intervista che indaga: dati socio-anagrafici, patologie principali e concomitanti, terapie assunte, durata del trattamento, criticità percepita quantificata con scala Likert. Validazione con indice di Cronbach (0.89) e test pilota. Somministrazione da parte di personale infermieristico addestrato a un campione di 100 pazienti sottoposti a NIV nell'area emergenza-Urgenza . Analisi dei dati, pianificazione di interventi mirati a favorire il comfort, migliorare la compliance al trattamento e la qualità delle prestazioni erogate.
- 2) Somministrazione a distanza di due anni dell'intervista a un campione con le stesse caratteristiche. Valutazione dell'efficacia degli interventi effettuati

Conclusioni. I dati emersi dalla prima intervista, risultano in linea con la letteratura. Identificano come principali criticità la carenza di informazioni circa il trattamento 83%, i fastidi causati da rumore 48% e claustrofobia 42%, la sete 47%, la difficoltà nel comunicare con i famigliari 42% e con il personale 30%. Sono stati effettuati correttivi mirati a migliorare comunicazione e relazione, comfort, utilizzo di presidi e apparecchiature, alimentazione e idratazione. E' in corso l'analisi dei dati della seconda intervista per valutarne l'efficacia degli interventi adottati.

Bibliografia

- ▲ Cosentini R, Aliberti S, Brambilla A. L'ABC della ventilazione meccanica non invasiva in urgenza. 2^a ed. McGrawHill, Milano, 2010
- ▲ Cabrini L, Monti G, Villa M, Pischedda A et al. Non-invasive ventilation outside the Intensive Care Unit for acute respiratory failure: the perspective of the general ward. *Minerva Anesthesiol* 2009;75:427-433
- ▲ Naldi M, Scala R. Strategie assistenziali nel paziente ventilato, *Pneumorama* 48/XIII/3-2007

9:45-10:00

Correlazione tra nursing activity score (NAS) e indici di gravità clinica nella valutazione della qualità assistenziale dei pazienti politraumatizzati ricoverati in Terapia Intensiva.

Alessandro Genovese, Elisa Mattiussi, Luca Peressoni, Dipartimento di Anestesia e Rianimazione, Terapia Intensiva 2, Udine.

genovese.a.ud@gmail.com

Introduzione. Il paziente politraumatizzato è un paziente che determina elevati carichi assistenziali e clinici durante il ricovero in terapia intensiva.

Per la gravità clinica vari sono gli indici di gravità utilizzati a livello medico. A livello infermieristico negli ultimi anni è stato molto utilizzato il Nursing Activity Score (Miranda et al) finalizzato a misurare il carico assistenziale dei degenti in terapia intensiva. Tale scala calcola la percentuale di tempo che un infermiere dedica all'assistenza diretta di un paziente ed è espressione indiretta della qualità assistenziale offerta ai pazienti ricoverati in terapia intensiva.

Materiali e metodi. E' stato effettuato uno studio osservazionale finalizzato all'analisi della complessità clinica ed assistenziale determinate dai pazienti politraumatizzati ricoverati in terapia intensiva. La raccolta dati è stata effettuata in un periodo di sei mesi (2011) su tutti i politraumi ricoverati nel Dipartimento di Anestesia e Rianimazione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Udine. Tali dati sono stati archiviati, inseriti in un database elettronico, infine elaborati attraverso analisi statistiche.

- Obiettivo.**
- 1) Valutare il carico assistenziale (NAS).
 - 2) Calcolare gli score di gravità clinica.
 - 3) Correlare gli indici di gravità clinica al punteggio NAS.

Risultati. I pazienti politraumatizzati da noi esaminati hanno evidenziato un NAS elevato con un valore mediano di 63.1. L'analisi della correlazione ha dimostrato una positività con gli score di gravità clinica considerati, in particolare con il SOFA score. In particolare la correlazione positiva con l'ISS suggerisce che il carico assistenziale è direttamente proporzionale alla gravità e al numero di distretti corporei interessati.

Conclusioni. I risultati preliminari dello studio sembrano indicare che il punteggio NAS è un valido score per determinare il carico assistenziale dei pazienti politraumatizzati e permettere di migliorare la qualità assistenziale ottimizzando la distribuzione delle risorse infermieristiche.

Bibliografia

- ▲ Grillo Padilha K. et al. Nursing Activities Score in the intensive care unit: Analysis of the related factors. *Intensive and Critical Care Nursing* 2008, 24, 197—204
- ▲ Baker SP et al. The Injury Severity Score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. *J Trauma* 1974, 14:187-196
- ▲ Miranda DR, et al. Nursing activities score. *Critical Care Medicine*, February 2003, Vol.31, Issue 2, 374-382

10:00-10:15

Uno strumento per la valutazione della qualità della vita e del carico assistenziale in terapia intensiva cardiocirurgica: il “CRPO score”.

Stefania Paudice, Stefano Emanuele Pirrone, UCICT, Ospedale Niguarda - Ca' Granda, Milano

Dario Evini, Matematico-statistico, AF-Servizi

Giancarlo Bartolini, Rianimazione Cardiocirurgica - Fondazione CNR/Regione Toscana “Gabriele Monasterio”, Massa.

ste-224@hotmail.it stefania.paudice@ospedaleniguarda.it

Premessa. La Terapia Intensiva Cardiocirurgica (UCICT) dell'Ospedale Niguarda – Ca' Granda accoglie pazienti di età neonatale, pediatrica ed adulta, molto eterogenei per diagnosi di ingresso. Per l'estrema particolarità di questa realtà, gli “score” infermieristici attualmente in uso non riescono a restituire un'immagine congruente della realtà della Terapia Intensiva Cardiocirurgica, rendendo di conseguenza la quantificazione del peso assistenziale dei degenti ivi ricoverati un problema di difficile definizione.

Scopo. Approntare uno strumento che, sotto forma di “score”, fornisca un'immagine istantanea dell'andamento dei degenti e dei loro bisogni assistenziali, ma in grado altresì di restituire un valore numerico identificativo tanto del carico assistenziale giornaliero della struttura, quanto della qualità della vita del degente, fino ad ipotizzare una predittività della morbilità successiva al trasferimento ad altra Area.

Materiali e Metodi. In una prima fase, è stata operata una severa revisione della letteratura in merito agli “score” infermieristici esistenti, con un deciso *focus* su quelli attinenti all'area intensiva e, specificatamente, cardiocirurgica.

In una seconda fase, è stato elaborato il “*CRPO (CardioRianimazione Post-Operatoria) Score*”, uno strumento di raccolta dati, analisi e valutazione del carico assistenziale per i pazienti ricoverati in Terapia Intensiva Cardiocirurgica; per testarne la consistenza, è stato condotto uno studio longitudinale prospettico della durata di 5 mesi su un campione di 427 pazienti, con età media di 57,5 anni, durata media della degenza pari a 4 giorni, modalità di accesso in urgenza/elezione e diagnosi di ingresso attinente all'area cardiologica/cardiocirurgica.

Risultati e Conclusioni. I risultati ottenuti sembrano mostrare come l'aumento del *CRPO Score* Medio per singolo paziente possa essere considerato indicatore dell'aumento del carico assistenziale; inoltre, il *CRPO Score* indicizzato sulle giornate di degenza può altresì evidenziare variazioni della qualità della vita del paziente, finanche a giungere ad una predittività della qualità di vita a breve termine.

Bibliografia

- ▲ Guccione A, Morena A, Pezzi A, Iapichino G. I carichi di lavoro infermieristico. *Minerva Anestesiologica* 2004, 70 (5):411-6 <http://www.minervamedica.it/it/riviste/minerva-anestesiologica/articolo.php cod=R02Y2004N05A0411>
- ▲ [Ducci AJ](#), [Zanei SS](#), [Whitaker IY](#). Nursing workload to verify nurse/patient ratio in a cardiology ICU. *Rev Esc Enferm USP* 2008, 42 (4):673-680 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19192901>
- ▲ Gój K, Knapik P, Czech EK, Luboń D. The Therapeutic Intervention Scoring System (TISS-28) for assessment of cardiac surgical postoperative intensive care. *Anaesthesiology Intensive Therapy* 2009, 61 (1): 34-7 http://anestezjologia.net/en/articles/item/10017/the_therapeutic_intervention_scoring_system_tiss28_for_assessment_of_cardiac_surgical_postoperative_intensive_care
- ▲ [Stafseth SK](#), [Solms D](#), [Bredal IS](#). The characterization of workloads and nursing staff allocation in intensive care units: a descriptive study using the Nursing Activities Score for the first time in Norway”, *Intensive Crit Care Nurs* 2011, 27 (5):290-4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21871805>.
- ▲ Cantarelli M. Il modello delle prestazioni infermieristiche. Casa Editrice Ambrosiana, 2005, Milano.

10:15-10:30

Analgo-sedazione e delirium in terapia intensiva: studio quantitativo analitico retrospettivo, aderenza al protocollo interno terapia intensiva generale IRCCS San Raffaele.

Michela Melis, Laura Apadula, Marco Segala, Carlo Leggieri, Monica Marazzi, Duilio Manara, Terapia Intensiva Generale, Ospedale San Raffaele, Milano

melis.michela@hsr.it melis.michela@virgilio.it

Obiettivi. Calcolare la percentuale di aderenza infermieristica al protocollo interno di analgo-sedazione e della scheda rilevazione dati. Calcolare la percentuale di scostamento dal Target indicato di CPOT e RASS. Calcolare il numero di episodi di delirium rilevati e la loro eventuale correlazione con livelli inadeguati di CPOT e/o RASS.

Materiali e Metodi. Studio quantitativo analitico monocentrico svolto da Aprile fino a Settembre 2011. I dati analizzati sono stati ricavati dalla scheda rilevazione dati presenti all'interno delle cartelle cliniche dei pazienti. La compilazione prevedeva una valutazione ogni due ore delle scale di dolore (CPOT), sedazione (RASS), delirium (ICDSC), la terapia antalgica e sedativa in corso. Questi dati sono stati riportati in un'apposita scheda ove erano indicati anche: ora e data di ingresso del paziente in U.O., ora e data di dimissione dal reparto, totale ore di ricovero, totale ore di compilazione, percentuale di compilazione, scostamento dai Target definiti di CPOT e RASS, episodi di delirium riscontrati. La compilazione delle schede in esame sono unicamente di competenza infermieristica, in quanto essendo generalmente più a contatto con i pazienti ha la posizione e la possibilità di meglio cogliere le alterazioni tipiche del delirium nei reparti di Terapia Intensiva

Risultati. Nello studio sono stati arruolati in totale 56 pazienti, di cui 35 (62,50%) maschi e 21 (37,50%) femmine, aventi un'età compresa tra i 18 e gli 80 anni (media 60,23), indistintamente dalla patologia di ingresso in U.O. La compilazione della scheda di rilevazione dati ha evidenziato un'aderenza infermieristica pari al 41,38% nei mesi di aprile-maggio 49,28%, nei mesi di giugno-luglio 37,47% e nei mesi di agosto-settembre 37,41%. La media dei valori rilevati tramite la scala di valutazione del dolore (scala CPOT) e le relative percentuali di scostamento dai target sono: in aprile-maggio 0,36 (0,05% di scostamento), in giugno-luglio 0,42 (0,03%) ed in agosto-settembre 0,38 (0,09%). La media dei valori rilevati tramite la scala di valutazione della sedazione (scala RASS) e le relative percentuali di scostamento dai target sono: in aprile-maggio -3,02 (0,54% di

scostamento), in giugno-luglio -2,56 (0,49%) ed in agosto-settembre -3,81 (0,67%). I valori medi rilevati nel semestre analizzato sono pari a 0,38 (0,05 % di scostamento dal range) per l'analgesia, rispetto a -3,13 (0,38%) relativo alla sedazione. In totale si sono riscontrati 15 casi di delirium a carico di solo 9 pazienti (16,07 % rispetto al totale dei pazienti arruolati nello studio). Di questi 9, 4 pazienti (44,4%) avevano valori di RASS e CPOT nei limiti dei target pre-impostati, mentre 5 (55,5%) aveva valori di analgesia e/o sedazione inadeguati. Di questi ultimi 5 pazienti, 1 (20%) aveva un inadeguato livello di analgesia (CPOT > 2), 4 (80%) avevano inadeguati livelli di sedazione (RASS < -3).

Conclusioni. I risultati ottenuti vanno a confermare i dati della letteratura scientifica sia per quanto riguarda l'aderenza infermieristica sia per l'incidenza del delirium riscontrata in reparto questo studio ha dimostrato una differenza tra la gestione dell' analgesia e della sedazione nei pazienti ricoverati. scorporando i dati della sedazione da quelli della adeguatezza del controllo del dolore si è osservato che lo sviluppo di delirium è stato maggiore nei pazienti con livelli di sedazione inadeguati. Ciò che maggiormente si evince dai nostri dati è quanto il problema del delirium sia non conosciuto e sottostimato. Riteniamo debbano essere intrapresi interventi educativi tali da sostenere ed ampliare la conoscenza dell'argomento da parte del personale infermieristico, in modo da integrare la valutazione del delirium nella pratica infermieristica quotidiana.

Bibliografia

- ▲ Tollkit. I.C.U. Sedation Guidelines of care. San Diego Patient Safety Council, 2009;
- ▲ Ely EW, Stephens RK, Jackson JC, et al. Current opinions regarding the importance, diagnosis, and management of delirium in the intensive care unit: a survey of 912 health-care professionals. Crit Care Med. 2004;32(1):106-112;
- ▲ Devlin JW, Fong JJ, Howard EP, et al. Assessment of delirium in the intensive care unit: nursing practices and perceptions. 2008, 17(6):555-65;
- ▲ Jacobi, J, Fraser GL, Coursin DB, et al. Task Force of the American College of Critical Care Medicine (ACCM) of the Society of Critical Care Medicine (SCCM), American Society of Health-System Pharmacists (ASHP), American College of Chest Physicians. Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. Crit Care Med 2002, 30(1):119-41.

Assistenza di qualità II

11:00-11:15

Monitoraggio dell'indice bispettrale per ridurre il discomfort e l'awareness durante le cure igieniche nella persona sedata.

Stefano Elli, Alberto Lucchini, Terapia Intensiva Generale, Azienda Ospedaliera S. Gerardo, Monza
s.elli@hsgerardo.org stefanomariaelli@gmail.com

Premessa. Garantire il comfort alla persona ricoverata in T.I. durante l'esecuzione delle cure igieniche può risultare particolarmente difficile e spesso le manovre diventano fonte di stress. La persona vigile, in grado di interagire ed esprimersi, può identificare le fonti di disagio e concordare con l'infermiere la miglior strategia per ridurre la portata. La persona sedata, al contrario, è spesso in grado di avvertire il disagio ma non può esprimerlo, non può razionalizzarne le finalità positive e spesso viene erroneamente considerata come "addormentata e non sofferente".

Obiettivo. Valutare l'utilizzo del sistema BIS per migliorare la qualità di vita della persona sedata, ottimizzando il livello di sedazione durante le cure igieniche e riducendo le percezioni dolorose o fastidiose non esprimibili.

Materiali e Metodi. Abbiamo eseguito le cure igieniche in maniera standardizzata e raccolto i dati relativi a parametri vitali e BIS durante tutte le singole azioni (pulizia cavo orale, spugnatura,

cambio lenzuola...), sia in persone vigili in ventilazione assistita sia in persone sedate in ventilazione controllata.

Risultati. Le persone sedate in ventilazione controllata possono più facilmente sviluppare alterazioni significative dei parametri vitali e queste avvengono con maggior frequenza quando cala il livello di sedazione ed aumenta la sensibilità agli stimoli, o, al contrario, quando la sedazione è eccessiva ed eccede le reali necessità. La pratica del bolo di sedazione prima delle manovre non copre tutta la durata delle cure igieniche e spesso pone la persona in una situazione di stress nel momento delle rotazioni e cambio biancheria.

Conclusioni. L'utilizzo del sistema BIS può coadiuvare l'infermiere nel mantenere il livello di sedazione ottimale e costante per evitare, durante le cure igieniche, quel discomfort/dolore/disagio che la persona avverte ma non è in grado di esprimere.

Bibliografia

- ♣ LeBlanc JM et al. Role of the bispectral index in sedation monitoring in the ICU. *Ann Pharmacother.* 2006 Mar;40(3):490-500.
- ♣ Lucchini A et al. Modifications of vital signs during hygiene care in intensive care patients: an explorative study. *Assist Inferm Ric.* 2009 Jul-Sep;28(3):131-7.
- ♣ Morrice A et al. Practical considerations in the administration of intravenous vasoactive drugs in the critical care setting. Part II--how safe is our practice? *Intensive Crit Care Nurs.* 2004 Aug;20(4):183-9.

11:15-11:30

Follow-up dei pazienti ricoverati in una terapia intensiva generale ad un anno dalla dimissione.

Alberto Lucchini, Magda Mascheroni, Terapia Intensiva Generale, Dipartimento di Emergenza e Urgenza, Azienda Ospedaliera S.Gerardo, Monza -Università degli Studi Bicocca, Milano

Angela Pedruzzi, Veronica Pirola, Terapia Intensiva Cardiochirurgica, Ospedali Riuniti, Bergamo

Guja Cattaneo, Terapia Intensiva Pediatrica, Ospedali Riuniti, Bergamo

Roberto Fumagalli, Anestesia e Rianimazione 1, Ospedale Niguarda Ca' Granda, Università degli Studi Bicocca, Milano

a.lucchini@hsgerardo.org

Introduzione. Il ricovero in terapia intensiva può essere un evento destabilizzante per la persona che lo vive, sia dal punto di vista fisico che psico-sociale. La presenza di sequele può protrarsi anche molto tempo dopo la dimissione, apportando dei mutamenti alla qualità di vita della persona.

Obiettivo. Investigare la qualità di vita dei degenti a un anno dalla dimissione dalla terapia intensiva.

Materiali e metodi. Intervista telefonica ai pazienti con degenza superiore alle 24 ore ad un anno dal ricovero. Dei 197 candidati, 78 sono i questionari compilati. Per la formulazione del questionario è stato utilizzato come riferimento lo strumento EuroQol-5D (EQ), con particolare attenzione ai temi del self-care, della mobilità e delle attività usuali

Risultati. Ad un anno dal ricovero il 25% dei pazienti non è autonomo nel self-care, il 33% circa non deambula autonomamente e il 47% non ha ripreso l'attività lavorativa. Inoltre il 51% ricorda procedure dolorose tra cui, le maggiormente indicate, risultano essere lo scafandro e la bronco aspirazione. Il campione è stato stratificato per età, degenza e intensità assistenziale. Le persone con degenza maggiore di 5 giorni e le persone con un fabbisogno assistenziale che comporti un rapporto infermiere/paziente maggiore di uno a due, hanno un rischio di sviluppo di complicanze maggiore rispetto al resto della popolazione investigata.

Conclusioni. È necessario istituzionalizzare un follow-up dei pazienti ricoverati al fine di riconoscere quelli a maggior rischio ed attivare delle misure preventive che garantiscano la continuità assistenziale anche al domicilio.

Bibliografia

- ▲ Strahan E, McCormick J, Uprichard E, Nixon S, Lavery G. Immediate Follow up after ICU discharge: establishment of a service and initial experiences. *Nursing in Critical Care* 2003, 8(2): 49-55
- ▲ Skinner EH, Warrilow S, Denehy L. Health related quality of life in Australian survivors of critical illness. *Crit. Care Med*, 2011, 39(8): 1896-905
- ▲ Badia X, Diaz-Prieto A, Gorriz MT et al. Using the EuroQol-5D to measure changes in quality of life 12 months after discharge from an intensive care unit. *Intensive Care Med*, 2001, 27(12):1901-7

11:30-11:45

Impatto psicologico e comportamentale dopo ricovero in terapia intensiva: il valore di un servizio di follow up post intensivo.

B. Del Re, M. Trevisan, L. Rasero, G. Cianchi, P. Dammiano, D. Iozzelli, M.L. Migliaccio, M. Solaro, A. Peris, Terapia Intensiva di Emergenza-Dipartimento DEA, Az. Ospedal. Universitaria Careggi, Firenze

monicatrevisan@tin.it

trevisan.moni@gmail.com

Premessa. La prevalenza di Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) e sintomatologia associata è del 5-64% dei sopravvissuti alla terapia intensiva; la depressione del 25-50% e l'ansia del 4-41% in coloro che sopravvivono ad ALI/ARDS. Questi dati evidenziano l'importanza del riconoscimento precoce di segni e sintomi associati a tali patologie, di un'adeguata valutazione e trattamento. Scopo di questo lavoro è stato valutare l'incidenza di tali psicopatologie nei pazienti ricoverati presso la Terapia Intensiva di Emergenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi di Firenze, che si configura come terapia intensiva aperta h 24 all'ingresso dei familiari.

Materiali e metodi. Sono stati valutati 133 pazienti con ricovero superiore a 72 ore, a 3, 6 e 12 mesi dalla dimissione ICU nel periodo compreso tra gennaio 2009 e dicembre 2011. A questi pazienti sono stati somministrati i test Hospital Anxiety and Depression Scale -HADS- per la valutazione di sintomi riferibili ad ansia e/o depressione, Impact Event Scale revised-IESr- per il PTSD, ICU Memory Tool per la valutazione dei ricordi del ricovero.

Risultati. L'analisi dei questionari HADS evidenzia sintomatologia significativa per ansia e depressione nel 39% dei casi. Dall'analisi dell'IES-r compilati, emerge che il 50% presenta segni e sintomi riferibili a PTSD. Le risposte al ICU Memory Tool mostra che il 57,2% dei pazienti ricorda chiaramente di essere stato ricoverato in ospedale, mentre il 48,6% non ricorda il periodo prima del ricovero in ICU che invece è richiamato dal 60,7%. Il 80% non ricorda chiaramente tutto il ricovero. Infine il 53% ricorda il trasferimento dall'ICU al reparto. I pazienti ricordano nel 94,7% le manovre invasive, nel 56,8% i familiari e nel 41,7% le luci.

Conclusioni. I risultati dello studio sembrano confermare i dati della letteratura rispetto al rischio di sviluppare quadri psicopatologici più o meno severi. La presenza dei familiari h 24 sembra essere un fattore positivo come dimostra il ricordo in oltre il 50% dei pazienti.

Bibliografia

- ▲ Griffiths J, Fortune J, Barber V, Duncan Young J. The prevalence of post traumatic stress disorders in survivors of ICU treatment: a systematic review. *Intensive Care Med* 2007
- ▲ Peris A, et al. Early intra- intensive care unit psychological intervention promotes recovery from post traumatic stress disorders, anxiety and depression symptoms in critically ill patients. *Crit Care* 2011, 15(1): R41
- ▲ Modrykamien AM. The ICU follow up clinic: a new paradigm for intensivists. *Respiratory Care* 2012, 57:5

11:45-12:00

Livelli di ansia-depressione all'ingresso e dopo 72 ore, in pazienti ricoverati in Unità di Terapia Intensiva Cardiologica per sindrome coronaria acuta.

*R. Piccari, S. Bartolini, F. Fiori, C. Tagliabue, E. Sampieri, G. Pelosi, UTIC I°
L. Guerrieri, D. Serafini, A. Chiantera, G. Pulignano, E. Giovannini, Cardiologia
Ospedale San Camillo-Forlanini, Roma
rpiccari@gmail.com*

Scopi. Le sindromi coronariche acute (SCA) non solo sono gravate da una significativa morbosità e mortalità ma hanno un impatto sul quadro psicologico dei pazienti che può compromettere il successivo decorso post-dimissione. L'identificazione precoce di sintomi di ansia (A) o depressione (D) e' utile per ottimizzare il livello di qualità dell'assistenza. Scopo del presente studio prospettico e' stato di valutare l'incidenza dei sintomi di A e D e le correlazioni con il quadro clinico in pazienti con SCA.

Metodo. I pazienti sono stati sottoposti ad un esame clinico e strumentale completo all'ingresso. I livelli di A e D sono stati rilevati all'ingresso e dopo 72 ore (h) in pazienti ricoverati per SCA mediante l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), composta da due sottoscale (HADS_A e HADS_D) ciascuna di 7 items. Criteri di esclusione erano rappresentati dall'età ≥ 65 anni e dalla presenza di confusione mentale. La scala veniva somministrata al momento dell'ingresso e dopo 72h.

Risultati. I dati preliminari riguardano 115 pazienti consecutivi di età ≤ 65 anni ricoverati per SCA presso l'UTIC (età media $51,28 \pm 9,07$ anni; 87,8% maschi; 67,5% con STEMI e 32,5% NSTEMI). Livelli significativamente elevati di A (score HADS_A ≥ 8) erano presenti nel 43% dei pazienti all'ingresso e nel 36% dopo 72h, mentre sintomi di D (HADS_D ≥ 8) erano presenti nel 36% e 46% rispettivamente. I livelli di A a 72 h risultavano significativamente maggiori nel sesso femminile (media 9.084.5 vs 5.963.8, p 0.031); I livelli di D a 72 h mostravano un andamento simile pur senza raggiungere la significatività (media 83.2vs 6.612.7, p 0.09). I livelli di D di base e a 72 h risultavano significativamente maggiori nei pazienti che vivevano da soli (di base 9.442.6 vs 6.692.7, p 0.004, a 72 h 93.3 vs 6.582.7, p 0.013). I livelli di D a 72 h risultavano significativamente maggiori nei pazienti con angina instabile (8.83 vs 6.572.7, p 0.016). I livelli di A a 72 h risultavano significativamente maggiori nei pazienti vedovi (11.52.18, p 0.03).

Conclusioni. I risultati preliminari del seguente studio prospettico suggeriscono che:

- a) i pazienti con SCA presentano elevati livelli di A e D;
- b) i livelli di A tendono a ridursi mentre quelli di D tendono ad aumentare a 72h, indifferentemente dalle principali variabili demografiche e cliniche; c) le SCA STEMI sembrano avere un impatto maggiore sui livelli di A e D; d) l'elevata incidenza di A e D può influenzare negativamente il successivo decorso e richiede l'attuazione di interventi assistenziali mirati.

Bibliografia

- ▲ Kawachi I. Symptoms of Anxiety and Risk of Coronary Heart Disease. The Normative Aging Study. *Circulation*, Vol 90, No 5 November 1994
- ▲ Piccari R. Role of nurse telemonitoring and counseling in the assessment of anxiety and depression symptom in patient discharged from CCU after acute coronary syndrome: 30 days follow-up. *European Heart Journal* 2006, Vol.27 (Suppl):789
- ▲ Celi LA. The ICU: It's not just telemedicine. *Crit Care Med* 2001 Vol. 29, No. 8 (Suppl.)

12:00-12:15

Il defibrillatore cardiaco impiantabile (ICD): aspetti psicologici ed assistenza infermieristica.

*Diego Cavallin, SUEM 118, Azienda ULSS 7, Pieve di Soligo
Laura Pisan, Denise Gasperin, Azienda ULSS 9, Treviso
Alessia Botteselle, Istituti S.Gregorio, Pieve di Soligo*

Introduzione. Nei pazienti portatori di ICD è stata riscontrata un'alta percentuale di sintomi psicologici (ansiosi e depressivi) e una diminuzione della qualità della vita correlata al timore del possibile e improvviso verificarsi di eventi aritmici potenzialmente fatali.

Questo pone il paziente in una condizione di precarietà, portandolo a modificare le sue abitudini di vita quotidiana, nella speranza di ottenere un controllo sulla situazione evitando tutte quelle condizioni che possono aumentare il rischio d'insorgenza di aritmie.

Obiettivo.

- 1) Analizzare le implicazioni psicologiche che possono insorgere in seguito all'impianto di ICD;
- 2) Individuare gli elementi che inducono ansia e depressione;
- 3) Analizzare le aree di intervento dell'assistenza infermieristica finalizzate alla riduzione della sintomatologia e a un miglioramento della qualità di vita dei pazienti e dei familiari.

Materiali e metodi. Revisione della letteratura: 22 articoli specifici di riviste indicizzate, che prendessero in considerazione la qualità di vita, con scale di valutazione di carattere generale ma anche specifiche per il problema di impianto di ICD

Risultati. L'erogazione di shock dal dispositivo è associata ad alti livelli di ansia e depressione. Tutti i pazienti con ICD dovrebbero essere considerati a rischio di sviluppare una psicopatologia, per questo è importante adottare misure preventive quali: adeguata educazione; maggiore informazione sia al paziente sia ai familiari prima dell'impianto; utilizzo di tecniche di comunicazione (counselling, colloqui individuali e con familiari di riferimento); follow-up di valutazione.

Sono state comparate le differenti scale di valutazione della qualità di vita del paziente con ICD e dei familiari: si è visto come la qualità di vita in molti studi sia significativamente migliorata, dopo educazione specifica; inoltre sono pochi gli studi che adottano scale specifiche per il paziente con patologia cronica cardiovascolare.

Discussione. Gli interventi più efficaci per aiutare pazienti con ICD e le loro famiglie risultano essere l'istruzione e l'informazione, l'uso di tecniche di comunicazione terapeutica, il follow-up di valutazione in seguito alla dimissione e un supporto psicologico personalizzato. Anche se i pazienti e le loro famiglie non possono essere istruiti su ogni singolo evento, possono essere sostenuti attraverso una guida preventiva, focalizzata sul problem-solving. L'infermiere deve essere accanto ai pazienti e ai familiari, malgrado la brevità del ricovero, accogliendo le richieste dei pazienti e dei loro familiari, anche durante il follow-up, testando inoltre il costo-efficacia e la validità degli interventi per migliorare sempre più i risultati. Si sottolinea inoltre l'importanza della collaborazione con l'equipe per garantire esiti a lungo termine.

Bibliografia

- ▲ Dunbar SB. Psychological issue of patients with implantable cardioverter defibrillators. American Journal of Critical Care 2005, 14,294-303;
- ▲ Thomas SA, Friedmann E, Kao C, Inguito P, Metcalf M, et al. Quality of life and psychological status of patients with implantable cardioverter defibrillators. American Journal of Critical Care 2006, 15(4),389-398;
- ▲ Sola CL, Bostwick JM. Implantable Cardioverter-Defibrillators Induced Anxiety, and Quality of Life. Mayo Clinic College of Medicine 2005, 80(2),232-237

Continuità ed integrazione per la qualità di vita

9:00-9:15

Rianimazione a domicilio: la nostra realtà.

Silvano Papiri, Amelia Falleroni, Giuliano Chiappini, Anestesia e Rianimazione Area Vasta 5 Ospedale di S.Benedetto del Tronto

ciukrai@alice.it giuliano.chiappini@sanita.marche.it

Premessa. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ritiene che la continuità delle cure sia un indicatore di elevata sensibilità, nella valutazione dell'efficienza, di un Servizio Sanitario che si pone l'obiettivo di aggiungere al tradizionale concetto di cura quello del *to care* nella complessa rete assistenziale tra territorio ed ospedale.

L'Area Vasta 5 Ospedale di San Benedetto del Tronto ha affidato da oltre tre anni la deospedalizzazione del paziente affetto da insufficienza respiratoria cronica in ventilazione meccanica invasiva domiciliare al personale Medico ed Infermieristico del reparto di Rianimazione. L'istituzione del Team Assistenza Respiratoria Domiciliare Tracheotomizzati (ARDT), nasce dall'esigenza assistenziale di pazienti tracheotomizzati e/o in ventilazione domiciliare che per l'elevata complessità non trovavano nelle istituzioni sanitarie, già presenti nel territorio, un'adeguata risposta.

Scopo. L'accesso domiciliare del rianimatore e dell'infermiere esperto garantiscono il massimo della qualità e sicurezza nei programmi di ARDT. Le sostituzioni periodiche delle cannule tracheotomiche che per la complessità della manovra erano praticate in ospedale, sono state ricondotte ad attività domiciliare grazie alla presenza del rianimatore e dell'infermiere.

Materiali e Metodi. Il personale si fa carico del giudizio di idoneità dell'ambiente domiciliare, della formazione del *caregiver*, dell'assistenza rianimatoria durante la deospedalizzazione e dell'assistenza domiciliare continuativa per la componente specialistica relativa ad attività di monitoraggio, diagnosi e terapia dello stoma tracheale, della cannula tracheotomia, della ventilazione domiciliare meccanica e delle situazioni critiche in stretta collaborazione con Pneumologo, Medici di Medicina Generale, Pediatri, personale dei Distretti Socio Sanitari.

Risultati e Conclusioni. Massima integrazione ospedale-territorio, tutela della sicurezza dei pazienti, miglioramento della qualità vita, massima continuità nelle attività della vita quotidiana e di quelle sociali, grandi vantaggi nei criteri di costo-efficacia, nella riduzione del numero di ricoveri, delle giornate di degenza e riconoscimento precoce delle infezioni delle vie aeree.

9:15-9:30

Dimissione protetta del paziente portatore di tracheostomia e PEG.

Elisabetta Cemmi, Manuela DeGan, Pasquale Franzè, Marco Molinaro, Marzia Sanvito, Francesco Primiano, Elisabetta Scaccabarozzi, Allegra Lardera

Unità Terapia Intensiva Insufficienza Respiratoria, INRCA di Casatenovo, Lecco

e.cemmi@nrca.it

Premessa. L'educazione terapeutica si rivolge a un malato cronico per il quale l'apprendimento di competenze e di comportamenti è necessario per vivere, riducendone la dipendenza e ritardando le complicazioni derivanti dalla malattia.

L'insufficienza respiratoria cronica rappresenta la via finale di molte malattie che interessano l'apparato respiratorio. Il principale problema clinico nella gestione dell'insufficienza respiratoria è dato dalle ripetute riacutizzazioni che richiedono, spesso, un trattamento rianimatorio con necessità di ricorrere a periodi di ventilazione meccanica. In UTIIR avviene lo svezzamento dalla ventilazione meccanica in pazienti portatori di cannula tracheale con ripristino della respirazione

spontanea o, quando impossibile, con l'identificazione e formazione dei caregiver per la domiciliazione. L'Accordo Stato Regioni del 29 aprile 2010, ha imposto l'implementazione di un percorso educativo terapeutico, vincolato da standard precisi, per i pazienti tracheostomizzati con insufficienza respiratoria cronica, in ventilazione meccanica e per i caregiver.

Scopo. Strutturazione di un percorso di dimissione, gestito dal casemanager che, comprendendo l'attivazione dei servizi territoriali e l'educazione terapeutica rivolta ai caregiver, permetta una domiciliazione in tempi prestabiliti.

Materiali e Metodi. Utilizzo delle fasi dell'educazione terapeutica per l'addestramento dei caregiver e attivazione di tutti i servizi necessari sul territorio rispettando la *map-care* del percorso

Risultati e Conclusioni. Il percorso è in atto da otto mesi durante i quali sono stati addestrati 25 caregiver per 12 pazienti. Gli indicatori di risultato utilizzati sono stati:

1. Riospedalizzazione entro 30 giorni: tutti i pazienti sono stati dimessi da più di 30 giorni.
2. Riospedalizzazione entro 3 mesi: 7 pazienti sono stati dimessi da più di 90 giorni.
3. Ricovero in Struttura protetta: nessun paziente è stato ricoverato.
4. Mortalità a 30 giorni dalla dimissione: per ora nessuno dei pazienti dimessi è deceduto.

La dimissione protetta strutturata in un percorso in cui sono attivati contemporaneamente i servizi territoriali e l'educazione terapeutica potrebbe essere la strategia per migliorare la qualità di vita sia dei pazienti che dei caregiver.

Bibliografia

- ▲ Ferraresi R, Gaiani M, Manfredini. Educazione Terapeutica. Ed. Carocci Faber, Roma, 2006
- ▲ Accordo Stato Regioni 29 aprile 2010

9:30-9:45

Ventilazione meccanica domiciliare. Un'ipotesi di progetto per la continuità assistenziale.

Roberto Vacchi, 118 Elisoccorso, Bologna

9:45-10:00

052 Educazione terapeutica e continuità assistenziale in pronto soccorso.

Milena Consorte, Pronto Soccorso, Ospedale Maggiore, Bologna

m.consorte@ausl.bologna.it milena_dematteis@yahoo.it

Introduzione. In Pronto Soccorso, esercitare un'efficace educazione terapeutica risulta difficile: per il "fattore tempo", per *compliance* alterata dell'utente, per *coping* inefficace.

L'organizzazione attuale prevede che diagnosticata una frattura vertebrale da trattare con il riposo a letto il paziente venga dimesso, comportando un enorme disagio per lo stesso e/o per il caregiver, per le mancate conoscenze sulla gestione dell'evento acuto, a domicilio. Altro punto critico dell'organizzazione attuale, è dato dagli step amministrativi necessari per poter usufruire di aiuti socio sanitari.

Disegno di ricerca. Da una consultazione delle maggiori banche dati internazionali, non si evincono documenti inerenti l'educazione terapeutica ai pazienti con fratture vertebrali non chirurgiche.

Si è scelto, quindi, di condurre uno studio prospettico di coorte.

Secondo la metodologia P&PI(C)O. *Problem*: inefficace educazione terapeutica e sovraccarico amministrativo per richiedere eventuali presidi. *Population*: pazienti con fratture vertebrali conservative; *Intervention*: libretto illustrativo e piattaforma informatica GARSIA; *Outcome principale*: riduzione delle complicanze legate all'allettamento. *Outcomes secondari*: facilitazione

amministrativa correlata alla richiesta di presidi antidecubito. Migliorare la qualità di vita del cittadino.

Materiali e metodi. Libretto informativo illustrato, da consegnare al momento della dimissione da Pronto Soccorso, come strumento per educare l'utente a gestire l'evento acuto a domicilio.

Scala di Braden: per individuare, in Pronto Soccorso, i soggetti a rischio di lesioni da decubito.

Piattaforma informatica GARSIA: garantisce la Continuità Assistenziale tra Ospedale e Servizi Territoriali. Qualora necessario, consente di segnalare il paziente al Servizio Infermieristico Territoriale e di prescrivere presidi antidecubito, già in ambito di Pronto Soccorso.

Intervista strutturata telefonica, da somministrare all'utente e/o al suo caregiver per valutare, dopo dieci giorni, la validità del progetto.

Risultati attesi. Riduzione delle complicità e miglioramento della qualità di vita attraverso l'educazione terapeutica e la continuità assistenziale in Pronto Soccorso.

Conclusioni. L'educazione terapeutica in Pronto Soccorso e la garanzia di una adeguata continuità assistenziale può consentire di migliorare il trattamento domiciliare di pazienti affetti da fratture vertebrali non chirurgiche, reso altrimenti difficoltoso e meno efficace da un'inadeguata conoscenza della patologia e del suo trattamento e da una burocrazia complessa.

Bibliografia

- ▲ www.evidencebasednursing.it
- ▲ Linee Guida Advanced Trauma Life Support
- ▲ McLeod A. Traumatic injuries to the head and spine 2: nursing consideration. Br J Nurse 2004 Sep 23-Oct 13; 13 17: 1041-9

Studio osservazionale sulla cultura professionale di infermieri e medici rispetto al fine vita presso alcune Unità Operative di rianimazione e terapia intensiva italiane.

Flavia Pegoraro, Anna Padovani, Montorio Elisabetta, Antonella Porta, Terapia Intensiva Cardiochirurgica Azienda Ospedaliera San Gerardo, Monza

Alberto Lucchini, Università degli Studi Bicocca, Milano

f.pegoraro@hotmail.it

Introduzione. Le scelte del fine vita sono tra gli aspetti più impegnativi e complessi nell'ambito delle Terapie Intensive e Rianimazioni. Nella "zona grigia tra vita e morte" non sempre le cure intensive riescono ad essere efficaci nel fronteggiare la gravità della malattia e ciò pone molti interrogativi, clinici ed etici, sull'opportunità e sulla accettabilità del mantenimento dei trattamenti e del supporto vitale.

Scopo. Lo scopo di questo elaborato non è indagare la suscettibilità del trattamento, ma comprendere con quale criterio il professionista sanitario accompagna la persona morente nell'esperienza del fine vita.

Materiali e Metodi. Lo strumento di ricerca impiegato per la raccolta dati è un questionario anonimo indirizzato ad Infermieri e Medici Anestesisti (non in formazione) presso Terapie Intensive e Rianimazioni del Nord-Centro Italia. Le domande progettate sono racchiuse in quattro ambiti: formativo, organizzativo/ gestionale, deontologico ed emozionale.

Risultati. L'evidenza dei dati analizzati rileva la mancanza di documentazione di sostegno nella pratica assistenziale infermieristica e la scarsità di documentazione e/o implementazione di quella medica; l'insufficiente livello di condivisione nell'equipe medico- infermieristica e l' insufficiente formazione degli operatori, elemento indispensabile per acquisire professionalità e competenze specifiche.

L'infermiere ed il medico devono seguire la via dell'assistenza globale, dove il malato è al centro delle figure professionali che gli stanno accanto, ognuna con il proprio ruolo e le proprie competenze; il lavoro d'equipe è un modo di essere, di diventare, di crescere nel rispetto di se stessi

e degli altri ed è anche un cammino di autonomia nella condivisione di un progetto comune per il malato

Bibliografia

Di Mola G. Cure palliative. Approccio multidisciplinare alle malattie inguaribili. Masson, Milano, 1994.

Terapie Intensive aperte per una vita di qualità

11.00-11.15

Rianimazione aperta: una revisione della letteratura alla ricerca delle migliori prove di efficacia rispetto alla necessità di aprire le terapie intensive.

D. Cantù, Rianimazione, Az. Ospedaliera di Melegnano

L. Amari, Cardiologia e Unità Terapia Intensiva Cardiologica, Az. Ospedaliera di Melegnano

damianocantu@gmail.com

Background. Le Unità di Terapia Intensiva (ICU) hanno da sempre avuto una politica di restrizione all'accesso dei parenti al fine di tutelare il paziente dalle infezioni e dal possibile aumento dello stress dello stesso. Oggi le motivazioni di questa "chiusura" appaiono infondate e ci sono forti prove a favore dell'apertura delle ICU ai visitatori.

Scopo. Dopo l'esperienza triennale di ICU aperta, abbiamo voluto comprendere con un'analisi bibliografica le cause che spingono molte terapie intensive ad adottare ancora politiche restrittive in tema di presenza di familiari e visitatori.

Materiali e metodi: è stata effettuata una ricerca bibliografica attraverso le principali banche dati: Cinahl, Pubmed, Cochrane Library, dalle quali abbiamo analizzato 244 articoli e selezionati 60 per il nostro studio.

Risultati. Da uno studio del 2010, in cui vengono analizzate le principali cause di infezione su 5916 pazienti in ICU si evidenzia come la trasmissione delle infezioni tra un paziente e l'altro può essere ridotta attraverso adeguati interventi preventivi sul personale assistenziale, mentre non si menzionano rischi di infezioni connessi ai visitatori.

Studi italiani mostrano invece, come sia molto diffusa la pratica di protezione per l'accesso in terapia intensiva: (nel nord est 85% delle ICU richiede una forma di protezione, mentre 24% prevede un set completo di dispositivi di protezione (camici, sovrascarpe, mascherine, cuffie).

Negli studi dove si confrontano gli outcome derivanti da politiche restrittive in confronto a politiche più libere, si evidenzia che le complicanze settiche risultano simili nei campioni osservati.

Alcuni studi sostengono che le continue visite possono essere fonte di problemi tra famiglia e personale assistenziale, altri invece, affermano che il supporto dei familiari facilita la comunicazione tra paziente e infermiere, migliorando le procedure assistenziali e aumentando la soddisfazione degli assistiti.

Conclusioni. Dalla revisione della letteratura effettuata, non ci sono prove di efficacia che giustifichino la "chiusura" delle ICU e che la prevenzione effettuata dal personale d'assistenza con procedure semplici, quali il lavaggio delle mani, sia di maggior efficacia rispetto alla "chiusura" delle Terapie Intensive. Per questo è fondamentale diffondere questa procedura anche ai parenti dato che uno studio segnala che solo il 41% delle ICU richiede il lavaggio delle mani ai visitatori all'entrata.

Per quanto attiene all'umanizzazione delle cure, la presenza del familiare, se ben istruito sul comportamento della cura, migliora l'efficacia del processo di cura, sebbene questo può generare un aumento dei processi assistenziali.

Bibliografia

- ▲ Giannini A. Opening the ICU: views of ICU doctors and nurses before and after liberalization of visiting policies. *Critical Care* 2012 in – press
- ▲ Giannini A. The “open” ICU: not just a question of time. *Minerva Anestesiol.* 2010 Feb;76(2):89-90.
- ▲ Hassan KA, Hasan MK, Chowdhury MG, Akhter H. Aspect of infection in intensive care unit, prevention and control. *Mymensingh Med J.* 2010 Jul. 19 (3): 474-6

11.15-11.30

L'ospedale che accoglie: l'apertura dell'area di cura intensiva. L'esperienza dell'azienda ospedaliera di Perugia.

Rosita Morcellini, Marco Zucconi, Mario Amico, Liliana Esposito, Walter Orlandi, Manuela Pioppo, Sandra Sansolino, Berti Moira, Azienda Ospedaliera di Perugia
rmorcellini@alice.it

Premessa. La maggior parte delle terapie intensive negli ospedali italiani, limita, a fasce orarie ristrette, l'accesso di familiari ed amici. Studi recenti mostrano benefici legati all'implementazione dell'allargamento dell'orario di visita sia per i parenti e i degenti che per il personale sostenendo l'importanza della relazione infermiere-degente-parente. Inoltre non sono presenti in letteratura lavori scientifici che dimostrino la correlazione tra la presenza dei visitatori nelle Terapie Intensive e le infezioni legate all'assistenza.

Scopi. Nell'ambito del progetto “L'ospedale che accoglie”, L'Azienda Ospedaliera di Perugia ha fatto proprie le indicazioni del WHO sull'umanizzazione degli ospedali che si fonda sulla definizione di promozione della salute contenuta nella Carta di Ottawa del 1986, e in quest'ottica è stato avviato un percorso per sperimentare l'apertura nelle terapie intensive.

Materiali e Metodi. Al fine di conoscere le opinioni sull'apertura delle terapie intensive e indagare le diverse esigenze e aspettative sono stati costruiti, dei questionari ad hoc, semi-strutturati che sono stati somministrati a tre campioni: i familiari, gli infermieri e i medici.

Nello stesso tempo è stata pianificata la formazione di tutto il personale dell'area e l'individuazione dei tutor nelle unità di terapia intensiva con le seguenti funzioni:

- accoglienza del malato e dei familiari all'arrivo in ospedale;
- informazione ai familiari continua sul progetto di cura;
- filtro, tra il malato, i familiari e il personale medico e infermieristico nella continua spiegazione delle diagnosi, dei risultati delle ricerche effettuate durante la degenza;
- gestione della dimissione protetta.

Per l'adozione del progetto sono previsti anche cambiamenti organizzativi interni e nell'attività assistenziale.

Risultati e Conclusioni. Nell'Azienda Ospedaliera di Perugia ha avuto inizio il percorso verso “l'ospedale che accoglie” e l'apertura delle terapie intensive. Il cambiamento verso una maggiore apertura è possibile e viene percepito come un bisogno reale dalle diverse parti in causa. Al cambiamento strutturale ed organizzativo deve necessariamente corrispondere un adeguato cambiamento delle relazioni. La relazione interpersonale, infatti, presuppone una maturità da parte degli operatori, una buona conoscenza di se stessi, la coscienza delle proprie reazioni di fronte alle diverse situazioni e il valore della persona.

Bibliografia

- ▲ Rega ML, Cristofori E, et al. La rianimazione e la terapia intensiva aperta come esempio di umanizzazione dell'assistenza. *Scenario* 2006;23 (1): 16-26
- ▲ CDC. Guideline for isolation precautions: preventing transmission of infectious agents in health care setting. 2007

- ▲ Giannini A, Miccinesi G, Leoncino S. Visiting policies in Italian Intensive Care Units: a nationwide survey, *Intensive Care Med.* 2008
- ▲ Lee MD, Friedenbergs ES, et al. Visiting hours policies in New England intensive care units: strategies for improvement, *Crit Care Med* 2007, Vol 35, No 2

11.30-11.45

Umanizzazione delle cure: percepito degli operatori sugli effetti di una politica di visita aperta in medicina d'urgenza.

Virna Venturi Degli Esposti, Andrea Rossi, Anestesia Rianimazione 2 DEA, Torino
venturivirna@gmail.com virna.venturi@aslto2nord.it

Premessa. La medicina d'urgenza dell'ospedale G. Bosco ha posto in essere un progetto di liberalizzazione dell'orario di visita, vivendo una realtà di continuità assistenziale con la terapia intensiva "aperta", un esempio di umanizzazione delle cure. L'attuazione è subordinata all'adesione e alla motivazione del personale.

Obiettivo. Indagare le credenze e le attitudini verso una politica di visita aperta del personale che lavora presso il reparto.

Materiali e Metodi. E' stato eseguito uno studio osservazionale descrittivo somministrando a tutto il personale della s.c. medicina d'urgenza (19 infermieri, 9 medici, 8 operatori sociosanitari) il questionario BAVIQ (beliefs and attitudes toward visitation in icu questionnaire) che sonda le opinioni e le attitudini verso una politica di vita aperta.

Risultati. Sono stati analizzati 29 questionari. Complessivamente i rispondenti esprimono un accordo in merito all'effetto benefico delle visite alla persona assistita ed evidenziano che tale situazione possa aiutare nella guarigione e diminuire l'ansia dei famigliari.

Conclusioni: dallo studio emerge una propensione dei rispondenti all'apertura tuttavia il basso tasso di risposta degli operatori sociosanitari e la loro tendenza al disaccordo verso l'apertura, insieme all'alta frequenza di risposte neutre negli item a valenza negativa, ipotizzano che il progetto possa essere attuato, preceduto da condivisione e formazione specifica.

Bibliografia

- ▲ Giannini A. Open ICU: the case in favour. *Minerva anestesologica* 2007,73:299-306
- ▲ Burchardi H. Let's open the door. *Int care medicine*, 2002; 28:1371-2
- ▲ Van Horn T. Tesh: impact of critical care hospitalization on family members: stress and responses. *Dimension of critical care nursing* 2000; 19:40-9

11.45-12.00

Indagine sugli elementi fondanti il rapporto di fiducia nell'impatto iniziale tra infermieri e familiari nella Terapia Intensiva aperta.

Virna Venturi Degli Esposti, Anestesia Rianimazione 2 DEA, Torino
Emanuela Biagini, Studio I.T Associati, Torino
venturivirna@gmail.com virna.venturi@aslto2nord.it

Premessa. Il ricovero in ICU è un evento critico che coinvolge la persona assistita e il suo nucleo familiare. La realizzazione di un rapporto fiduciario è basilare nella relazione tra equipe e familiari. Comprendere gli elementi fondanti del rapporto, permette di orientare l'attività degli operatori in Terapia Intensiva (T.I.).

Obiettivo. Individuare e descrivere gli elementi fondanti il rapporto di fiducia nell'impatto iniziale tra infermieri e familiari in T.I. aperta.

Materiali e Metodi. E' stato realizzato uno studio qualitativo secondo il metodo fenomenologico. Sono state condotte 18 interviste non strutturate a risposta aperta ai famigliari di persone ricoverate in T.I. E' stato chiesto di descrivere il loro vissuto nell'impatto con la T.I. L'analisi dei dati svolta secondo il metodo di Van Kaam.

Risultati. Dall'analisi dei testi sono emersi 32 elementi strutturali preliminari, sintetizzati in 5 elementi essenziali. Emergono come elementi fondanti il rapporto di fiducia: soddisfare il bisogno di informazione attraverso una forma diretta realistica, comprensibile e in real time della comunicazione dei sanitari. Il condividere con il personale lo spazio permette di percepire elementi dell'organizzazione e della professionalità, prendere contatto con la realtà, l'agito professionale valorizza elementi di cura come il rispetto della persona, il coinvolgimento; l'ambiente strutturale aperto permette di diminuire la solitudine percepita e ipotizzare un intervento tempestivo in caso di necessità. Gli elementi possono essere generalizzabili in altri contesti.

Conclusioni. Lo studio ha permesso di evidenziare alcuni elementi fondanti il rapporto di fiducia in T.I. aperta. Gli elementi positivi della comunicazione, la condivisione dello spazio e del tempo sono essenza dell'esperienza vissuta potendo affermare la costituzione del rapporto di fiducia. Permette riflessione degli operatori sul modo di interpretare ruolo e costituire alleanza terapeutica, vedere un altro punto di vista consente di modulare l'agire quotidiano.

Bibliografia

- ♣ Giannini A. The "open" ICU: not just a question of time. *Minerva Anestesiol* 2010; 76: 89-90
- ♣ Henrich NJ, Dodek P, Heyland D et al. Qualitative analysis of an intensive care unit family satisfaction survey. *Critical Care Medicine* 2011; 39: 1000-1005
- ♣ De Lemons D, Chen M, Romer A, et al. Building trust through patient-centered behavior of primary care physician? *Med care* 2004 ; 42: 1049-1055

12.00-12.15

Terapie intensive aperte. Progetto Aniarti.

Silvia Scelsi, Vicepresidente Aniarti

Premessa. L'abbandono di una logica restrittiva degli accessi alle terapie intensive risulta ancor oggi scarsamente condiviso, nonostante l'apertura delle suddette aree rappresenti una svolta culturale radicale sia per il sistema salute italiano che per gli operatori tutti in quanto rafforza l'idea di responsabilizzazione e attiva partecipazione del paziente e familiare al processo di cura ed assistenza.

Obiettivo. Sensibilizzare tutti i partecipanti al congresso alla tematica in questione, favorendo una logica di miglioramento della qualità di vita e di lavoro nelle terapie intensive italiane.

Materiali e Metodi. Analisi di un anno di attività del progetto formativo itinerante "Terapie Intensive aperte" di Aniarti, discussione della proposta Disegno di Legge (DDL) "Disposizioni in materia di reparti di terapia intensiva aperta" e illustrazione della posizione congiunta assunta da Aniarti/Ipasvi.

Risultati. In un anno si sono svolti vari corsi con la partecipazione di moltissime persone. Da una prima analisi si riscontra interesse per la tematica ma anche resistenze al processo di apertura delle proprie terapie intensive, essenzialmente legate a logiche culturali ed organizzative. L'importanza della tematica per la qualità assistenziale italiana è indiscussa e fortemente ribadita dalla congiunta posizione Aniarti/Ipasvi e dal DDL stesso.

Conclusioni. Sicuramente è utile proseguire nel confronto diretto con gli operatori italiani, mediante corsi formativi e mediante la divulgazione del DDL.

15 novembre 2012 – Mattina - Sala Bianca

Bambini e qualità di vita

9:00-9:15

Il “tessuto” della comunicazione in terapia intensiva: la ricostruzione dell’identità del piccolo paziente e l’interazione con la famiglia.

Elisa Barzon, Sonja Perentaler, Vladimiro L. Vida, Massimo A. Padalino, Ornella Milanese, Giovanni Stellin, Cardiochirurgia Pediatrica e Cardiopatie Congenite, Dipartimento di Scienze Cardiache, Toraciche e Vascolari, Università degli Studi di Padova
elisabarzon@tiscali.it

Premessa. Presso il “Centro Gallucci” vengono operati ogni anno oltre 200 bambini affetti da cardiopatie congenite. I piccoli trascorrono di routine dopo l’intervento chirurgico alcuni giorni in osservazione presso la Terapia Intensiva, luogo raggiungibile dai loro genitori solo in alcuni momenti della giornata e per un tempo molto ristretto. La domanda che ci siamo posti è stata?

“Può un elemento non medico favorire l’accoglienza dei genitori e il contatto con il proprio figlio nei locali dedicati alle cure intensive ?

Scopo. Lo scopo di questo studio è quello di valutare l’impatto che può avere, sui genitori, una “copertina” colorata a mano e personalizzata posata sul letto del bambino nell’immediato post operatorio.

Materiali e Metodi. Il progetto coinvolgerà 50 bambini (n = 50) operati per cardiopatie congenite, da gennaio a settembre 2012. Vede due fasi:

Fase I: durante la visita dei genitori in terapia intensiva nella prima sera post operatoria (giornata 0) è posata sul lettino del bambino una copertina colorata a mano sulla quale è disegnato il nome del piccolo.

Fase II: il giorno successivo durante le visita dei genitori la copertina non viene fatta trovare. In questa occasione si consegna ai genitori un questionario semi-strutturato per studiare ed osservare le reazioni e le loro percezioni.

Risultati. Dall’analisi preliminare dei dati (sono stati raccolti 100 questionari), si individua che la “copertina”: è identificata dai genitori come un qualcosa di “utile”, “non banale”, dà “conforto”, “sollievo” e “aiuta a tranquillizzare”; rappresenta uno “spazio d’incontro” capace di facilitare la comunicazione con gli operatori sanitari e favorisce una re-interpretazione delle azioni di cura che vengono percepite meno tecniche ed impersonali; migliora la percezione di qualità assistenziale e professionalità nei confronti degli infermieri.

Conclusioni. Già preliminarmente si può concludere che la presenza di un’identificazione del paziente in terapia intensiva attraverso forme artistiche colorate è percepito dai genitori come un importante elemento di personalizzazione del trattamento, contribuendo ad accrescere l’eccellenza e la **qualità** delle cure fornite e stabilendo una "presa in carico" globale da parte del team coinvolto.

Bibliografia

- ▲ [Festini F, Occhipinti V, Cocco M, Biermann K, Neri S, Giannini C, Galici V, de Martino M, Caprilli S.](#) Use of non-conventional nurses' attire in a pediatric hospital: a quasi-experimental study. [J Clin Nurs.](#) 2009 Apr;18(7):1018-26.
- ▲ [Meyer EC, Snelling LK, Myren-Manbeck LK.](#) Pediatric intensive care: the parents' experience. [AACN CLIN](#) 1998 feb;9(1): 64-74
- ▲ Bood K. Coping with critical illness: the child in the ICU. [Nurs Crit Care.](#) 2000 Sep-Oct;1(5):221-4.

9:15-9:30

Applicazione della Pet Therapy in terapia intensiva pediatrica.

V. Acerboni, M. De Piero, R. Dedato, M. Bernoni, Terapia Intensiva Pediatrica, Ospedale dei bambini V. Buzzi, Istituti Clinici di Perfezionamento, Milano

valentina.acerboni@icp.mi.it

Introduzione. Durante l'ospedalizzazione la dimensione del tempo è diversa da quella della vita normale. La riduzione delle attività e delle relazioni quotidiane lascia più tempo di identificare la malattia con il proprio corpo e i propri pensieri: questo amplifica la sofferenza che altro non è che il processo di interpretazione mentale della malattia.

Per interrompere questo loop e cambiare il ritmo della giornata, è stata introdotta dal gennaio 2012 in Terapia Intensiva Pediatrica la Pet Therapy, rivolta soprattutto a bambini affetti da malattie cronico/degenerative sottoposti a ospedalizzazioni ripetute e talvolta prolungate.

La Pet Therapy già conosciuta per il recupero delle funzioni neuro-muscolo-scheletriche e delle relazioni interpersonali, è indicata anche per il recupero delle funzioni mentali, sensoriali e del dolore e quindi della sofferenza. La ricerca bibliografica, inoltre dimostra che l'introduzione della Pet Therapy non aumenta né di numero né di tipologia le infezioni ospedaliere.

Scopo. Lo scopo di una prima osservazione, svolta nei primi cinque mesi di attività, è stato quello di valutare l'impatto della Pet Therapy sugli operatori e sui genitori dei pazienti ricoverati, ritenendo questo aspetto fondamentale per favorire la relazione tra cani e bambini e per la prosecuzione del progetto.

Materiali e Metodi. Somministrazione di questionari semistrutturati, prima e dopo la permanenza dei cani nella struttura, ai genitori ed agli operatori.

Risultati. Il riscontro è stato estremamente positivo, con la constatazione che anche laddove esistano paure e diffidenza nei confronti dell'animale, queste siano superate dalla convinzione che l'adulto caregiver ha, del beneficio che il cane porta al vissuto di malattia e di ospedalizzazione del bimbo. Le informazioni date preventivamente ai genitori relativamente alle possibili infezioni, ai problemi igienici ecc., hanno inoltre quasi completamente azzerato le perplessità emerse in tal senso.

Conclusioni. Constatata la fattibilità del progetto è partita la seconda fase di osservazione avente lo scopo di valutare le reazioni psico-comportamentali dei pazienti (relazione, tranquillità, dolore...) nonché i livelli di stress degli animali mediante l'applicazione di strumenti e scale valutative validate. La presenza degli animali in Terapia intensiva cambia l'aspetto del reparto permettendo al paziente ed ai genitori di vivere una esperienza insolita ed inaspettata: i cani portano all'allegria, al dialogo e all'ascolto, distogliendo l'attenzione alla malattia, migliorando l'empatia delle relazioni e della comunicazione ed il vissuto dell'ospedalizzazione.

Bibliografia

- ^ Gruppo di lavoro MOR progetto Net Pet Therapy. Manuale operativo regionale. Veneto 2010

9:30-9:45

Cure palliative pediatriche: in ospedale come a casa, a casa come in ospedale.

A. Battaglia, C. Agosti, P. Popovic, Terapia Intensiva pediatrica Ospedale Dei Bambini V. Buzzi, Istituti Clinici Di Perfezionamento, Milano

anna.battaglia@icp.mi.it l.stabilini@libero.it

Introduzione. Cure palliative pediatriche CPP: sono rivolte soprattutto a bambini affetti da patologie inguaribili ma con una prospettiva di vita anche piuttosto lunga quali: malattie metaboliche, neuromuscolari, genetiche,...(oncologici/terminali: meno di un terzo).

Questi pazienti necessitano di un supporto multidisciplinare sia ospedaliero che territoriale, spesso di tipo intensivistico, per sfruttare le capacità residue e sostenere le funzioni vitali.

E' necessario però garantire la migliore qualità di vita riducendo al minimo il ricorso all'ospedalizzazione: i bambini che necessitano di supporto respiratorio, anche invasivo e continuato, (tracheotomizzato/ventilati 24/24 ore...) devono poter essere gestiti a casa e non costretti a vivere nei reparti di rianimazione, mettendo in grado le famiglie di accudirli e loro di svolgere una vita il più normale possibile frequentando gli amici ed anche la scuola.

Dal 2010 l'Ospedale Buzzi è centro di riferimento per le CPP in Lombardia.

L'esperienza maturata nella presa in carico ed assistenza, attualmente di circa 80 pazienti, ha permesso di sviluppare un percorso che prevede: accoglienza di pazienti in fase acuta o inviati da altre strutture ospedaliere anche fuori città/regione; valutazione delle condizioni respiratorie ed individuazione del tipo di supporto necessario (aspirazione, NIV, tracheotomia...); individuazione ed adattamento delle apparecchiature e delle interfacce a ciascun bambino; educazione dei genitori alla gestione del bimbo, delle apparecchiature e dell'assistenza fuori dall'ospedale.

Si garantisce reperibilità telefonica 24/24ore tutto l'anno per rispondere a dubbi/problemi; collaborazione col pediatra e l'assistenza territoriale per una gestione congiunta del bimbo (supporto clinico/formazione); visite e ricoveri in struttura in caso di patologie acute; la rivalutazione periodica delle condizioni: visite ambulatoriali o brevi ricoveri programmati all'interno della rianimazione anche per necessità di modificare il percorso di cura per la crescita; di pianificare con famiglia/pediatra/assistenti domiciliari il percorso e il limite delle cure.

Per ridurre ulteriormente lo stress legato al ricovero si è creato un ambiente specifico all'interno della rianimazione, di minore impatto e si garantisce la presenza dei genitori 24/24ore. Inoltre sono stati formati infermieri e medici specificamente per gestire questi aspetti assistenziali (con particolare attenzione al percorso educativo).

Bibliografia

- ♣ DGR Lombardia 11085/2010
- ♣ Legge 38/2010

9:45-10:00

Genitori e operatori insieme per una migliore qualità di vita.

Sabrina Iacuzzi, Patrizia Giacomini, Neonatologia, Azienda Ospedaliera Universitaria, Udine

Introduzione. Negli ultimi decenni i notevoli progressi compiuti nell'ambito dell'assistenza e cura dei neonati prematuri hanno portato ad una significativa riduzione della mortalità di bambini di peso ed età gestazionale molto basse. Parallelamente all'evoluzione degli aspetti diagnostico-terapeutici ha assunto sempre più importanza l'adozione di modelli assistenziali che tengano in considerazione l'estrema fragilità e complessità di questi neonati. La cura individualizzata dei piccoli pazienti, derivata da una attenta osservazione delle loro necessità, ha permesso di diminuire le esperienze stressanti del ricovero in Terapia Intensiva Neonatale (TIN); in un periodo di enorme sviluppo del sistema nervoso centrale, e quindi di alta plasticità, le modalità assistenziali giocano un ruolo preminente nella determinazione dello sviluppo neuro comportamentale e relazionale.

Scopo. Proprio nell'ottica di promozione dello sviluppo psicomotorio l'operatore della TIN ha il compito di avvicinare il genitore al proprio figlio, diminuendo la percezione delle barriere dovute ad un contesto altamente tecnologico, e incoraggiando un suo coinvolgimento progressivo nelle cure.

Materiali e Metodi. E' stata eseguita una revisione della letteratura con lo scopo di portare evidenza l'importanza della partecipazione attiva e la presenza dei genitori durante la degenza in TIN in termini di outcome del neonato.

Risultati. I risultati si sviluppano su due fronti: da un lato si ottengono esiti migliori a breve e a lungo termine nell'accrescimento e nello sviluppo dei piccoli pazienti, dall'altra si produce una diminuzione dello stress degli operatori, attraverso la costruzione di una alleanza terapeutica con i genitori.

Conclusioni. La creazione di un'alleanza terapeutica tra genitori e operatori produce un miglioramento delle condizioni clinico-assistenziali del piccolo.

Bibliografia

- ▲ Colombo G, Siliprandi N. La "care" dei genitori in Terapia Intensiva Neonatale. *Neonatologia* 1998 3:173-7

10:00-10:15

Qualità della vita in terapia intensiva neonatale.

Federica Moro, Anna Casalotti, Metella Deana, Elena Sigalotti, Elena Gratton, Silvia Di Bernardo, Valeria Chiandotto, Patologia Neonatale, Azienda Ospedaliera Universitaria, Udine
pestrin.roberta@aoud.sanita.fvg.it

Premessa. La nascita pretermine spezza drasticamente il legame madre-bambino in un momento determinante per l'evoluzione dello sviluppo psicomotorio e comportamentale ; la permanenza per un periodo prolungato nell'ambiente sovrastimolante tipico della terapia intensiva neonatale (TIN) produce modifiche che si riflettono sulla prognosi a distanza dello sviluppo .

Scopo. Costruire dei modelli organizzativi mirati alla facilitazione nella costruzione dei ritmi biologici fondamentali del neonato che tengano conto con pari considerazione sia delle risorse disponibili, in termini di strutture e di personale, sia delle esigenze delle famiglie.

Materiali e Metodi. Sono stati presi in esame i periodi di ricovero in post-acuto (condizioni di stabilità cardiorespiratoria, discreta autonomia alimentare): sono stati uniformati i modelli assistenziali poiché solo l'omogeneità di comportamento tra gli operatori (infermieri, medici, fisioterapisti...) può garantire un certo successo ; inoltre la concordanza nell'operatività produce un cambio culturale positivo durevole nel tempo.

Risultati. L'applicazione dei modelli organizzativi proposti ha determinato maggior consapevolezza nell'agire quotidiano degli operatori, che hanno interagito con maggior intesa con le famiglie rendendo più precoce e facile la dimissione dalla TIN.

Conclusioni. La qualità della vita del neonato nato prematuro o con altri problemi clinici dipenderà anche dai giorni passati all'interno del Reparto. Per questo motivo nelle diverse TIN devono essere stilati dei protocolli che tengano in massimo conto del futuro dei piccoli pazienti di oggi.

Bibliografia

- ▲ Gooding JS, Cooper LG, Blaine AI, Franck LS, Howse JL, Berns SD Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit. origins, advances, impact. *Semin Perinatol* 2011 Feb;35(1):20-8.
- ▲ Lickliter R. The fetus: atypical perinatal sensory stimulation and early perceptual development: Insights from developmental psychobiology. *Journal of Perinatology* 2000; 20: S45-54

10:15-13:0-

Esperienza di Terapia Intensiva Neonatale aperta

Carmelina Stabile, Terapia Intensiva Neonatale, Benevento

...Prepararsi al meglio

11:00-11:15

Nuovi sistemi di feedback in tempo reale per una rianimazione cardiopolmonare di qualità.

Guglielmo Imbriaco, Gaetano Tammaro, Federico Semeraro, Erga Laura Cerchiari, Terapia Intensiva, Ospedale Maggiore di Bologna

Antonio Frisoli, Claudio Loconsole, Filippo Bannò, PERCRO, Scuola Superiore S.Anna, Pisa

Luca Marchetti, Studio EVIL, Bologna

gu.imbriaco@rossoemergenza.it gu.imbriaco@inwind.it

Premessa. La qualità delle compressioni toraciche esterne (CTE) durante rianimazione cardiopolmonare (RCP) è associata a un incremento della sopravvivenza delle vittime. Grazie allo sviluppo di tecnologie innovative, sono attualmente disponibili diversi strumenti in grado di aiutare gli operatori a eseguire CTE con elevate performance (1).

Scopo. Descrivere i principali strumenti di feedback in tempo reale durante RCP e il loro razionale di impiego, sia in contesti clinici reali che in ambito simulato durante attività formative attraverso esperienze condotte presso l'ospedale Maggiore di Bologna.

Materiali e Metodi. Sono state valutate le performance durante CTE in contesto simulato da parte di operatori sanitari di area critica e laici senza sistemi di feedback e con differenti strumenti; MRX-Qcpr (Philips Medical Systems®), iCPR (applicazione per iPhone) e il prototipo Mini VREM (Mini Virtual Reality Enhanced Mannequin) che utilizza un sensore commerciale Kinect (Microsoft® co), unitamente a un software appositamente sviluppato per valutare profondità e frequenza delle CTE.

Risultati. L'utilizzo di sistemi di feedback in tempo reale durante RCP consente di ottenere migliori performance sia in termini di frequenza che di profondità delle CTE, nel rispetto delle indicazioni delle recenti linee guida ERC 2010. Il sistema Mini-VREM ha mostrato un incremento della performance delle CTE in contesto simulato attraverso l'utilizzo del sensore Kinect, comunemente utilizzato alla console X-BOX per videogiochi.

Conclusioni. Strumenti di feedback in tempo reale durante RCP, dai sistemi commerciali più complessi alle applicazioni per smartphones, hanno dimostrato di migliorare significativamente la qualità delle CTE sia in ambito clinico che durante formazione e il loro impiego può probabilmente comportare un incremento della sopravvivenza per le vittime di arresto cardiocircolatorio. Inoltre, il sistema Mini-VREM apre nuove prospettive in ambito formativo, in particolare per lo sviluppo di programmi di autoapprendimento o formazione a distanza, in un'ottica di maggiore diffusione delle manovre di RCP nella popolazione.

Bibliografia

- ♣ Abella BS, Alvarado JP, Myklebust H. Quality of cardiopulmonary resuscitation during in-hospital cardiac arrest. JAMA. 2005 Jan 19;293(3):305-10.

11:15-11:30

La valutazione delle competenze dell'infermiere in terapia intensiva.

Luca Innocenti, Sara Spataro, Sonia Moretti, Terapia Intensiva, Ospedale San Giovanni di Dio, Firenze

luca.innocenti@asf.toscana.it

lucinox@virgilio.it

Premessa. Quali sono le competenze dell'infermiere di terapia intensiva?

Partendo da questo quesito, abbiamo predisposto un questionario anonimo di auto-valutazione delle competenze basandosi su quello che offre la letteratura scientifica internazionale e su strumenti usati da agenzie di lavoro internazionali per valutare gli infermieri al momento dell'assunzione.

Scopo. Il nostro scopo è valutare le competenze del personale infermieristico per colmare i gap formativi e poter meglio orientare la formazione.

Materiali e Metodi. Questionario anonimo di autovalutazione mediante scala Likert 1 – 4. Prima della somministrazione il questionario è stato condiviso da 3 esperti del settore.

Il campione è stato il personale infermieristico del dipartimento delle Terapie Intensive dell'Azienda Sanitaria Firenze (San Giovanni di Dio, Santa Maria Nuova, Santa Maria Annunziata, Borgo San Lorenzo), selezionato per criterio di convenienza (personale in servizio nel periodo).

Periodo di studio: Aprile – Maggio 2011. I dati sono stati analizzati mediante il programma Epi - Info®.

Risultati. Sono stati compilati 77 questionari su un totale di 102 distribuiti (75%). I risultati hanno evidenziato una preparazione abbastanza sovrapponibile degli infermieri delle terapie intensive. Elevate abilità si hanno nella gestione farmacologica, nel settore respiratorio, nell'interpretazione di base dell'ECG, nel monitoraggio cardiaco e dei segni vitali.

Le principali carenze si manifestano nei settori dove la casistica è limitata: ECMO e paziente trapiantato (non presenti nei due ospedali), tamponamento cardiaco e gestione dello IABP, ustioni.

Le principali differenze evidenziate tra le Terapie Intensive sono collegabili alle discipline presenti in Ospedale: l'unica Terapia Intensiva che riporta un punteggio 3 – 4 elevato (71,6%) in ambito vascolare è quella del San Giovanni di Dio, unico ad avere una chirurgia vascolare.

Conclusioni. Lo studio ci ha permesso di creare un piano formativo aziendale per le Terapie Intensive mirato a colmare le lacune emerse, ottimizzando le risorse formative.

Il prossimo passo che intendiamo compiere è correlare le competenze alla qualità dell'assistenza erogata.

Bibliografia

- ♣ Kendall-Gallagher D, Aiken LH et al. Nurse specialty certification, inpatient mortality and failure to rescue. *J Nurse Scholarsh.* 2011;43:188-94.
- ♣ Wade CH. Perceived effects on specialty nurse certification: a review of the literature. *AORN J.* 2009;89:183 – 92.
- ♣ Kendall-Gallagher D, Blegen MA. Competence and certification of registered nurse and safety of patients in intensive care units. *Am J Crit Care* 2009;18:106-13.

11:30-11:45

Dalla simulazione alla realtà. Riduzione dei rischi di una procedura complessa: il trasporto extraospedaliero del paziente con supporto extracorporeo (ECMO). L'esperienza della terapia intensiva cardiovascolare di Cuneo.

A. Maccario, A. Fantino, S. Pighi, M. Bono, A. Verna, D. Bruzzone, P. Mondino, A. Locatelli,
Terapia Intensiva Cardiovascolare, Azienda Ospedaliera Santa Croce e Carle, Cuneo

maccarioandrea@libero.it

Premessa. Il posizionamento del supporto ECMO come “bridge to” trapianto nella nostra Azienda, prevede poi il trasporto del paziente presso il Centro Trapianti di riferimento (Ospedale Molinette di Torino). La casistica limitata rende questo avvenimento sempre “nuovo” e non privo di criticità legate alla ridotta esperienza e alla complessità della procedura.

Scopo. Ridurre i rischi per il paziente con supporto extracorporeo (ECMO) durante la procedura di trasporto verso il centro trapianti di riferimento.

Materiale e Metodi. Revisione del primo trasporto effettuato senza simulazione della procedura, individuazione e analisi delle criticità riscontrate. Ricerca di letteratura sull'argomento.

Simulazione di tutte le fasi della procedura:

- 1) Allestimento materiale e preparazione del paziente.

- 2) Fase di carico del paziente sulla barella.
- 3) Montaggio del circuito ECMO sulla barella.
- 4) Percorso dal reparto al DEA.
- 5) Fase di carico sull'ambulanza

Nella simulazione è stato utilizzato un manichino, il circuito completo ECMO, un contropulsatore, un monitoraggio e pompe infusionali. Personale coinvolto: Anestesista, Infermiere, Perfusionista, Operatore Sociosanitario, Autista.

Risultati. Nella revisione del primo trasporto effettuato sono state riscontrate criticità importanti legate alla sicurezza del paziente, in particolare nella fase di carico sull'ambulanza e alla tempistica legata al trasporto dalla degenza al DEA.

La simulazione ha permesso:

- 1) l'elaborazione di una procedura sicura e rapida, grazie anche all'implementazione strumentale della barella con un castelletto, studiato appositamente, per un migliore alloggiamento della consolle e del circuito;
- 2) razionalizzazione delle risorse umane impiegate;
- 3) applicazione, con successo, delle procedure ad un trasporto reale.

Conclusioni. Come riscontrato in letteratura, molteplici studi hanno dimostrato l'efficacia della simulazione nell'insegnamento di abilità procedurali e lavoro di squadra. La simulazione permette di studiare il modo migliore per affrontare una procedura, standardizzare manovre e comportamenti evitando l'improvvisazione.

Bibliografia

- ▲ [Okuda Y, Bryson EO, DeMaria S Jr, Jacobson L, Quinones J, Shen B, Levine AI](#). The utility of simulation in medical education: what is the evidence? Mt Sinai J Med. 2009 Aug;76(4):330-43.
- ▲ Ziv A, Ben-David S, Ziv M. Simulation based medical education: an opportunity to learn from errors. Med Teach. 2005 May;27(3):193-9.
- ▲ ELSO Guidelines for Cardiopulmonary Extracorporeal Life Support Extracorporeal Life Support Organization, Version 1:1. April 2009

11:45-12:00

Qualità in triage ospedaliero: alla ricerca dell'appropriatezza; esperienza del gruppo toscano formatori triage.

Marco Ruggeri, Dipartimento emergenza Accettazione, Az. Osp. Universitaria Careggi, Firenze
 Sabrina Tellini, Ospedale Nottola, Azienda USL 6, Siena
ruggema@gmail.com s.tellini@usl7.toscana.it

Premessa. Il Servizio Sanitario della Regione Toscana, si caratterizza per l'utilizzo di un sistema di triage intraospedaliero a 5 livelli di priorità che in ordine decrescente sono: rosso, giallo, verde, azzurro, bianco (DGRT n. 736/2001). La comparazione dei dati relativi agli accessi dell'utenza nei dipartimenti di emergenza (DE) toscani nell'anno 2004 aveva messo in evidenza una forte disomogeneità nelle distribuzioni delle assegnazioni dei codici colore tra un presidio e l'altro, certamente non dovuta solo alla diversificazione del case mix dei pazienti giunti alla porta degli ospedali, ma probabilmente imputabile agli algoritmi decisionali elaborati localmente, ad atteggiamenti difforni nei confronti della metodologia di triage, schede di triage diversificate dal punto di vista dell'applicativo informatico, e poco in linea con la metodologia di triage implementata durante la formazione

Tale disomogeneità è stata affrontata principalmente attraverso: adozione di algoritmi decisionali regionali per 19 sintomi di presentazione diffusi, mediante un programma sistematico di formazione di base e di retraining in triage di pronto soccorso, adozione di software uniforme diffuso a livello regionale, che permetta di introdurre al suo interno e guidare il processo decisionale degli algoritmi

di triage secondo i contenuti e gli step decisionali elaborati da parte del Gruppo Regionale Formatori Triage, consentendo di limitare la possibilità di errore umano e favorendo la raccolta sistematica di dati ai fini di audit e di statistiche descrittive o di correlazione

Scopo. Migliorare nei principali DE regionali la distribuzione sintomi di presentazione con particolare attenzione alla riduzione del sintomo “altri sintomi e disturbi”, migliorare la distribuzione dei 5 livelli di priorità con particolare attenzione ai codici minori, maggior appropriatezza assegnazione codice rosso.

Materiali e Metodi. Il Gruppo Regionale Formatori Triage ha lavorato congiuntamente alla definizione del metodo che ciascun Formatore ha applicato nel proprio DE, attraverso un primo incontro di discussione e condivisione, informazione ai colleghi, preceduto da una raccolta dati sulla stratificazione dei codici colore sia complessiva che per ogni account infermieristico, stratificazione dei sintomi guida/problemi principali in Pronto Soccorso inclusa la voce “altro sintomo o disturbo”, sia complessiva che per ogni account infermieristico, infine la stratificazione dei codici rossi attribuiti in Triage correlandoli con l’esito, sia complessiva che per ciascun account. Durante questo primo incontro ad ogni infermiere è stata consegnato il proprio report/performance su attività di Triage anno 2011 e trend primo trimestre 2012, antecedente l’incontro specifico. Ogni Formatore all’interno del proprio gruppo, dopo aver analizzato/commentato i dati generali, ha stabilito il margine di miglioramento in termini percentuali che si impone di raggiungere e di verificare al controllo.

A settembre, nuovo incontro specifico - a distanza di ¾ mesi – presso ciascun DE - che ogni Formatore farà, con nuove raccolte dati sugli stessi argomenti, con le stesse caratteristiche, che funge da “caso controllo” per la verifica del raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Discussione e Conclusioni. In realtà il lavoro svolto da ciascun Formatore nei vari DE regionali non è stato affatto semplice per la difficoltà di reperire i dati da ciascun applicativo nonostante gli aggiornamenti fin qui fatti. Per quanto riguarda soprattutto le attribuzioni dei codici minori queste risentono molto delle diverse organizzazioni che ciascun DE regionale adotta (fast-track, see and treat etc), mentre per quanto riguarda la distribuzione della casistica, dopo gli incontri mirati c’è stato un notevole miglioramento della distribuzione stessa, con una forte riduzione del sintomo “altri sintomi e disturbi”. I risultati che ogni Formatore GTT riporterà al Gruppo nell’ultimo incontro utile ci diranno quanto l’attività complessiva di questo anno del Gruppo Toscano Triage sia stata utile al raggiungimento degli obiettivi.

Bibliografia

- ▲ MacWay-Jones K, Marsden J. Emergency triage – second edition: Manchester Triage Group. 2006 BMJ Publishing Group
- ▲ Van der Wulp I. Reliability and validity of emergency department triage system. 2010
- ▲ Becattini G, Ruggeri M, Bambi S. L’esperienza del Gruppo Triage Toscano: dalla revisione degli algoritmi decisionali alla proposta di un metodo di lavoro. *L’infermiere* n.2/2011

12:00-12:15

Il laboratorio di infermieristica narrativa nell’insegnamento dell’infermieristica in area critica e della bioetica: un’esperienza al III anno del corso di laurea.

Davide Bove, Formazione Universitaria, ASL Roma C

Valentina Irpano, Ospedale S. Eugenio, ASL Roma C

Tiziana Amori, Università Roma Tre, Roma

Beatrice Albanesi, Ospedale Israelitico, Roma

davide.bove@gmail.com

Premessa. Nei curricula universitari infermieristici la narrazione è efficace per acquisire nuove competenze e facilitare un cambiamento dell’atteggiamento psico-relazionale. Per cambiare il processo formativo dell’infermiere è necessario intervenire sulla dimensione informale della formazione e comprendere gli aspetti latenti del tirocinio, che veicolano valori parimenti latenti, ma

potenti a tal punto da influenzare la costruzione dell'identità professionale. Da questa consapevolezza, è stato progettato il laboratorio di Infermieristica Narrativa.

Scopo. Sviluppare le competenze narrative, le capacità di ascolto, osservazione e relazione. Sensibilizzare alla narratologia per decifrare il modo in cui la persona ed i familiari vivono la malattia e la sofferenza, nelle patologie critiche o terminali.

Materiale e Metodi. Brani letterari, film e dipinti con tematiche relative alla criticità delle condizioni, oppure alla terminalità delle cure, al fine di comprendere tutti gli aspetti della malattia e della sofferenza e di educare alla gestione delle emozioni. Le griglie di lettura proposte hanno realizzato una formula metodologica rigorosa per apprendere ed esperire le abilità relazionali.

Risultati. Gli studenti hanno acquisito le capacità di: riconoscere l'ascolto dell'altro quale elemento fondamentale nella conoscenza reciproca; osservare attentamente atteggiamenti e comportamenti, attraverso la conoscenza della comunicazione verbale, non verbale e paraverbale; analizzare opere letterarie, pittoriche e filmiche al fine di interpretarne i metamesaggi.

Gli studenti si sono dimostrati partecipativi ed interessati. I questionari di valutazione del laboratorio somministrati hanno riportato una valutazione fortemente positiva.

Conclusioni. La competenza narrativa ha consolidato le conoscenze etiche e relative all'area critica. La sperimentazione della capacità di analisi del punto di vista clinico e narrativo ha offerto agli studenti la possibilità di costruire la competenza professionale in forma più completa ed ha permesso l'acquisizione della consapevolezza che la malattia può essere esternalizzata, passando da una concezione culturale di passività a quella di attività, attraverso la narrazione.

Bibliografia

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

15 novembre 2012 – Mattina - Sala Gialla

Lavorare e vivere cercando la qualità

9:00-9:15

040 “Vivere con un LVAD (left ventricular assist devices).

Chiara_Creatti, Dario Moriella, Davide Zanardo, Terapia Intensiva Cardiochirurgica, Azienda Osped. Universitaria, Udine

chiara.creatti@libero.it

Premessa. L'impianto di dispositivi cardiaci di assistenza ventricolare a flusso assiale LVAD (left ventricular assist devices) sono attualmente utilizzati come *destination therapy* (DT) nei malati di classe NYHA 4, la cui condizione li rende ineleggibili per trapianto di cuore (Franzier, et al. 2003). È dimostrato che a distanza di un anno dall'impianto queste persone trascorrono la maggior parte del tempo al di fuori dell'ospedale e hanno una buona qualità di vita (Allen et al., 2010).

Obiettivo. Descrivere e comprendere il vissuto di persone che vivono a domicilio con un LVAD a flusso assiale come DT.

Materiali e Metodi. Studio qualitativo fenomenologico, attraverso intervista semi-strutturata, a pazienti portatori di LVAD come DT presso il domicilio dopo più di un anno dalla dimissione. Le interviste, audio registrate e trascritte parola per parola, sono state elaborate tramite l'analisi del contenuto (LoBiondo – Wood & Haber, 2004).

Risultati. Dall'analisi dei dati sono emersi 4 temi principali: “accettare l'impianto”; “adattamento al nuovo stile di vita”; “impatto sulla qualità di vita”; “metafore: cosa significa vivere con un

LVAD". Dopo l' accettazione dell' impianto del dispositivo segue una fase di adattamento nello stile di vita che può comportare anche alcune difficoltà, limitazioni e necessità di aiuto da parte di un caregiver. Tuttavia, il dispositivo è ben accettato perché vivere con un LVAD significa continuare a vivere e mantenere o addirittura migliorare la propria qualità di vita.

Conclusioni. Le persone con LVAD riescono ad adattarsi al nuovo stile di vita e ad accettare il dispositivo come parte integrante del proprio corpo, mantenendo una buona qualità di vita. Lo studio evidenzia alcune criticità nel vivere quotidiano con un LVAD che potrebbero costituire ambito di approfondimento per poter offrire risposte assistenziali sempre più appropriate.

Bibliografia

- ♣ Allen, JG, Weiss ES, Schaffer JM, Patel ND, Ullrich SL, Russell SD, Conte JV. Quality of life and functional status in patients surviving 12 months after left ventricular assist device implantation. *The Journal of Heart and Lung Transplantation* 2010, 29(3), 278-285
- ♣ Frazier OH, Myers TJ, Westaby S, Gregoric ID. Use of the Jarvik 2000 Left Ventricular Assist System as a Bridge to Heart Transplantation or as Destination Therapy for Patients With Chronic Heart Failure. *Annals of Surgery* 2003, 237 (5), 631–637
- ♣ Lo Biondo-Wood G, Haber J. Metodologia della ricerca infermieristica. McGraw-Hill, Milano 2004

9:15-9:30

Studio osservazionale trasversale della sindrome del burnout nel personale di assistenza nelle unità operative di anestesia e rianimazione adulti.

Luana Gattafoni, Lucia Buzzi, Silvana Grandi, Lucia Golfieri, Valentina Ruscelli, Paola Paganelli, Terapia Intensiva Cardiochirurgica, Ospedale Maggiore, Bologna

luanagattafoni@virgilio.it

Introduzione. Il progresso in medicina di questi ultimi anni è stato caratterizzato da un allungamento dell'età dei pazienti. Ciò ha portato ad un aumento delle patologie concomitanti, congiunto all'aumento della complessità assistenziale e alla difficoltà dell'assistenza personalizzata, rivoluzionando il rapporto tradizionale dell'uomo con la vita. Non meno rilevante l'aspetto concernente le energie psico-fisiche utilizzate dal personale che deve assistere le persone in fase terminale, il dolore dei pazienti e dei familiari: tutto questo può portare a situazioni di stress lavorativo con conseguente esaurimento emotivo e ridotta realizzazione personale che, protratti nel tempo possono portare alla sindrome del burnout.

Scopo. Attestare la prevalenza del burnout nel personale infermieristico, fisioterapico, di supporto e di coordinamento nelle Rianimazioni/Terapie Intensive Adulti che assistono i pazienti in condizioni critiche. Determinare il livello di burnout, valutare le principali fonti di stress, il grado di soddisfazione lavorativo, la presenza/assenza di disturbi psicologico clinici.

Materiale e Metodi. Sono stati somministrati ai partecipanti alcuni questionari autovalutativi:

- 1) Maslach Burnout Inventory (MBI) per valutare la presenza della sindrome del burnout;
- 2) Coping Orientations to the Problem Experienced (COPE) per valutare le modalità per fronteggiare delle situazioni psicologicamente stressanti;
- 3) è stata data la possibilità di un colloquio psicologico-clinico facoltativo per la valutazione della sofferenza psicologica.

Risultati. Dall'analisi dei dati è emerso che il campione, composto da 190 persone di cui 67 maschi e 123 femmine (età media 37,28 anni), tende ad essere sottoposto maggiormente a depersonalizzazione ed anche le altre scale forniscono dati vicini ai livelli soglia: esaurimento emotivo 19,76, ridotta realizzazione personale 35,46.

Conclusioni. I dati riportati portano ad una riflessione rispetto al fatto che adeguati percorsi di formazione e supporto mirati al potenziamento di strategie di coping adattive potrebbero favorire bassi livelli di alcune scale che caratterizzano la sindrome del burnout.

Bibliografia

- ▲ Embriaco N, Papazian L, Kentish-Barnes N, Pochard F, Azoulay E. Burnout syndrome among critical care healthcare workers. *Curr Opin Crit Care*. 2007 Oct;13(5):482-8
- ▲ McClendon H, Buckner EB. Distressing situations in the intensive care unit: a descriptive study of nurses' responses. *Dimens Crit Care Nurs*. 2007 SepOct;26(5):199-206
- ▲ [Reader TW](#), [Cuthbertson BH](#), Decruyenaere J. Burnout in ICU: potential consequences for staff and patient well-being [Intensive Care Med](#). 2008 Jan;34(1):4-6. Epub 2007 Oct 18

9:30-9:45

Qualità di vita e benessere psicofisico del personale operante nel servizio di emergenza-urgenza dell'Alto Adige.

Michele La Notte, Cristina De Paoli, SUEM 118 Alto Adige

michelelanotte@alice.it Michele.La-Notte@provinz.bz.it

Premessa. La soddisfazione lavorativa ed il benessere psicofisico degli operatori sanitari hanno un ruolo di rilievo nella qualità delle prestazioni fornite. Sono temi di interesse e di sempre maggiore centralità. In ambito sanitario valutare il livello di "salute" degli infermieri attraverso una metodologia di ascolto attivo che faccia emergere la consapevolezza che gli stessi hanno del proprio vissuto lavorativo risulta sempre più importante. Attraverso un'indagine sul benessere psicofisico del personale operante nel servizio di emergenza – urgenza dell'Alto Adige si può dar vita a un'analisi che possa consentire la definizione di strategie di azione e di auto-azione in base alle indicazioni e suggerimenti giunti dal personale.

Obiettivo. L'obiettivo del presente studio è quello della valutazione della qualità della vita e la presenza di eventuali sintomi come per esempio ansia, depressività, insonnia, agitazione, tensione, inappetenza, che possano indicare la presenza di burn-out, nonché il grado di soddisfazione lavorativa e la possibile diminuzione della qualità delle prestazioni erogate, del personale operante nel servizio di emergenza – urgenza dell'Alto Adige.

Materiali e Metodi. È stato utilizzato un questionario anonimo, auto-somministrato, distribuito a tutto il personale infermieristico (n =80):

Tale strumento è composto dal Maslach Burnout Inventory (MBI), dal General Health Questionnaire (GHQ-12), dal QUISO e dal SF 36.

Sui dati ottenuti è stata condotta un'analisi di regressione logistica multipla, per identificare le variabili predittive di burn-out e di stato ansioso-depressivo. hanno risposto al questionario la totalità del personale.

Risultati. Ha risposto al questionario la totalità del personale (35 infermieri). Da una prima analisi sommaria emerge che il personale è molto preoccupato del problema burn-out nel suo ambito lavorativo ed è altresì consapevole di essere "disarmato" per poter affrontare, riconoscere e conoscere il problema. emerge anche una richiesta di poter avere delle basi per poter riconoscere l'esordio dei sintomi, chiede anche delle strategie per poterlo affrontare.

Dall'analisi delle domande relative ai singoli aspetti della soddisfazione si vuole provvedere a individuare le aree di maggiore stress lavorativo che potrebbero portare al burnout e, attraverso lo strumento di sedute di supervisione del personale, lavorare per attenuare i fattori scatenanti lo stress e come conseguenza di avere un aumento della qualità di vita, di benessere psicofisico e non per ultimo un aumento della qualità delle prestazioni erogate.

9:45-10:00

Qualità di vita degli infermieri e stabilità organizzativa: indagine esplorativa trasversale nel dipartimento emergenze e terapie intensive dell'Azienda Ospedaliero Universitario Integrata di Verona.

Stefano Bernardelli, Alfio Patanè, Martina Bertacco, Patrizia Copelli, Elisabetta Allegrini,
Dipartimento Emergenze e Terapie Intensive, Az. Ospedaliero Universitario Integrata, Verona
bernardelli.stefano@alice.it

Premessa. Attrarre e trattenere al proprio interno gli infermieri, sono dinamiche che, da sempre, suscitano l'interesse delle organizzazioni sanitarie di diversi paesi, una delle esperienze più significative in questo senso è quella del Magnet Hospital. La ricerca condotta fino a oggi su questo genere di ospedali documenta alte percentuali di soddisfazione tra il personale infermieristico, un basso turn over e una migliore qualità dell'assistenza erogata e una migliore qualità di vita degli infermieri.

Obiettivo. Scopo dello studio è valutare in base al modello empirico Magnet Recognition Program la percezione sulla qualità di vita degli infermieri nel dipartimento di emergenza e terapia intensiva

Materiali e Metodi. Lo studio esplorativo trasversale con campione di convenienza rappresentato dagli infermieri che lavorano in 2 terapie intensive polivalenti e 2 pronto soccorso dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona.

La rilevazione dei dati è stata effettuata utilizzando la *Mueller-McCloskey Satisfaction Scale*.

Risultati. Il questionario è stato sottoposto a 224 infermieri, con 172 ritorni e una percentuale di adesione del 77%. I lavoratori di sesso femminile sono la forte maggioranza con il 75 %, mentre i maschi sono il 25%, e la fascia d'età maggiormente è quella dai 26 ai 35 anni con il 54,1%. Lo stress non lavoro correlato è assente nel 75% dei soggetti, mentre è presente lo stress lavoro correlato nel ben 83,1% con importanti ripercussioni sulla qualità di vita e il benessere sul posto di lavoro e sul clima organizzativo; senza ovviamente dimenticare l'impatto sulle cure erogate ai pazienti.

Conclusioni. I soggetti coinvolti hanno disegnato una situazione complessiva in accordo con la letteratura internazionale e che descrive certamente aree di potenziale miglioramento.

Occorrono, però altri studi per identificare "fattori di magnetismo" specifici di contesti diversi volti a validare un modello di ospedale magnete maggiormente adattabile al contesto italiano.

Bibliografia

- ▲ [Aiken LH, Poghosyan L. Evaluation of "magnet journey to nursing excellence program " in Russia and Armenia. J Nurs Scholarsh. 2009;41\(2\):166-74.](#)
- ▲ [Kramer M, Schmalenberg CE. Best quality patient care: a historical perspective on Magnet hospitals. Nurs Adm Q. Jul-Sep 2005;29\(3\):275-87.](#)
- ▲ [Bulgarelli G, Cerullo F, Chiari P, Ferri P, Taddia P. Characteristics of successful hospitals: the magnet hospitals. Assist Inferm Ric. Jan-Mar 2006;25\(1\):29-34.](#)

10:00-10:15

Indagine conoscitiva sul vissuto dei parenti di persone sottoposte ad intervento cardiocirurgico durante l'attesa di informazioni sull'esito dell'intervento.

Mirko Aletta, Paola Paganelli, Servizio di Anestesia e Rianimazione Cardiocirurgica, Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico S.Orsola – Malpighi, Bologna

Introduzione. L'ingresso in Terapia Intensiva è sicuramente considerato evento stressante e ansiogeno per il paziente e la famiglia, poiché rappresenta un evento critico, drammatico e che avviene spesso senza che ci sia il tempo per riuscire a comprendere la gravità della patologia.

Obiettivo. Conoscere il vissuto e il livello di soddisfazione dei familiari delle persone ricoverate nell'unità operativa di Anestesia e Terapia Intensiva Cardiocirurgica del Policlinico S.Orsola-Malpighi di Bologna, in attesa di ricevere notizie sull'esito dell'intervento, al fine di poter verificare se sia possibile apportare miglioramenti.

Materiale e Metodi. Indagine conoscitiva effettuata sui parenti dei ricoverati attraverso la distribuzione di un questionario, composto da 21 domande a risposta multipla: Il questionario è stato distribuito in forma anonima in maniera sequenziale, previo consenso informato.

L'arruolamento prevedeva un campionamento attraverso 50 questionari con i soli criteri di esclusione rappresentati dalla non conoscenza della lingua italiana e da alcune tipologie di interventi quali il trapianto cardiaco e gli interventi su pazienti pediatrici.

Risultati. Le famiglie hanno dichiarato soddisfazione nelle cure generali, riconoscendo sia abilità e competenza all'equipe infermieristica e medica, sia l'utilità delle "restrizioni" adottate dalla Terapia Intensiva. Di contro, si è potuto registrare una insoddisfazione per l'atmosfera in sala d'attesa, e situazioni variabili per quanto concerne l'esigenza di un supporto psico-sociale, le emozioni provate e le difficoltà di comprensione di alcuni termini utilizzati.

Discussione. Per rispondere in maniera olistica alle mutevoli necessità dei parenti, si devono aggiungere alle conoscenze le abilità di counseling. Un approccio iniziale errato può spesso condizionare l'iter seguente rappresentato dal contesto, dalla patologia, dall'ambiente ma soprattutto dallo stato psicologico della persona e dei suoi familiari. Soddisfare tutti questi fattori non è cosa semplice, soprattutto se vi aggiungiamo lo stress e la routinarietà dell'operatore.

Conclusioni. Sicuramente sono necessari ulteriori approfondimenti, ma già con questi iniziali dati si possono apportare considerevoli miglioramenti. Tra ciò che a breve ci si auspica: l'apertura della nostra U.O. ad orari di visita più "flessibili" e l'inserimento del questionario nel PDTAR (percorso diagnostico terapeutico assistenziale riabilitativo) del paziente cardiocirurgico.

Bibliografia

- ^ Hampe SO. Needs of the grieving spouse in a hospital setting. *Nursing Research*, 1975; 24:113-120
- ^ Mendonca D, Warren NA. Perceived and unmet needs of critical care family members, *Critical Care Nursing Quarterly*, 1998; 21:58-67
- ^ Kleiber C, Halm M, Titler M, Montgomery L A, Johnson S K, Nicholson A et al. Emotional responses of family members during a critical care hospitalization. *American Journal of Critical Care*, 1994; 3:70-76

Qualità di vita in emergenza

11:00-11:15

L'ipotermia terapeutica dopo arresto cardio-circolatorio: dalla gestione preospedaliera alla gestione in terapia intensiva.

G. Dilettoso, Centrale Operativa 118, Ospedale Niguarda Cà Granda. Milano

C. Graglia, Unità Cure Intensive Cardio Toraciche, Ospedale Niguarda Cà Granda, Milano

gianluca.dilettoso@118milano.it

Premessa. Nei pazienti vittime di arresto cardiocircolatorio con ripresa di circolo, il danno post anossico cerebrale è la principale causa di morbilità e mortalità. Dopo la ripresa di circolo è di comune riscontro un periodo di ipertermia, diversi studi dimostrano una associazione tra ipertermia post arresto cardiaco e prognosi infausta. L'introduzione della tecnica di ipotermia terapeutica lieve-moderata attualmente si afferma come un ottima strategia per migliorare l'outcome neurologico e la sopravvivenza delle persone. Il dubbio permane su "Quando iniziare? in sede preospedaliera o attendo di arrivare in terapia intensiva?" e "In sede preospedaliera come inizio?"

Scopo. Analizzare ed individuare i punti critici assistenziali, a cui potrebbe andare incontro la persona in ipotermia terapeutica, determinare la tempistica e la metodologia corretta per iniziare l'ipotermia terapeutica.

Materiale e Metodi. Un'analisi della letteratura odierna utilizzando le principali banche dati (Pub Med, Cochrane Library, CINAHL). Parole chiave usate: Heart arrest; Hypothermia induced; Cardiac Arrest; Nursing Role; Cardiopulmonary resuscitation(CPR); Out of hospital CPR.

Risultati e Conclusioni. La letteratura non pone dubbi sull'importanza dell'ipotermia terapeutica, sottolinea la rilevanza della tempistica e della metodologia per un successo dell'ipotermia terapeutica. Questo ha permesso di identificare i passaggi critici assistenziali portando dei cambiamenti alle procedure infermieristiche. Il punto chiave rimane il "time to cool", prima inizio maggiori sono le probabilità di migliorare l'outcome neurologico e migliorare la qualità di vita.

Bibliografia

- ♣ Taccone FS, Donadello K, Beumier M, Scolletta S. When, where and how to initiate hypothermia after adult cardiac arrest. *Minerva Anestesiologica*. Sep 2011; 77(9): 927-933
- ♣ Presciutti M, Bader MK, Hepburn M. Shivering management during therapeutic temperature modulation: Nurses' Perspective. *Critical Care Nurse*. Feb 2012; 30(1):33-42
- ♣ Arrich J, Holzer M, Herkner H, Mullner M. Hypothermia for neuroprotection in adults after cardiopulmonary resuscitation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 4. Art. No.: CD004128. DOI: 10.1002/14651858.

11:15-11:30

Cerebropatia vascolare acuta: aspetti qualitativi dell'assistenza infermieristica nella fase extra ospedaliera.

Erika Ceciliato, Consuelo Pavani, Luca Guerra, Marco Sommacampagna, Centrale Operativa 118, Azienda ULSS 18 Rovigo
conny654@vodafone.it

Obiettivo. L'ictus ischemico è patologia tempo dipendente. Per ridurre il tempo tra esordio e trattamento, in Polesine utilizziamo un protocollo di gestione extraospedaliera che seleziona pazienti per trombolisi e precoce ri-perfusione cerebrale. A chi contatta il 118 riferendo sintomi suggestivi per ictus, viene somministrato il test di Cincinnati (CPSS, Cincinnati Prehospital Stroke Scale). Il punteggio del test è sistematicamente riportato sulla scheda della chiamata. Il soccorso è generalmente gestito inviando un MSB (ambulanza con infermiere). Sul target, l'Infermiere somministra nuovamente il CPSS e se riscontra una reale positività richiede alla CO 118 l'attivazione del Protocollo Stroke. Questo studio retrospettivo ha verificato l'efficacia degli Infermieri nel dispatch telefonico e nell'assistenza extraospedaliera dello stroke.

Materiali e Metodi. Dal 15/11/2010 al 15/6/2011 abbiamo analizzato le chiamate triagate come "codice giallo neurologico". Il campione è stato suddiviso in 3 gruppi: a) Veri positivi (ictus alla chiamata, ictus sul target) b) Falsi negativi (non ictus alla chiamata, ictus sul target) c) Falsi positivi (ictus alla chiamata, non ictus sul target).

Risultati. I dati a nostra disposizione confermano che gli infermieri-dispatcher del 118 Rovigo, somministrando telefonicamente il CPSS, ottengono un'elevata specificità (84.4%) e una discreta sensibilità (67.4%) nel prevedere un percorso adeguato per il paziente con sospetto ictus. La somministrazione del CPSS al 58% dei pazienti con sospetta patologia neurologica di qualsiasi tipo e gli altri criteri di triage, consentono di attivare il solo MSB nel 61,71% dei casi, risparmiando risorse.

Conclusioni. Nella maggior parte degli stroke l'assistenza extraospedaliera viene svolta esclusivamente dall'Infermiere con supervisione telefonica del medico di Centrale. Solo nel 3% di tutti i codici neurologici viene richiesto il Rendez-Vous. Il protocollo Stroke consente all'infermiere di svolgere autonomamente vari compiti previsti dal Codice deontologico, portando precocemente il paziente colto da stroke ad una precoce ri-perfusione cerebrale migliorando così l'outcome.

Bibliografia

- ▲ Comitato Ictus Area Vasta Provinciale di Rovigo. Protocollo per la gestione dell'ictus rivascolarizzabile nell'Area Vasta Provinciale di Rovigo. Rev. n. 01 Del 27/05/2009
- ▲ Studio SPREAD (Stroke Prevention and Educational Awareness Diffusion), "Ictus cerebrale: linee guida italiane" V edizione, Pubblicazioni Catel – Hyperphar Group SpA, Milano, 2007
- ▲ DGR Veneto n. 4198 del 30/12/2008, Bur n.9 del 27/01/2009

11:30-11:45

Il trattamento precoce del dolore acuto in pronto soccorso.

Sofia Soccorsa, Valeria Berti, Francesca Raggi, Nicoletta Marchesini, Lorenzo Marsigli, Dario Sbano, Andrea Magelli, Angela Cazzoli, Maurizio Ongari, Marco Giuliani, Tamara Russo, Barbara Neri, Elisabetta Vignoli, Carlo Descovich, Pronto Soccorso, Appropriatelyzza Clinica e Technology Assessment, Emergenza Territoriale, Ausl di Bologna
 Pronto Soccorso Ospedale di Bazzano e Ospedali di Bentivoglio-Budrio-San Giovanni in Persiceto
russotamara@virgilio.it

Premessa. Il dolore in Pronto Soccorso viene abitualmente sottostimato e sottotrattato per una serie di fattori quali:

- 1) backgrounds religiosi/filosofici (concepire 'il dolore come prova esistenziale necessaria, come esperienza catartica);
- 2) da convinzioni professionali che oggi appaiono superate ('abolizione del dolore sottrae al clinico elementi utili per la diagnosi');
- 3) dall'abitudine a concentrare gli sforzi sulla scoperta della causa del dolore piuttosto che a tener conto della sofferenza dei pazienti;
- 4) da carenza di formazione specifica sull'analgesia
- 5) dalla carenza di Linee Guida (LG) pratiche.

Ciò causa un prolungamento inutile di sofferenza del paziente, e influenza negativamente il suo rapporto di fiducia con la struttura e il personale sanitario.

Materiali e Metodi. Nel settembre 2007 nel Dipartimento di Emergenza dell'AUSL di Bologna è stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare, per elaborare un progetto di miglioramento per l'assistenza ai pazienti con dolore nei Pronto Soccorso aziendali, basato sulla sensibilizzazione degli operatori al tema, sulla formazione a una valutazione appropriata del dolore e sul trattamento del dolore prima della visita medica, da parte del personale infermieristico dell'accoglienza. Il gruppo di lavoro ha utilizzato il metodo dell'Audit Strutturato.

Elementi innovativi del progetto sono:

- 1) introduzione del dolore tra i parametri vitali da rilevare all'arrivo del paziente in Pronto Soccorso (fase di triage);
- 2) introduzione della scala numerica NRS tra gli strumenti della valutazione iniziale (fase di triage);
- 3) adattamento locale di una Linea Guida internazionale per il trattamento del dolore acuto in Pronto Soccorso;
- 4) formazione degli operatori dei Pronto Soccorso, medici e infermieri, sui contenuti e gli scopi del progetto, sugli aspetti medico-legali e sui risultati attesi.

Risultati attesi. Miglioramento complessivo dell'approccio al dolore nelle nostre strutture di emergenza, legato a una riduzione dei tempi al trattamento, adeguato approccio al dolore durante il tempo di permanenza del paziente in Pronto Soccorso, puntuale prescrizione di terapia antidolorifica a domicilio. Indicatori di valutazione: aumento del numero di pazienti con dolore valutati con la scala di valutazione (NRS) appropriata; riduzione dell'intervallo di tempo dalla presentazione in PS alla somministrazione di terapie antidolorifiche; riduzione dei punteggi della

scala dolore dopo terapia; aumento del numero di rivalutazioni di pazienti trattati per dolore; aumento del numero di prescrizioni di antidolorifici; miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci antidolorifici.

Discussione e Conclusioni. Rappresenta in Italia una esperienza originale per quanto riguarda il contenuto, il setting (Pronto Soccorso di grandi dimensioni) e la valorizzazione della professionalità infermieristica.

11:45-12:00

Valutazione di qualità del processo di triage.

S. Battista, P. Bosco, E. Corona, R. De Gennaro, F. Morandi, A. Nastri, O. Passeri, M. Pecorino Meli, Pronto Soccorso, Fondazione IRCCS Cà Granda, Milano
comita63@libero.it coordinatorips@policlinico.mi.it

Obiettivo. La rilevanza e complessità del processo di triage implicano una revisione critica dell'attività per identificare criticità e punti di forza mediante una valutazione sistematica della qualità del servizio di triage.

Materiali e Metodi. Lo studio retrospettivo ha considerato gli accessi al Pronto Soccorso Generale nell'anno 2011. E' stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare. Sono state campionate 450 schede rispettando la distribuzione percentuale dei codici colore e l'equa presenza al triage (almeno 20 schede per operatore). E' stato definito un pannello di indicatori: sintomo principale, codice colore assegnato, rivalutazione clinica/strumentale, rilevazione dei parametri, cambio di codice, tempi d'accesso al triage e alla visita. Sono inoltre stati valutati il rispetto della privacy, il n. di allontanati, job e customer satisfaction. I principali sistemi di riferimento utilizzati per la definizione degli indicatori di qualità sono stati le linee guida della Regione Lombardia e del Gruppo Formazione Triage, l'Australasian Triage Scale, la Canadian Triage and Acuity Scale e la procedura in uso.

Risultati. Buona parte dati emersi della review risultano in linea con la letteratura. Il codice colore è stato correttamente assegnato nel 89% dei casi, vengono rispettati tempi e modalità di rivalutazione e d'accesso alla visita, sono stati effettuati 14 cambi codice (3,6%). La rilevazione completa del pannello di parametri, ha registrato un trend in crescita che si è attestato intorno al 85% a dicembre 2011, con ulteriore miglioramento nel 2012. La normativa sulla privacy non viene rispettata, il n. degli allontanati dal triage risulta oltre lo standard e sono emersi alcuni deficit informativi. Risulta particolarmente critico il fenomeno del sovraffollamento e in particolare "il boarding" che interferisce pesantemente sui processi assistenziali, sulla qualità percepita e sulla soddisfazione dello staff.

Conclusioni. Le sottostime non hanno avuto ricadute negative sull'outcomes dei pazienti, sono stati pianificati correttivi per il contenimento (sistematicità nell'analisi, monitoraggio degli eventi sentinella, audit clinico, retraining formativo). Sono stati adottati interventi per la gestione del sovraffollamento (profili diagnostici al triage e programma di bed management) e per migliorare il sistema informativo.

Bibliografia

- ▲ Lumini E, Berenger CC, Becattini G. Qualità e sicurezza del processo di triage: uno studio osservazionale retrospettivo. *L'Infermiere* 2011;48;1:20-26
- ▲ Gadda G, Destrebecq AL, Bollini G, Terzoni S. Creazione di un sistema di valutazione della qualità del processo di triage infermieristico. *Professioni infermieristiche* 2009;62(4):227-231
- ▲ Ministero della salute, Gruppo di lavoro ristretto mattone 11, Definizione del sistema di valutazione dei pazienti (trriage PS e 118), 2007

12:00-12:15

Un pronto soccorso organizzato per intensità di cure: il modello Parma.

Walter Rossi, Katia Caleffi, Teresa Di Bernardo, DEA Pronto Soccorso, Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma

wrossi@ao.pr.it

Il nuovo pronto soccorso di Parma, una struttura moderna e all'avanguardia, espressione della tecnologia più avanzata che coniuga spazio e materiali per dare forma ad un'architettura innovativa al servizio del paziente. Un'area assistenziale di 3900 mq formata da tre "macro zone" che risponde alle più elevate esigenze assistenziali. Diciotto le postazioni per codici di media intensità, otto le singole postazioni per accessi a elevata intensità e un'area ambulatoriale dedicata a patologie a bassa complessità sono il quadro completo di questa nuova struttura dove la vera novità è la centralità del paziente rispetto al servizio. Il modello architettonico diventa quindi espressione dell'organizzazione clinica, basata sull'intensità delle cure dove i settori stessi sono previsti di una zona di controllo centrale con postazioni per il trattamento dei pazienti disposte a raggiera tali da consentire il controllo visivo e migliorare efficacia ed efficienza degli operatori. Per il paziente il nuovo modello si traduce in minori spostamenti e il completamento quasi totale del percorso assistenziale e della diagnostica nella postazione di pronto soccorso. La transizione dal modello organizzativo per ambulatori del vecchio PS rispetto al nuovo modello organizzato per aree d'intensità di cura ha visto il rafforzarsi di un approccio organizzativo assistenziale nuovo costruito su criteri di flessibilità e integrazione dell'utilizzo delle risorse e delle competenze. Il miglioramento dei percorsi di presa in carico a livello assistenziale in funzione dei nuovi assetti organizzativi e strutturali del Pronto Soccorso, l'assicurare, nell'ottica dell'utilizzo razionale delle risorse, un modello di gestione integrata del personale assistenziale, il valorizzare l'impegno, le competenze acquisite del personale stesso e il miglioramento del clima organizzativo interno sono stati gli obiettivi raggiunti durante questi due anni che hanno avvicinato Parma verso un nuovo modo di fare assistenza.

15 novembre 2012 - pomeriggio - Sala Rossa

Sessione speciale 1

Tavola rotonda: La qualità della vita al suo limite: (per) una responsabilità nuova.

14:30- 14: 50

La quotidianità degli infermieri con il fine-vita.

Giusti Gian Domenico, Area Critica Unità di Terapia Intensiva, Azienda Ospedaliera di Perugia

giustigiando@aniarti.it

Introduzione. Le Terapie Intensive (ICU) grazie all'uso di tecnologie e professionalità avanzate, come tutti i reparti ad alta intensità assistenziale (H-CARE), danno una percezione di "immortalità" tra le persone comuni. Questa convinzione, spesso radicata anche tra il personale sanitario, si scontra con i dilemmi etici che i professionisti quotidianamente incontrano. Il fine-vita (end-of-life: EOL) è un tema che incontra numerosi pensieri differenti all'interno della professione infermieristica, questi sono influenzati dalla formazione, dalla cultura e dagli aspetti religiosi.

Materiali e Metodi. È stata effettuata una revisione della letteratura utilizzando i termini "Critical Care"[Mesh] AND "Nurses"[Mesh]) AND "Terminal Care"[Mesh] nelle banche dati PubMed, Cinahl, ProQuest, Google Scholar; sono stati recuperati gli articoli pertinenti degli ultimi 10 anni.

Discussione. Il dibattito per i trattamenti EOL è da molto tempo presente tra i vari professionisti, ma dalla letteratura emerge che occorre indirizzare informazioni chiare, corrette e coerenti non solo alle famiglie ma a tutti gli operatori sanitari. Spesso non emerge un percorso terapeutico condiviso e questo comporta confusione soprattutto tra gli infermieri nel ruolo da svolgere per erogare un'assistenza di qualità anche nell'EOL.

Conclusioni. Affrontare gli aspetti critici dell'EOL dovrebbe permettere alla professione infermieristica di incontrarsi, confrontarsi con gli altri operatori, le istituzioni e la collettività, cercando un compromesso con la tradizione e la cultura della società dove opera.

Bibliografia

- ▲ Latour JM, Fulbrook P, Albarran JW. EfCCNa survey: European intensive care nurses' attitudes and beliefs towards end-of-life care Nurs Crit Care. 2009 May-Jun;14(3):110-21
- ▲ Di Giacomo P, Lami D, Corsi A. Le decisioni di fine vita: la percezione di medici e infermieri. Scenario. 2010;(27)2: 26-36
- ▲ Festic E, Wilson ME, Gajic O, Divertie GD, Rabatin JT Perspectives of physicians and nurses regarding end-of-life care in the intensive care unit. J Intensive Care Med. 2012 Feb;27(1):45-54
- ▲ Crump SK, Schaffer MA, Schulte E Critical care nurses' perceptions of obstacles, supports, and knowledge needed in providing quality end-of-life care. Dimens Crit Care Nurs. 2010 Nov-Dec;29(6):297-306

14:50- 15:10

La comunità professionale infermieristica e il fine-vita.

Anna Maria Marzi, Responsabile centro di Formazione in cure palliative "Prendersi cura di sé e degli altri" Madonna dell'Uliveto di Albinea, Reggio Emilia

direzione@madonna-uliveto.org

Il punto di vista sulla responsabilità della professione in merito alla gestione attuale e futura del processo di fine-vita.

L'apporto che la professione potrebbe/dovrebbe dare all'evoluzione del pensiero di una società consapevole rispetto alla realtà del fine-vita, troppo spesso mistificato o misconosciuto

15:10-15:30

Medici e infermieri di fronte al fine-vita: è tempo di sinergie nuove.

Davide Mazzon, Direttore Anestesia e Rianimazione, Ospedale San Martino, Belluno

davide.mazzon@ulss.belluno.it

Come superare la visione del "decisore unico" sul fine-vita nella realtà concreta, sostanzialmente attribuita al medico.

Significato e vantaggi di un processo decisionario ampiamente condiviso e fondato non solo su fattori di astratta scienza medica.

Possibili percorsi per un nuovo percorso decisionario di inclusione di tutte le persone potenzialmente significative per la migliore soluzione auspicabile.

L'esempio delle "Raccomandazioni per la limitazione di cure intensive e la gestione della fine della vita in Terapia Intensiva in uso presso la Rianimazione dell'Ospedale di Belluno

15:30-15:50

Il peso della posta in gioco per malati/parenti.

Valentina Borgogni, Presidente Associazione “Gabriele Borgogni” Onlus, Firenze
valentinaborgogni@gmail.com

La percezione dei problemi incontrati ed affrontati nel fine-vita di una persona significativa. Elementi che potrebbero migliorare le relazioni operatori/cittadini nel percorso del fine-vita. Indicazioni per un ripensamento delle strutture della salute per una gestione del fine-vita maggiormente rispondente alle esigenze attuali.

15:50-16:10

Evoluzione dell'esperienza umana e possibili percorsi condivisi sul fine-vita nell'era tecnologica.

Gabriella Caramore, Saggista, Rai Radio 3
gabricara@tiscali.it

Le nuove concezioni di vita, morte, salute e la valenza attribuita alla dignità ed all'autodeterminazione delle persone. Fattori di costatazione dell'oggettiva impossibilità di non intervenire sul processo della vita delle persone negli odierni sistemi di salute.

La riflessione filosofica sul fine-vita così come viene comunque condizionato dalla tecnologia applicata alla salute e le diverse visioni culturali nella società attuale.

La necessità dell'assunzione collettiva ed individuale della responsabilità di gestire e prendere decisioni sul fine-vita. Percorsi per la composizione delle posizioni culturali ed etiche a volte contrapposte. Che cosa impara l'umanità da questa nuova responsabilità.

La qualità della vita al suo limite (una dimensione nuova della vita evoluta, di cui farsi carico come comunità. Qualunque decisione, anche il supposto non-intervenire, è una responsabilità assunta in nome di altri: realtà che non può essere elusa.

Sessione Speciale 2

Linee guida internazionali per l'area critica: le ultime novità per il 2012

16:45-16:55

Linee guida, dalla letteratura scientifica alla pratica clinica.

Elisa Mattiussi, Terapia Intensiva 2°, Azienda Ospedaliero Universitaria di Udine
elisamattiussi@msn.com

Le Linee Guida (LG) sono definite come “raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante le opinioni di esperti secondo un processo di revisione sistematica della letteratura con lo scopo di aiutare clinici e pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate alla specifica situazione.

L'obiettivo delle LG è assicurare il massimo grado di appropriatezza degli interventi riducendo al minimo la variabilità nelle decisioni cliniche, che è legata alla carenza di conoscenze e alla soggettività nella definizione delle strategie assistenziali.

Caratteristiche fondamentali di una LG Evidence Based sono:

- 1) Revisione sistematica: deve essere costruita mediante le migliori prove scientifiche disponibili basandosi su revisioni sistematiche o sull'aggiornamento di linee guida basate su prove di efficacia già prodotte da altri gruppi o agenzie.

- 2) Grading delle evidenze: deve dichiarare la qualità delle informazioni utilizzate (livello di evidenza) e l'importanza/rilevanza/fattibilità/priorità della loro implementazione (forza delle raccomandazioni).
- 3) Multidisciplinarietà: deve essere prodotta attraverso un processo multidisciplinare al fine di migliorare la qualità delle linee guida e favorire la loro adozione nella pratica.
- 4) Supporto decisionale: deve esplicitare le alternative di trattamento e i loro effetti sugli esiti.
- 5) Flessibilità: deve essere flessibile e adattabile alle mutevoli condizioni locali.
- 6) Criteri di valutazione: dovrebbero essere esplicitati i possibili indicatori di monitoraggio utili a valutarne l'effettiva applicazione.
- 7) Aggiornamento: una LG dovrebbe essere aggiornata con regolarità per evitare che le raccomandazioni divengano obsolete.
- 8) Chiarezza e facilità di utilizzo: dovrebbe essere chiara, dotata di una struttura semplice e di un linguaggio comprensibile, esplicitando in modo inequivocabile i punti ritenuti fondamentali e le aree di incertezza

Il metodo **GRADE**: *Grades of Recommendation, Assessment, Development, and Evaluation* permette di definire il livello delle evidenze e determinare la forza delle raccomandazioni delle LG. Per valutare criticamente la qualità metodologica di una LG è disponibile lo strumento **AGREE** (*Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*) il quale valuta il rigore metodologico con cui è stata sviluppata la LG. Non permette la valutazione dei contenuti clinici della LG e la qualità delle evidenze alla base della stessa.

▲ **Sitografia**

- ▲ www.snlg-iss.it
- ▲ www.nice.org.uk
- ▲ www.sign.ac.uk
- ▲ www.tripdatabase.com
- ▲ www.gradeworkinggroup.org
- ▲ www.agreecollaboration.org
- ▲ www.evidencebasednursing.it
- ▲ www.guideline.gov
- ▲ www.nzgg.org.nz

16:55-17:05

Rianimazione Cardio Polmonare: le più note davvero?

Silvia Scelsi, Vicepresidente Aniarti

scelsi@aniarti.it

Nel 2010 la revisione delle raccomandazioni sulla rianimazione cardiopolmonare ha portato come evidenze nella gestione dei pazienti in arresto cardiaco a sottolineare la fondamentale importanza di iniziare precocemente le compressioni toraciche esterne e gestirle correttamente con profondità e ritmo nel tempo.

La sopravvivenza risulta direttamente correlata alla qualità delle compressioni toraciche. Questo ha portato le più grandi società scientifiche a pubblicare due protocolli di gestione del paziente in arresto cardiocircolatorio (ACC) diffusi nell'approccio iniziale, ERC mantiene il protocollo di azione secondo ABC, mentre American Heart Association modifica in CABG. Le ventilazioni devono avere un volume ridotto non più alto di 500 ml a insufflazione. Per quanto concerne la Defibrillazione l'identificazione del ritmo defibrillabile mantiene la priorità, ma è raccomandato interrompere le compressioni per il minor tempo possibile.

Le percentuali di ritmi defibrillabili all'esordio dell'ACC è stimata in percentuale minore rispetto alle precedenti raccomandazioni (circa il 50 %) , ma rimane importante erogare lo shock se necessario, in quanto terapia sicuramente efficace.

Bibliografia

- ▲ Nolan JP, Soar J, Zideman DA, Biarent D, Bossaert LL, Deakin C, Koster RW, Wyllie J, Böttiger B, on behalf of the ERC Guidelines Writing Group. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Resuscitation 81 (2010) 1219–1276

17:05-17:15

Testa a posto: le raccomandazioni per il trauma cranico.

Sara Salvigni, Terapia Intensiva Neurorianimazione, Ospedale Bufalini, Cesena

sara.salvigni@libero.it

Il trauma cranico grave rappresenta uno dei traumi più frequenti che può causare gravi disabilità e di conseguenza enormi costi economici e sociali. Il danno cerebrale non si esaurisce al momento dell'impatto (danno primario) ma evolve nelle ore e nei giorni successivi (danno secondario).

L'obiettivo principale nel trattamento di un trauma cranico è la prevenzione del danno cerebrale secondario, ottenibile mediante adeguata ossigenazione e mantenimento di una pressione sistemica in grado di garantire la perfusione cerebrale.

L'outcome di questi pazienti è drammaticamente influenzato dalla qualità del trattamento nelle prime ore dopo il trauma e in particolare dalla frequentissima concomitanza di fattori sistemici di aggravamento, quali l'ipotensione arteriosa e l'ipossia, oltre che dal ritardo diagnostico delle lesioni chirurgiche. E' proprio sulla prevenzione del danno secondario che l'assistenza infermieristica gioca un ruolo fondamentale, per ottenere un outcome migliore del paziente.

L'obiettivo di questo intervento, è quello di fornire al personale infermieristico che gestisce pazienti con trauma cranico, alcune raccomandazioni importanti per l'assistenza a questa tipologia di pazienti, tenendo in considerazione che l'obiettivo finale deve sempre essere quello di ottenere un outcome migliore per il paziente.

L'American Association of Neuroscience Nurses (ANN) ha pubblicato nel 2008 (ultima revisione nel 2011) nella serie di Clinical Practice Guidelines, un documento sul "Nursing Management of Adult with Severe Traumatic Brain Injury" con l'obiettivo di proporre raccomandazioni basate sull'evidence-based per l'assistenza infermieristica del trauma cranico severo.

Il trauma cranico severo viene definito come un danno cerebrale causato da un trauma, con un punteggio GCS minore o uguale a 8.

Il documento si propone di suggerire quali sono gli interventi infermieristici mirati a mantenere i seguenti obiettivi:

- 1) Mantenimento di una pressione intracranica (ICP) adeguata.
- 2) Trattamento della ipertensione intracranica (HICP).
- 3) Mantenimento di una pressione di perfusione cerebrale (CPP) adeguata.
- 4) Tipologie di monitoraggio della ICP.
- 5) Prevenzione della trombosi venosa profonda.
- 6) Mantenimento di un adeguato apporto nutrizionale.
- 7) Controllo della glicemia.
- 8) Prevenzione dell'epilessia.

17:15-17:25

Ventilare con meno infezioni: fatto!

Introduzione. Le infezioni in terapia intensiva sono tra le principali cause di morte, aumentano la morbilità e sono causa di incremento dei costi sanitari e sociali. Inoltre, sono un importante indicatore di qualità delle cure. Tra queste infezioni la VAP (Ventilatory Associated Pneumonia) rappresenta una delle più frequenti in terapia intensiva (1).

L'American Thoracic Society (2005) definisce Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) le polmoniti che esordiscono dopo 48-72 ore dall'intubazione (2). Il più importante meccanismo patogenetico è rappresentato dall'aspirazione o dall'inalazione di microrganismi orofaringei nei bronchi distali.

Scopo. Illustrare il percorso fatto dalla Rianimazione 2 di Parma partendo dalle possibili cause di incremento dell'incidenza delle VAP sino all'implementazione di un progetto di miglioramento basato sulle raccomandazioni delle linee guida negli anni 2009 e 2010 attuato tramite le procedure GiViTi. I passi principali vengono presentati di seguito nei...

Materiali e metodi. Identificazioni delle cause generative delle infezioni VAP: il personale sanitario e tecnico è stato coinvolto in sessioni di brainstorming, dalle quali sono emerse le possibili cause dell'aumento di VAP relative a metodi, materiali, manodopera, macchine. I brainstorming non hanno prodotto una classificazione esaustiva dei problemi, successivamente completata grazie allo studio della letteratura di riferimento e delle linee guida.

Valutazione critica della letteratura: le linee guida successive a quelle già adottate (ATS, 2005) sono state sistematicamente ricercate utilizzando i database Mesh di Pubmed, Tripdatabase, e Cochrane Library ed altre forme di ricerca. Sono stati reperiti sette documenti sottoposti a valutazione di qualità con lo strumento AGREE II. Dalla lettura delle LG è apparso un quadro disomogeneo. Rispetto al rigore metodologico e la chiarezza espositiva tutte le LG, tranne due, hanno ottenuto punteggi soddisfacenti. Non tutte si sono dimostrate di facile applicabilità e, soprattutto, non tutte le LG hanno dimostrato l'auspicabile indipendenza editoriale. Per questo motivo, si è deciso di non utilizzare per la successiva sinossi delle raccomandazioni 2 delle 7 linee guida, ovvero la n.2 (SHEA/IDSA, 2008) e n.4 (NICE, 2008).

Confronto tra cause generative e raccomandazioni per la prevenzione della VAP: nell'applicare le raccomandazioni è importante fare riferimento al livello di evidenza e raccomandazione per capire la "forza" delle stesse; queste sono in alcuni casi discordanti in quanto emesse da enti diversi, ognuno dei quali ha elaborato il proprio livello di evidenza e *grading* e, talvolta, assolutamente non paragonabili.

Promozione di un progetto di miglioramento: il progetto di miglioramento, con la logica della formazione sul campo, è stato realizzato tra ottobre 2011 e febbraio 2012 e operato dal personale infermieristico. Il lavoro futuro sarà valutare le pratiche "grigie" su cui puntare. Verrà condotto un audit clinico mirato alle pratiche per la prevenzione della VAP.

Discussione. L'applicazione delle raccomandazioni EBM/EBN nella pratica assistenziale necessita di tre elementi fondamentali:

- 1) un'analisi attenta del contesto/ambiente;
- 2) l'identificazione dei principali ostacoli correlati a risorse strutturali, processi e procedure raccomandate;
- 3) una pianificazione e valutazione dell'intervento di miglioramento che richiede competenze distintive, risorse, tutoraggio, coinvolgimento e condivisione degli operatori che devono essere disponibili a modificare la propria pratica, soprattutto quando la cultura e/o il contesto lavorativo non sono orientati al cambiamento.

Bibliografia

- 1 Vincent JL, Rello J, Marshall J, Silva E, Anzueto A, Martin CD, et al. International study of the prevalence and outcomes of infection in intensive care units. JAMA 2009 Dec 2;302(21):2323-2329.

- ⤴ American Thoracic Society, Infectious Diseases Society of America. Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med* 2005 Feb 15;171(4):388-416.
- ⤴ Safdar N, Crnich CJ, Maki DG. The pathogenesis of ventilator-associated pneumonia: its relevance to developing effective strategies for prevention. *Respir Care* 2005 Jun;50(6):725-39; discussion 739-41.

17:25- 17:35

Per migliorare la respirazione si “raccomanda” la broncoaspirazione.

Alberto Lucchini, Terapia Intensiva Generale, Azienda Ospedaliera San Gerardo, Monza

a.lucchini@hsgerardo.org

L'aspirazione endotracheale è una delle più comuni procedure a cui sono sottoposte le persone ventilate invasivamente. La American Association for Respiratory Care (AARC) nel 2010 ha pubblicato la Linea Guida (LG) “Endotracheal Suctioning of Mechanically Ventilated Patients With Artificial Airways” ed è stata prodotta da un comitato scientifico composto da un medico e due terapisti della respirazione. Si tratta di un aggiornamento della precedente LG datata 2003.

Sintesi delle raccomandazioni e implicazioni per la pratica clinica quotidiana: le raccomandazioni sono precedute da informazioni complete, assimilabili ad una revisione narrativa della letteratura, su indicazioni, esecuzione della procedura, complicanze della manovra di broncoaspirazione. Le raccomandazioni possono essere riassunte come di seguito (GRADE):

- 1) L'aspirazione endotracheale andrebbe eseguita solo in presenza di secrezioni bronchiali e non di routine (orari prefissati). (1C)
- 2) La preossigenazione deve essere considerata se il paziente clinicamente manifesta una riduzione ipossica indotta dalla manovra di broncoaspirazione. (2B)
- 3) Si suggerisce di eseguire la manovra senza deconnettere il paziente dal ventilatore (sistema chiuso). (2B)
- 4) Un'aspirazione superficiale (all'interno del tubo endotracheale) rispetto ad una aspirazione profonda (oltre la carena tracheale) è suggerita nei pazienti neonatali e pediatrici. (2B)
- 5) L'utilizzo di instillazione di soluzione salina non dovrebbe essere eseguito. (2C)
- 6) L'utilizzo del sistema chiuso è suggerito per pazienti con alta FiO₂, alta PEEP o a rischio di dereclutamento negli adulti (2B) e nei neonati (2C).
- 7) L'aspirazione tracheale senza deconnessione è suggerita nei neonati (2B).
- 8) Evitare la deconnessione dal ventilatore e l'utilizzo delle manovre di reclutamento sono da strategie da implementare nei pazienti con insufficienza respiratoria acuta ipossiémica.
- 9) È raccomandato che il diametro del sondino di aspirazione sia inferiore al 50% del diametro del tubo/cannula tracheale negli adulti e al 70% nei neonati (2C).
- 10) Si suggerisce un tempo massimo di ogni passaggio di aspirazione inferiore ai 15 secondi (2C).

Bibliografia

- ⤴ American Association for Respiratory Care. AARC Clinical Practice Guidelines. Endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways 2010. *Respir Care* 2010 ;55(6):758-64
- ⤴ American Association for Respiratory Care (AARC). AARC clinical practice guideline. Endotracheal suctioning of mechanically ventilated adults and children with artificial airways. *Respir Care* 1993 May;38(5):500-4
- ⤴ Lucchini A, Zanella A, Bellani G, Gariboldi R, Foti G, Pesenti A, et al. Tracheal secretion management in the mechanically ventilated patient: comparison of standard assessment and an acoustic secretion detector. *Respir Care*. 2011;56(5):596-603.

17:35-17:45

Capnometria e capnografia: cavalcare l'onda ...per un monitoraggio più accurato.

Enrico Lumini. , Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Firenze

Enrico.lumini@unifi.it

Introduzione. Il monitoraggio dell'anidride carbonica di fine espirazione (ETCO₂) è la misurazione non invasiva della quota di anidride carbonica (CO₂) presente nell'aria espirata ed è molto utile se applicata direttamente all'assistenza del paziente. Per “capnometria” si intende la misurazione e visualizzazione della concentrazione della CO₂ espirata come percentuale (%) o come pressione parziale in millimetri di mercurio (mmHg). Se il dispositivo di misurazione del gas comprende anche la registrazione visiva della forma d'onda delle concentrazioni di CO₂, si parla di capnografia.

Presentazione della Linea Guida. L'American Association for Respiratory Care (AARC) è la società scientifica statunitense dei terapisti della respirazione che nel 2011 hanno pubblicato la linea guida (LG) “Capnography/Capnometry During Mechanical Ventilation: 2011”. Le raccomandazioni sono state prodotte con il metodo GRADE.

Qualità metodologica della LG. La qualità complessiva della LG è bassa: una valutazione critica tramite lo strumento AGREE II, evidenzia punteggi positivi per l'esplicitazione del metodo, la dichiarazione del conflitto di interessi e la chiarezza delle raccomandazioni, mentre risultano estremamente carenti l'ambito e lo scopo della LG, il coinvolgimento delle parti in causa, il rigore nello sviluppo e nell'applicabilità.

Sintesi delle raccomandazioni. Le implicazioni per la pratica clinica quotidiana: le raccomandazioni sono precedute da informazioni complete, assimilabili ad una revisione narrativa della letteratura, su indicazioni, setting, comlicanze e limitazioni all'uso della capnometria o all'interpretazione dei dati. Le raccomandazioni possono essere riassunte come di seguito.

1. Il monitoraggio in continuo della capnografia in aggiunta alla valutazione clinica è il metodo più affidabile per la conferma ed il corretto monitoraggio del posizionamento di un tubo endotracheale. (1A)
2. Se la capnografia non è disponibile, la sola capnometria in aggiunta alla valutazione clinica è suggerito come metodo iniziale per confermare il posizionamento corretto del tubo in un paziente in arresto cardiaco. (2B)
3. Il monitoraggio della pressione parziale della ETCO₂ è suggerito come metodo per guidare la gestione del ventilatore. (2B)
4. E' suggerita la capnometria in continuo durante il trasporto di un paziente sottoposto a ventilazione meccanica. (2B)
5. La capnografia è suggerita come metodo per identificare le anomalie del flusso dell'aria espirata. (2B)
6. La capnografia volumetrica è suggerita come metodo per valutare l'eliminazione di CO₂ e il rapporto tra spazio morto e volume corrente per ottimizzare la ventilazione meccanica. (2B)
7. L'analisi quantitativa della forma d'onda della capnografia è suggerita nei pazienti intubati per monitorare la qualità della Rianimazione Cardiopolmonare, ottimizzare le compressioni toraciche e rilevare il ritorno della circolazione spontanea durante le compressioni toraciche o in presenza di un ritmo ECG organizzato. (2C)

Rispetto allo spettro estremamente ampio di indicazioni, le raccomandazioni appaiono limitate. La LG non prende in considerazione le barriere all'implementazione e dei costi derivanti dall'utilizzo su larga scala di questa tecnologia.

Conclusioni. Il monitoraggio della ETCO₂ è utile e può certamente essere impiegato su larga scala per il monitoraggio della perfusione e della ventilazione oltre che per il riconoscimento precoce delle complicanze. Esiste consenso sul fatto che il monitoraggio della ETCO₂ debba essere

considerato un monitoraggio di base e di conseguenza è necessario lavorare a livello formativo affinché la corretta attuazione del monitoraggio e l'interpretazione diventino una competenza di base per gli infermieri di area critica.

Bibliografia

- ▲ Walsh BK, Crotwell DN, Restrepo RD. Capnography/Capnometry During Mechanical Ventilation: 2011. *Resp. Care.* 2011 Apr;56(4):503-9 disponibile <http://www.rcjournal.com/cpgs/pdf/04.11.0603.pdf> (ultimo accesso 02/08/2012)
- ▲ Whitaker DK. Time for capnography, everywhere. *Anaesthesia.* 2011 Jul;66(7):544-9
- ▲ Nolan JP, Soar J, Zideman DA et al. ERC Guidelines Writing Group. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010, Section 1. Executive summary. *Resuscitation.* 2010 Oct;81(10):1219-76
- ▲ Ahrens T, Sona C. Capnography application in acute and critical care. *AACN Clin Issues.* 2003 May;14(2):123-32

17:45:17:55

La gestione delle infusioni in linea con la letteratura.

Stefania Vanini, Ematologia pediatrica, Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza

Stefania.vanini@gmail.com

Introduzione. La corretta gestione delle linee infusionali come strategia per prevenire le infezioni correlate a catetere (CRBSI) è stata esaminata in numerosi studi caso-controllo e meta-analisi. Questi hanno evidenziato la sicurezza del cambio del set non prima delle 72-96 ore e per più di 7 giorni se utilizzati insieme a cateteri impregnati di antisettico o se non utilizzati per fluidi che favoriscono la crescita batterica (emoderivati, emulsioni lipidiche).

Presentazione della Linea Guida Il *Center for Disease Control and Prevention (CDC)* nel 2010 ha pubblicato la Linea Guida (LG) “*Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections 2011*”, aggiornamento della LG del 2002.

Per il grading delle raccomandazioni è stato utilizzato il metodo GRADE. La qualità metodologica della Linea Guida fa riferimento alle dimensioni e agli items del documento AGREE II.

Sintesi delle raccomandazioni e implicazioni per la pratica clinica quotidiana:

1. Nei pazienti a cui non vengono somministrati sangue, emoderivati ed emulsioni lipidiche, sostituire i set che vengono usati in continuazione non più frequentemente di 96 ore, ma entro 7 giorni. (Categoria IA)
2. Nessuna raccomandazione può essere fatta riguardo alla frequenza con cui devono essere cambiati i set d'infusione utilizzati per i farmaci estemporanei. (Problema irrisolto)
3. Nessuna raccomandazione può essere fatta riguardo alla frequenza con cui devono essere cambiati i componenti needleless nei cateteri impiantabili. (Problema irrisolto)
4. Sostituire i deflussori utilizzati per la somministrazione di sangue, emoderivati ed emulsioni lipidiche entro 24 ore dall'inizio dell'utilizzo (Categoria IB)
5. Sostituire i deflussori utilizzati per la somministrazione del Propofol ogni 6-12 ore o secondo le raccomandazioni della casa farmaceutica. (Categoria IA)
6. Nessuna raccomandazione può essere fatta riguardo il tempo in cui un ago utilizzato per accedere ad un catetere impiantabile può rimanere in sede. (Problema irrisolto)
7. Cambiare i componenti needleless ogni qualvolta si cambiano i sistemi infusionali. Non ci sono benefici a cambiarli più frequentemente di ogni 72 ore. (Categoria II)
8. Cambiare i componenti needleless non più frequentemente di 72 ore o in accordo le raccomandazioni della casa produttrice al fine di ridurre il rischio di disconnessione e rottura del sistema. (Categoria II)

9. Assicurarsi che tutti i componenti del sistema siano compatibili tra loro al fine di ridurre il rischio di disconnessione e rottura del sistema. (Categoria II)
10. Minimizzare il rischio di contaminazione disinfettando la porta d'accesso del needleless con un antisettico appropriato (clorexidina, iodio povidone o alcool al 70%). (Categoria IA)
11. Usare un componente needleless per ogni lume del catetere intravascolare. (Categoria IC)
12. Quando viene utilizzato un componente needleless, dovrebbe essere preferito l'utilizzo di una valvola con split septum piuttosto che una qualsiasi valvola meccanica al fine di ridurre il rischio di infezioni. (Categoria II).

Conclusioni. Oltre ad applicare le LG, per ridurre le infezioni CRBSI ed i costi correlati, è necessaria una formazione di base e continua del personale e la creazione di un team dedicato per la diffusione della LG.

Bibliografia

- ^ O'Grady NP et al. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2011.

16 novembre 2012 – Mattina - Sala Rossa

Sessione conclusiva

Moderatore: Elio Drigo/Fabrizio Moggia

9:00-9.50

Dove sta la forza per cambiare? La qualità di vita come *utopia concreta opportuna*.

Massimo Campedelli, Consorzio Mario Negri Sud, Santa Maria Imbaro (Chieti)

Su quali esperienze storiche e quali principi si può basare, nelle società di oggi, la scelta di privilegiare la continua ricerca della qualità di vita (anche in costanza dei continui richiami alla scarsità di risorse)?

Quali sono i riferimenti? Chi/che cosa può supportare e motivare gli attori dell'indispensabile cambiamento?

Che ruolo giocano e potrebbero giocare i professionisti (della salute/assistenza) nel catalizzare il cambiamento specifico e più generale della società?

Qual è il ruolo che può giocare l'avere un disegno, una vision, un'utopia a cui mirare e verso cui andare per far evolvere la società, in particolare nell'organizzare la sua funzione di assistenza?

9.50-10:40

Risorse e qualità di vita. Incompatibili o suggestione da sfatare?

Beatrice Costa, ActionAid (organizzazione non governativa internazionale), Milano

Risorse evidenti e nascoste o non valutate nella produzione di qualità di vita.

Le risorse sono solo utilizzate per garantire la qualità di vita o sono anche un risultato del perseguimento della qualità di vita?

Le risorse sono sempre ed assolutamente indispensabili per perseguire la qualità di vita?

Quali tipi di risorse sono indispensabili per ottenere qualità di vita e come queste la modificano?

10:40-11:30

Alleanze sociali e qualità di vita in ambiente sanitario.

Nicoletta Teodosi, Coordinatore Ufficio di Piano Distretto RM G5 (Programmazione, monitoraggio e valutazione degli interventi sociali), Roma

Concretamente, il ruolo del dialogo necessario/indispensabile fra cittadini, loro libere organizzazioni e operatori per cercare assieme di ottenere in sanità, la migliore qualità di vita possibile. Le modalità ed i campi del dialogo.

Esempi positivi e negativi: gli effetti della qualità e della non-qualità. Situazioni persistenti di qualità da migliorare e proposte per dare corpo a cambiamenti praticabili.

11:30-12:15

Infermieri per la qualità di vita nella società e nella cultura: sperimentare il futuro.

Edoardo Manzoni, Direttore Generale Istituto Palazzolo, Docente Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica, Università degli Studi di Milano Bicocca

edoardomanzoni@istitutopalazzolo.it

Come in area critica si fa quotidiana esperienza di una qualità di vita difficile da mantenere o ottenere.

Le esperienze e le sperimentazioni per garantire qualità di vita in condizioni talvolta estreme.

Il ruolo indispensabile dell'infermiere nella diffusione alla società delle informazioni "profonde" dell'esperienza della vita in area critica e della complessità/difficoltà di garantire qualità di vita.

Indicazioni per una traccia praticabile di azioni concrete per far sapere alla società la realtà non edulcorata e non miracolistica della vita delle persone in situazione di criticità.

Ipotesi di ambiti di positiva evoluzione culturale e sociale per una comunità più consapevole e responsabile rispetto alla realtà assistenziale (in situazioni estreme) derivante da un servizio sanitario "avanzato".

Poster Book

Cure palliative pediatriche: l'esperienza della terapia intensiva pediatrica dell'ospedale dei bambini di Milano "V. Buzzi" nella gestione domiciliare dei bambini con supporto respiratorio.

Elena Monti, L. Stabilini, A. Cacciola, Terapia Intensiva Pediatrica, Ospedale dei Bambini "V. Buzzi", Istituti Clinici di Perfezionamento, Milano

elena.monti@icp.mi.it

l.stabilini@libero.it

Le cure palliative pediatriche (CPP) non sono solo cure di fine vita in oncologia. Per oltre i 2/3 sono rivolte a pazienti con patologie incurabili ma con una aspettativa di vita da pochi mesi ad alcuni anni. Dal 2010 il Buzzi è centro di riferimento regionale per le CPP. Sino ad oggi sono stati presi in carico ed assistiti circa cento bambini, milanesi/lombardi e di tutta Italia.

Obiettivo delle CPP è sostenere le funzioni vitali ed applicare interventi di carattere multidisciplinare, anche intensivistico, per permettere al bambino la migliore qualità di vita. Tali cure devono essere garantite a domicilio, evitando ricoveri prolungati, anche quando sottoposti a ventilazione meccanica.

Nel corso del 2011 sono stati circa 80 i bambini in presi in carico, prevalentemente affetti da malattie neuromuscolari.

Differente livello di supporto ventilatorio: dalla gestione delle secrezioni (aspiratore/incentivatore tosse), alla ventilazione non invasiva e invasiva mediante tracheotomia. Ad esso si associano supporto nutrizionale (gavage/PEG), ortopedico....

Tutti i genitori sono stati educati all'utilizzo di tutti i presidi in autonomia a domicilio, con la collaborazione dell'Assistenza Domiciliare e di strutture territoriali (22 nuove domiciliazioni).

Il reparto garantisce consulenza telefonica medico/infermieristica nelle 24 ore rivolta ai genitori (365 telefonate) per dubbi, problemi, consigli e consulenza ai pediatri (7 casi).

Sono gestiti contatti con Aziende Sanitarie per prescrizione e fornitura degli ausili (286 telefonate/fax, oltre 50 pratiche avviate per bambini a domicilio), supportando i genitori anche nella gestione dei problemi. Valutazioni e rivalutazioni ambulatoriali (14) e mediante brevi ricoveri programmati (41) in rianimazione, visite domiciliari mediche (1) e infermieristiche (2), consulenze presso l'ospedale (13 mediche e 19 infermieristiche), 19 ricoveri urgenti, 16 valutazioni in Pronto Soccorso.

Altro obiettivo delle CPP è di gestire la terminalità a casa: sono deceduti 9 bambini, di cui 6 a casa. I bambini domiciliati vivono la loro vita in famiglia, con fratelli, amici, frequentano la scuola, taluni anche col respiratore.

Terapia intensiva aperta?... Più aperta di così!

Gabriella Pieri, R. Zaccaria, G. Ronchetti, Terapia Intensiva Pediatrica, Ospedale dei Bambini "V. Buzzi", Istituti Clinici di Perfezionamento, Milano

gabriella.pieri@icp.mi.it

Si vuole presentare, mediante una galleria fotografica accompagnata da spunti di riflessione e riferimenti bibliografici, sia relativi ad aspetti psicologici che di tipo infettivologico, l'esperienza di pet-therapy svolta presso la Terapia Intensiva Pediatrica dell'Ospedale dei bambini "Buzzi" di Milano, realizzata grazie all'impegno degli operatori del reparto, all'intervento di veterinari ed animali specificamente formati ed al sostegno di Gioia Manuli che ha permesso lo svolgersi dei primi mesi di attività.

La pet-therapy, svolta con cani specificamente preparati a muoversi nel delicato ambiente della rianimazione, è principalmente rivolta ai bambini ricoverati affetti da malattia cronica, sottoposti a ripetute e talvolta lunghe ospedalizzazioni, senza però tralasciare la possibilità di rivolgersi anche ad altri piccoli degenti del reparto.

I vantaggi che questa terapia offre sono molteplici, *in primis* distoglie l'attenzione verso la malattia, offrendo al bambino ed alla famiglia un elemento di sorpresa che contribuisce a cambiare anche la visione che gli stessi hanno del reparto intensivo, migliorando il vissuto dell'ospedalizzazione. Inoltre la presenza dei cani ha effetto favorevole sia sulla percezione del dolore che sulla comunicazione/interazione del bambino con gli operatori. Per contro gli svantaggi sono limitati, essendo dimostrato dalla letteratura che non vi è aumento dell'incidenza di infezioni in terapia intensiva, correlabile alla presenza dei cani.

L'esperienza del Buzzi, cominciata nel mese di gennaio è apprezzata da degenti, genitori ed operatori e dalle osservazioni in corso sui piccoli pazienti si confermano gli effetti positivi che essa ha sul vissuto dell'ospedalizzazione da parte dei piccoli degenti.

L'infermiere esperto e la tecnologia: conflitto di interesse?

Fabiola Sanna, Dipartimento Cardiologico, Unità Terapia Intensiva Cardiologica, Azienda Ospedaliera Universitaria "Maggiore della Carità" Novara

fabiola.sanna@maggioreosp.novara.it

I professionisti dell'assistenza a quali criteri devono affidarsi per individuare il proprio campo di autonomia/responsabilità ?.

Il Codice deontologico (Art 8 e 13) dà alcune indicazioni sui temi che più caratterizzano il dibattito bioetico di questi anni.

L'infermiere di area critica opera in realtà in cui l'aspetto altamente tecnologico dell'assistenza fa sì che le aree di interdipendenza tra le varie figure professionali siano molteplici; è importante individuare i propri ambiti di competenza e responsabilità in base all'assetto legislativo, la formazione continua, la certificazioni delle competenze acquisite. È auspicabile che in una realtà complessa come quella dell'Area Critica, gli infermieri competenti, abili ed esperti, si facciano carico della formazione e dell'affiancamento del personale da inserire e degli studenti per poter trasmettere il bagaglio di conoscenze acquisite con l'esperienza.

“L'infermiere, quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso e documentato rispetto anche la qualità di vita....”(Art 36 e 37).

Gli incredibili progressi delle scienze biomediche hanno sollevato problemi sul piano etico-assistenziale da determinare una vera e propria riflessione rispetto:

1. eccessiva medicalizzazione di tutte le fasi della vita, ed aumento delle possibilità diagnostico-terapeutiche, dovendo contemporaneamente fare i conti con le risorse limitate,
2. una maggiore attenzione ai soggetti più vulnerabili,
3. matrice socio-culturale sul significato malattia-salute.

Gli infermieri devono possedere una consapevolezza etica basata sul valore della dignità ed unicità della persona umana.

L'Infermieristica può diventare quella “tecnologia soft” in grado di conciliare assistenza empatica e cura competente e scientifica. È d'obbligo una riflessione attenta sull'impatto che la tecnologia può avere sull'assistenza infermieristica, sulla relazione terapeutica e sulla qualità di vita del paziente, attraverso l'avvio di filoni di ricerca infermieristica finalizzati ad individuare le migliori soluzioni tecnologiche per specifici problemi assistenziali.

E' possibile pensare e realizzare il benessere degli infermieri in area critica infantile?

D. Colelli, M. Frongia, Terapia Intensiva Pediatrica, Ospedale dei Bambini “V. Buzzi”, Istituti Clinici di Perfezionamento, Milano

dora.colelli@icp.mi.it

L'attività infermieristica dell'area critica infantile è particolarmente complessa per le competenze tecnico assistenziali e per le capacità relazionali ed empatiche richieste all'operatore. Questo può generare malessere negli operatori, fino a diventare burnout. L'obiettivo della ricerca è stato analizzare l'effettiva presenza di fenomeni di disagio in due Unità di area critica pediatrica e neonatale.

L'analisi è stata svolta somministrando al personale infermieristico, questionari basati sui modelli Maslach Burnout Inventory, Coping Inventory for Stressful Situation-2 e Health Survey Questionnaire al fine di identificare: la presenza di elementi peculiari del burnout, le strategie di coping applicate per rispondere alle situazioni di stress e lo stato di salute percepito.

Sono emersi in entrambi i reparti, elevati livelli di esaurimento emotivo correlati però a medi-bassi livelli di depersonalizzazione e a livelli piuttosto alti di realizzazione personale.

Ciò è indice dell'assenza di burnout, ma della presenza di un malessere che si riscontra anche dai dati relativi alla salute percepita, che sono lievemente inferiori alla media nazionale attesa per quanto riguarda la salute mentale, mentre si stabilizzano su valori conformi alla media attesa per la salute fisica. La strategia di coping applicata dalla quasi totalità del campione è volta all'azione, ovvero a cercare di modificare la situazione che è fonte di stress.

L'analisi svolta ha confermato la presenza nei due reparti di una situazione malessere pur non evidenziandosi fenomeni di burnout. E' necessario di conseguenza che vengano organizzati momenti di condivisione e di discussione delle situazioni che provocano malessere affinché esse possano essere elaborate e possano essere condivise strategie e soluzioni.

Bibliografia

- ▲ Pellegrino F. *Sindrome del burnout*. 2°ed., Centro Scientifico Editore, Torino, 2009.
- ▲ Converso D, Falcetta R. *Burn-out e non solo*. 4°ed., Centro Scientifico Editore, Torino, 2007.
- ▲ Gandini T. *Le competenze e la valorizzazione del patrimonio umano in sanità*. Franco Angeli, Milano, 2005.

Competenze e responsabilità dell'infermiere nell'identificazione del potenziale donatore di organi e tessuti.

Angelo Oliva, Francesca Leonardis, Francesca Alfonsi, Mario Dauri, Marco Romani,
Coordinamento Aziendale Trapianti, Policlinico Tor Vergata Roma

teodorioliva@libero.it angelo.oliva@ptvonline.it

L'identificazione del potenziale donatore d'organo (PDO) rappresenta il momento iniziale di tutto il processo ed è probabilmente il più difficile da standardizzare, in quanto implica la conoscenza di una serie di fattori da parte del personale infermieristico del Coordinamento.

In riferimento alla conoscenza del contesto lavorativo, vengono utilizzati dal personale del Coordinamento i cosiddetti Canali di Individuazione del PDO:

1. Canale Assistenziale (visita quotidiana da parte del personale del Coordinamento ai cosiddetti reparti speciali: Unità Terapia Intensiva, Pronto Soccorso, Stroke Unit, Neurochirurgia Sala Operatoria);
2. Canale Amministrativo (revisione elenco dei pazienti ricoverati con patologie neurologiche).

In ambito di Organizzazione Centro Sud Trapianti (OCST), nel contesto del Coordinamento Regionale Lazio, ci avvaliamo di due sistemi informatici:

- ▲ GIPSE (Gestione Informazioni Pronto Soccorso ed Emergenza)
- ▲ GEDON (Gestione ricoveri in PS dei pazienti con Lesioni Cerebrali).

Attraverso questi sistemi il personale del Coordinamento monitorizza pazienti che presentano: emorragie cerebrali, traumi cranici, ischemie cerebrali con Glasgow Coma Score < 8, ictus con NIH Stroke Scale >20.

Questo permette la creazione di un percorso di qualità per una tempestiva individuazione del potenziale donatore.

Qualità di vita in area critica: indagine in una terapia intensiva cardiotoracica.

Gabriella Dal Canto, Gina Satiro, Cardiochirurgia, Azienda Ospedaliera Universitaria di Siena
g.satiro@yahoo.it

Definire il concetto di qualità può essere molto difficile, se poi questo concetto lo applichiamo ai vissuti di una terapia intensiva ci rendiamo conto che ognuno di noi è portato a considerare aspetti del tutto personali e soggettivi, ma proprio perché personali e soggettivi questi aspetti invadono e condizionano anche molto pesantemente la sfera fisica, psicologica, affettiva e sociale di tutti coloro che, a vario titolo in qualità di paziente, operatore, familiare o amico, si trovano a trascorrere del tempo all'interno di una terapia intensiva.

I significati diversi che ogni individuo attribuisce a parole comunemente usate in questi ambienti, come: dolore, paura, guarigione, sicurezza, accoglienza, e così via, pregiudicano la comunicazione e la conseguente relazione fra queste figure, influenzandone inevitabilmente anche le attività.

Prima di qualsiasi intervento finalizzato al miglioramento vi è la necessità di conoscere le molteplici componenti che possono descrivere la qualità e i differenti significati che possono essere attribuiti ai vari elementi da tutti gli attori coinvolti nel processo di cura.

Molti sforzi sono stati compiuti negli ultimi anni, accanto alla valutazione della qualità dell'assistenza come garanzia di buone prestazioni, si pensi alla medicina basata sulle evidenze, si è iniziato sempre più a considerare la percezione della qualità delle cure ricevute, eppure permane una sorta di passività nell'espressione dei giudizi da parte dell'utenza poiché le informazioni sono spesso raccolte mediante questionari o interviste effettuate dalle stesse strutture sanitarie. Attualmente l'attenzione si sta spostando sulla attiva partecipazione dei soggetti coinvolti, la medicina e l'infermieristica narrativa aprono uno scenario del tutto nuovo nella progettazione e realizzazione dei processi cura, da qui l'esigenza di indagare i bisogni e le aspettative di tutti.

Prevenzione e gestione dell'evento aggressivo nell'unità di degenza psichiatrica ospedaliera.

Martina Cenci, Italia Capozzi, Sara Loletti, Nora Marinelli, Roberto Quartesan, Servizio di Degenza Psichiatrica, Azienda Ospedaliera Santa Maria della Misericordia di Perugia,
martinacenci9@gmail.com spdc@ospedale.perugia.it

Premessa. Il servizio di degenza psichiatrica costituisce un'esperienza nuova per l'azienda ospedaliera di Perugia in quanto la struttura storica preesistente faceva capo alla sola azienda sanitaria che opera nel nuovo servizio in affiancamento alla struttura ospedaliera. Il servizio nasce da un'esigenza prioritaria logistica: fornire un presidio nuovo, funzionale, a norma, integrato a tutti gli altri servizi ospedalieri, con particolare riferimento a quelli dell'emergenza.

L'implementazione del nuovo Servizio di Degenza Psichiatrica ha reso necessaria la riformulazione di tutti i protocolli operativi e di regolamentazione facendo anche riferimento all'esperienza e ai lavori già realizzati e sperimentati. il presente lavoro è parte di questo necessario riassetto organizzativo e clinico.

Scopo. Fornire uno strumento utile alla prevenzione dell'evento aggressivo auto ed etero diretto e contestualmente, un ausilio operativo alla gestione dell'evento conclamato.

Materiali e metodi. Si è proceduto essenzialmente a revisionare tutta la documentazione preesistente. si è successivamente eseguita una revisione della letteratura per poi procedere ad una integrazione dei contenuti di rilievo emersi. si è inoltre, proceduto ad elaborare un nuovo strumento per la valutazione del rischio evolutivo "evento aggressivo".

Risultati e conclusioni. Il primo e più importante risultato è stato rappresentato dal riuscire a mettere in campo le diverse esperienze, nelle diverse discipline, realizzando un prezioso connubio tra quello che di utile vi è stato nella esperienza storica e quello che scientificamente possiamo auspicare per il futuro. tutto il lavoro sin qui realizzato deve costituire solo una base di partenza da cui avviare un ragionamento in continuo progress per rispondere sempre al meglio alle esigenze degli assistiti e per restare al passo rispetto alle esigenze informative e formative degli operatori.

Bibliografia

- ^ Biancosino B, Delmonte S, Grassi L, Santone G, Preti A, Miglio R, de Girolamo G. PROGRES-Acute Group. Violent behavior in acute psychiatric inpatient facilities: a national survey in Italy. *J Nerv Ment Dis.* 2009 Oct;197(10):772-82.
- ^ Raja M, Azzoni A, Lubich L. Aggressive and violent behavior in a population of psychiatric inpatients. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1997 Oct;32(7):428-34.

Il riscontro delle famiglie sull'assistenza nella fase di fine vita in Cure Intensive.

D. Gallo, N. Palermo, G. Peruzzi, T. Cassina, Fondazione Cardiocentro Ticino, Lugano (Svizzera)

Introduzione. In un'ottica di umanizzazione delle cure, il team infermieristico si è attivato per valorizzare l'aspetto relazionale con le famiglie che vivono la fase terminale dei loro congiunti. A questo scopo è stato creato un Gruppo di Lavoro Infermieristico con l'obiettivo di sensibilizzare il team verso competenze relazionali più specifiche e di offrire uno spazio di ascolto alle famiglie che hanno vissuto la perdita di un proprio caro in Cure Intensive.

Obiettivi. Obiettivo dell'indagine è stato quello di raccogliere il riscontro dei famigliari in merito all'assistenza durante l'esperienza di malattia e lutto.

Materiali e metodo. A distanza di un mese dall'evento è stata offerta ai famigliari la possibilità di incontrare il team curante infermieristico. Nel corso del colloquio, finalizzato all'ascolto e all'accoglimento, i parenti sono stati invitati a esprimersi sulla qualità delle cure ricevute nel corso della malattia e nella fase di fine vita.

Le aree indagate attraverso interviste semi-strutturate sono state: l'assistenza diretta, la relazione e le modalità di accompagnamento (setting). Il grado di soddisfazione dei parenti emerso da ogni colloquio è stato poi sintetizzato dall'intervistatore con un giudizio scegliendo tra: pienamente, parzialmente o per nulla soddisfatto.

Risultati. Da maggio 2006 a dicembre 2010 sono stati condotti 87 incontri con i famigliari. La partecipazione agli incontri è aumentata progressivamente nel tempo, passando dal 31% (8/26) del 2006 al 58% del 2010 (31/58).

Dai colloqui effettuati è emerso un elevato e costante grado di soddisfazione rispetto alla qualità delle cure e all'aspetto relazionale. Nel corso degli anni inoltre si è evidenziato un miglioramento dell'attenzione e della sensibilità dei curanti in fase di accompagnamento al morente e di vicinanza ai loro parenti, che hanno espresso un alto grado di soddisfazione che dal 50% (4/8) del 2006 passa al 96% (29/30) del 2010.

Conclusioni. Il riscontro positivo dei famigliari e i progressi evidenziati confermano l'adeguatezza delle strategie adottate dal team curante nella presa a carico del paziente nel momento di fine vita, momento la cui importanza è riconosciuta seppur in un contesto specialistico e con alto supporto tecnologico. L'iniziativa degli incontri con le famiglie ha riscosso un crescente apprezzamento per la sua originalità in quanto percepita come ulteriore segno di attenzione e di aiuto alla personale elaborazione dell'esperienza del lutto.

La rilevazione della pressione della cuffia del tubo oro tracheale attraverso un metodo soggettivo. Protocollo di ricerca di uno studio su manichino.

Gruppo Infermieristico Area Critica Unità di Terapia Intensiva, Azienda Ospedaliera di Perugia

giustigiando@libero.it

Premessa. La pressione della cuffia del Tubo Orotracheale (TOT), utilizzato per l'intubazione oro tracheale (IOT), deve essere mantenuta in un range di riferimento per evitare complicanze dovute all'iperinsufflazione o alla ipoinsufflazione. La valutazione attraverso la palpazione con le dita risulta essere ancora uno degli strumenti più utilizzati dagli operatori sanitari per valutare la corretta pressione di cuffiaggio

Scopo. Obiettivo dello studio è quello di investigare se attraverso la palpazione con le dita della cuffia del TOT si può ottenere una valutazione corretta e se questa può essere influenzata dall'esperienza dell'operatore.

Materiali e metodi. Attraverso l'uso di un simulatore per l'IOT (Laerdal SimMan™) verrà chiesto ad un campione di convenienza di 50 infermieri di individuare tre diversi livelli di pressione (bassa, corretta, alta) su tre TOT di materiale differente (silicone, PVC, PVC con armatura).

Risultati e conclusioni. L'analisi statistica verrà effettuata con il programma STATA 10.0 (StataCorp LP, Texas, USA); osserveremo le differenze in termini di sensibilità, specificità tra i diversi tubi, tenendo in considerazione le differenze in termini di caratteristiche del tubo e variabilità dell'osservatore.

Bibliografia

- ▲ Fernandez R, Blanch L, Mancebo J, Bonsoms N, Artigas A. Endotracheal tube cuff pressure assessment: pitfalls of finger estimation and need for objective measurement. *Critical Care Medicine* 1990, 18(12):1423-1426.
- ▲ Jaber S, El Kamel M, Chanques G, Sebbane M, Cazottes, S et al. Endotracheal tube cuff pressure in intensive care unit: the need for pressure monitoring. *Intensive Care Med* 2007;33:917-918
- ▲ Munoz VE, Mojica S, Gomez JM, Soto R. Comparacion de la presion del manguito del tubo orotraqueal estimada por palpacion frente a la medicion tomada con un manometro. *Revista Ciencias de la Salud* 2011;9(3):229-236
- ▲ Sole ML, Su X, Talbert S, Penoyer DA, Kalita S, et al. Evaluation of fan intervention to maintain endotracheal tube cuff pressure within therapeutic range. *Am J Crit Care* 2011;20(2):109-117.

Miglioramento dei servizi pre-ospedalieri d'emergenza sanitaria e di risposta alle maxi-emergenze in Libano. Un'esperienza di collaborazione tra gli infermieri di ARES 118 e CISP.

Rosita Di Gregorio, Grazia Marcianesi Casadei, Silvia Scelsi, Luca Tesone., ARES 118 Regione Lazio

latesone@ares118.it

Il progetto, iniziato nel 2011, condotto dal Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli (CISP-Organizzazione Non Governativa italiana) in collaborazione con l'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria (ARES) 118, per il sostegno della Croce Rossa Libanese (CRL), ha lo scopo di rendere più efficiente, funzionale, omogeneo e standardizzato il servizio di emergenza medica in Libano. La presenza di Infermieri ARES 118 ha permesso l'implementazione della parte formativa del progetto, la consulenza allo sviluppo di un software di gestione delle Centrali Operative libanesi nonché la strutturazione di un modulo per la gestione delle maxi-emergenze in Libano.

I risultati attesi alla fine del progetto sono:

1. Il sistema della CRL di gestione delle chiamate di emergenza e di coordinamento dei soccorsi funziona in tutto il Libano secondo procedure e protocolli operativi comuni e standardizzati.
2. La Croce Rossa Libanese adotta protocolli e pratiche standardizzati per la gestione e la risposta sanitaria alle maxi-emergenze secondo standard internazionalmente riconosciuti.

La Direzione Nazionale dei Servizi d'Urgenza della CRL e in particolare le 4 Centrali Operative, i 43 Centri di Primo Soccorso ed i circa 2.600 operatori della CRL distribuiti su tutto il territorio nazionale saranno i beneficiari diretti del progetto. La popolazione libanese (circa 3.600.000), che ricorre alla CRL in caso di emergenze sanitarie potrà invece usufruire dei benefici indiretti.

Le principali attività pianificate sono: assistenza tecnica; forniture di mezzi, equipaggiamenti e strumentazioni alle Centrali Operative; sviluppo di protocolli e formulari standardizzati per la gestione delle chiamate di emergenza e delle missioni di soccorso; elaborazione di un software per la gestione delle chiamate e delle missioni di soccorso; formazione di formatori e formazione degli operatori sulla corretta gestione delle emergenze e maxi emergenze; stage di formazione in Italia presso l'Azienda Regionale per le Emergenze Sanitarie della Regione Lazio ARES 118.

012 La metodologia di counseling come strumento per la gestione dell'attacco di panico in triage. Protocollo di ricerca.

Francesco Dottori, Elena Lucconi, Azienda Ospedaliera di Perugia.

Introduzione. Il continuo aumento negli ultimi anni nel pronto soccorso di Perugia, di pazienti con disturbi legati ad ansia, attacchi di panico e sindromi correlate, ha fatto emergere la necessità di verificare se la metodologia del counseling in triage, è in grado di ridurre e/o annullare la sintomatologia legata allo stato ansioso.

Obiettivo. L'obiettivo è quello di valutare il counseling in triage, come strumento in grado di aiutare il paziente con attacco di panico e sindromi correlate, dimostrando come una corretta relazione di aiuto porti ad un miglioramento delle sensazioni soggettive dell'assistito e dei suoi parametri vitali.

Materiali e Metodi. Un attacco di panico è un episodio di intensa paura o disagio, durante il quale si hanno quattro o più dei 13 segni individuati nel DSM-IV TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text revision IV edizione*) che si sviluppano improvvisamente e raggiungono il loro picco in circa 10 minuti. Alcuni di questi segni sono tachicardia, sudorazione, tremori, dispnea, senso di asfissia, parestesie.. I segni clinici sopra elencati non sono correlabili ad alcuna origine organica se non lo stress, l'unica soluzione che viene proposta al miglioramento dei sintomi è quindi il colloquio orientato all'autoconsapevolezza dell'assistito. Il counseling si propone come metodo per la gestione efficace del colloquio che tende ad orientare, sostenere e sviluppare le potenzialità del cliente, promuovendone atteggiamenti attivi, propositivi e stimolando le capacità di scelta.

L'ipotesi di studio prevede l'elaborazione di una scheda di raccolta dati che rilevi la presenza/assenza dei 13 sintomi identificativi per la diagnosi di "attacco di panico". La scheda ha come finalità quella di rilevare in modo oggettivo la situazione clinica del paziente al momento dell'accesso e a distanza di 10/20

min. Alcuni pazienti non verranno trattati e rappresenteranno il gruppo di controllo, gli altri saranno oggetto del colloquio di counseling. Due infermieri del team di triage, esperti in comunicazione, adotteranno la metodica comunicativa del counseling per ridurre il malessere della persona e verificheranno successivamente l'efficacia del loro intervento.

Conclusioni. Lo studio intende valutare l'implementazione della figura del counselor laddove i dati confermassero la riduzione degli stati di ansia già in triage.

Keywords: Counseling, Triage, Ansia, Attacchi di panico

Bibliografia:

- ▲ Andreoli V, Cassano GB, Rossi R. DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Masson, 2007.
- ▲ Rocca R, Stendoro G. Imparare a guarire stress, depressione, attacchi di panico. Armando ed., 2003.

- ▲ Artioli G, Montanari R, Saffiotti A. Counseling e professione infermieristica. Teoria, tecnica, casi. Carocci, 2004.

Implementazione degli strumenti della *clinical governance* (CG): attivazione di un protocollo infermieristico “Trattamento dello stato di coscienza alterato per ipoglicemia” in ARES 118 regione Lazio con progettazione di un PDTA.

Grazia Marcianesi Casadei Cristina Girardet, Silvia Scelsi, ARES 118 Regione Lazio
gmarcianescasadei@ares118.it

Con il presente lavoro si vuole evidenziare come l'approccio basato sulla CG nella implementazione di un protocollo operativo, abbia determinato uno standard di cura basato sulla qualità dei processi. Dal 2008 ARES 118 ha iniziato un percorso di miglioramento delle prestazioni clinico-assistenziali attraverso l'introduzione di protocolli che coinvolgono gli infermieri dei team di soccorso. I cittadini soccorsi da equipaggi ARES 118 ricevono un trattamento standardizzato e conforme alle linee guida internazionali. L'applicazione del protocollo “Trattamento dello stato di coscienza alterato per ipoglicemia” ha coinvolto una coorte di pazienti (22543 records raccolti) di cui poi si sono analizzati i dati e dei quali si sono definite le caratteristiche epidemiologiche standard. Si presentano i dati dell'anno 2010 di tutta la Regione Lazio. Di un campione di una area urbana della provincia di Roma (comune di Fiumicino) si mostrano a confronto i dati dell'anno 2010 e 2011. I dati sono analizzati con software EPIINFO e convalidati statisticamente.

Si vuole sottolineare:

1. l'appropriatezza del trattamento clinico prestatato in regime di emergenza-urgenza da parte degli infermieri;
2. l'appropriatezza della gestione del percorso anche nell'indirizzamento all'ulteriore livello di cura (il mancato accesso al Dipartimento d' Emergenza è rappresentato dal 40% circa dei pazienti trattati);
3. l'attività di educazione sanitaria effettuata dagli infermieri;
4. la possibilità di creare, in ottemperanza alle normative vigenti, dei percorsi clinico assistenziali privilegiati territoriali che permettano a questi pazienti di essere monitorati da equipe specifiche infermieristiche e specialistiche.

L'applicazione dell'approccio CG ha modificato il comportamento degli infermieri e ha permesso di standardizzare delle procedure in un territorio così eterogeneo garantendo a tutta la popolazione un livello clinico assistenziale omogeneo e nel rispetto di standard di assistenza elevati.

Bibliografia

- ▲ Cain E, Acroyd-Stolarz S, Alexiadis P, Murray D. Prehospital hypoglycemia: the safety of noy transporting treated patients. Scotia Canada B4AIE5 2004
- ▲ Planschke A, Vogel MY, Egbert EH. Prehospital management of diabetic emergency, a population based intervention study. Department of Medicine and Institute of Anaesthesiology, KlinikumLippe-Detmold, Germany 2003.
- ▲ Progetto IGEA. Gestione integrate del diabete mellito di tipo II nell'adulto. Documento di indirizzo. Il Pensiero Scientifico Editore, 2012.

Progetto ASL9 di Grosseto: formazione del care giver nella gestione della tracheotomia.

Lorenza Bennati, Michela Berti, Giovanni Bonaccorti, Morena Curti, Simone Montani, Jude Niccolini, Sabrina Pastorelli, Rosemarie Romeo, Stefania Santori, Sabrina Cerasaro, Franca Cecchi, Carla Pieri, ASL9 di Grosseto Toscana
r.romeo@usl9.toscana.it

La regione Toscana, con l'Accordo Stato-Regioni art.4 del 28/08/97 n°281 e con il parere del Consiglio Superiore di Sanità del 25 marzo 2009, ha sottolineato l'importanza della formazione di

persone che effettuano la tracheoaspirazione a domicilio, evidenziando la necessità della presenza del care giver accanto alla persona che ha subito l'intervento di tracheostomia.

E' stato costituito un gruppo di lavoro, su mandato aziendale, per l'elaborazione di un opuscolo informativo della persona tracheostomizzata e relativa scheda di autonomia del care giver.

Il gruppo è stato formato dalle 4 zone Distretto selezionate durante il corso di preparazione "Assistenza h12"; l'obiettivo del progetto è stato quello di individuare, istruire e soprattutto coinvolgere il care giver nella gestione della tracheostomia e della broncoaspirazione a domicilio.

Il periodo di progettazione della documentazione è durato circa 4 mesi, la scheda adottata è stata quella con valutazione nominale dicotomica, mentre l'opuscolo informativo è composto da norme generali di igiene, anatomia, materiale occorrente per la gestione della tracheostomia, esecuzione della procedura, il tutto coadiuvato da immagini semplici, ma esaustive.

Allo stato attuale la documentazione è in fase di deliberazione aziendale, in modo da poter iniziare la fase sperimentale ospedale-territorio con la durata di 6 mesi, per individuare eventuali criticità del percorso, che potranno essere corrette e riadattate.

E' utile sottolineare che l'individuazione e la formazione del care giver avrà inizio al momento in cui l'assistito entrerà in ospedale, per permettere una vera e propria continuità assistenziale in ambito domiciliare.

Bibliografia e Sitografia

- ♣ Brunner LS, Suddarth DS. Il manuale dell'Infermiere. Ed. Piccin.
- ♣ AA.VV. Collana photobook. L'assistenza respiratoria, Ed Piccin.
- ♣ www.asmn.re.it
- ♣ www.aslbrescia.it
- ♣ www.ipasvicomo.it

Controllo delle emorragie esterne di origine traumatica in ambito extraospedaliero.

C. Sciarretta, S. Musolesi, S. Badiali, S. Baroncini, A. Piacentini, G. Martelli, C. Tacconi, A. Monesi, S. Sebastiani. Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Orsola Malpighi, Bologna

L'emorragia, in particolar modo la non comprimibile, è la principale causa di morte nel paziente traumatizzato. E' ampiamente dimostrato che una adeguata gestione del sanguinamento esterno Artero-Venoso in ambito pre-ospedaliero garantisce un miglior outcome al paziente.

Il nostro interesse verso questo argomento nasce da un confronto in merito a casi in cui il personale sanitario ha riferito di avere difficoltà nel controllare il sanguinamento esterno di origine traumatica; analizzando i dati a nostra disposizione abbiamo potuto constatare che dal 01/01/2005 al 31/12/2011 nel database presente presso il servizio di rianimazione dell'Ospedale Maggiore, risulta che molti pazienti al loro ingresso in Pronto Soccorso (PS) presentavano delle emorragie esterne importanti.

Attualmente i dispositivi medici, a disposizione del personale che presta servizio sui mezzi di soccorso e in PS, agiscono tramite compressione meccanica, provocando talvolta danni ischemici e comunque una riduzione limitata del sanguinamento, dimostrandosi inoltre inefficaci ed inapplicabili in distretti corporei non comprimibili.

La nostra ricerca bibliografica era volta a ricercare i dispositivi medici che permettessero il controllo del sanguinamento evitando le complicanze dovute all'esercizio di una pressione prolungata, garantendo inoltre semplicità di utilizzo da parte degli operatori, rapidità di esecuzione della manovra di emostasi e sicurezza per il paziente: in letteratura sono presenti numerosi articoli che dimostrano l'efficacia di polveri di origine minerale e/o biologica, da tempo impiegate in ambito militare e civile negli Stati Uniti, Inghilterra, Europa ed Israele, applicate nelle lesioni Artero-Venose, che fungono da pro-coagulanti topici e che garantiscono un'emostasi pressoché completa in tempi rapidi.

Ventilazione meccanica domiciliare e qualità di vita: la parola alle famiglie.

Lucia Fontanella, Cure Primarie Distretto 4, Servizio di Assistenza Domiciliare, ULSS 12 Venezia
lucia.fontanella62@gmail.com ciaemdom@libero.it

Introduzione. L'insufficienza respiratoria cronica, specie se associata a gravi deficit motori e trattamenti continuativi di ventilazione meccanica (VM) comporta talora una qualità di vita tanto alterata da essere giudicata "insostenibile" da numerosi pazienti, famiglie, persone comuni ed operatori sanitari. Tali situazioni, inoltre, richiedono spesso un carico assistenziale così elevato da incidere pesantemente sulla qualità di vita di tutta la famiglia ed in particolare del care giver.

Materiali e Metodi. Indagine osservazionale trasversale su campione probabilistico svolta a domicilio nel mese di giugno 2012. I soggetti erano stabili dal punto di vista clinico, trattati con ventilazione meccanica invasiva e non invasiva (NIV) superiore alle 14/24 ore, che con i loro familiari-care giver hanno aderito alla compilazione del questionario il Psychological General Well-Being Index (PGWBI), versione italiana.

Lo strumento scelto offre riscontri su 6 domini o dimensioni: ansia, depressione, positività e benessere, autocontrollo, stato di salute generale e vitalità. Fornisce inoltre un indice globale per quantificare lo stato di benessere psicologico-emotivo. Si vuole anche offrire spazio ad alcune libere espressioni di chi vive da anni tale quotidianità.

Risultati. Campione: 11 soggetti di cui 5 malati (3 con VM 24ore e 2 con NIV con circa 15 ore su 24 di ventilazione), età media 65 anni (range 44-90) media di anni di VM 6,8. I 6 care giver avevano un'età media 56 anni.

Indice medio globale PGWBI: malati =52,0 deviazione standard \pm 16,48, care giver =66,5 \pm 13,49.

Il confronto con la media della popolazione italiana (indice globale78,0 \pm 17.89) mostra la presenza di distress severo tra i pazienti e distress moderato tra i care giver

Discussione e Conclusioni. La gestione domiciliare delle malattie croniche con speranza di vita elevata, include la verifica della qualità di vita dei pazienti e della sostenibilità del carico assistenziale che ricade sulle loro famiglie. Tale argomento si presta anche a riflessioni su aspetti etici, su quante e quali risorse dedicare a questa tipologia di utenti e sulla qualità dell'assistenza erogata.

Data l'esiguità del campione non si giudicano rappresentativi i risultati, tuttavia si ritengono particolarmente significativi per l'attenzione dovuta a chi convive con realtà emotivamente e fisicamente così difficili.

I principi del TIME e la gestione della tracheostomia nel paziente pediatrico.

G. Antonielli, D. Fagioli, R. Maiale, M. Monoscalco, Dea/Arco Rianimazione, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Palidoro

G. Ciprandi, Chirurgia Plastica e Maxillo Facciale, Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma
daniele.fagioli@opbg.net

Premessa. La "care" della tracheostomia è uno degli aspetti più importanti nell'assistenza al bambino con patologia respiratoria cronica in termini di prevenzione delle complicanze infettive e relative allo stato cutaneo peristomale. Sempre più spesso assistiamo a lesioni cutanee secondarie a tracheotomia la cui valutazione e trattamento non sono sempre uniformi e documentati in letteratura scientifica.

Scopi. Elaborazione e applicazione di un "bundle" per la valutazione e gestione delle complicanze secondarie a tracheotomia.

Materiali e metodi. Analisi prospettica di due casi trattati rispettivamente per una lesione a breve termine (deiscenza dei punti di sutura) e una lesione a lungo termine (granulazione peristomale) secondari a tracheotomia chirurgica.

Risultati. I due casi di lesione ci ha portato all'elaborazione di due diverse flow-chart per la gestione delle complicanze a breve e a lungo termine che comprendeva la valutazione della lesione attraverso il TIME (Tissue, Infection or inflammation, Moisture imbalance, Epidermal margin) e il conseguente trattamento con medicazioni avanzate che ci hanno permesso di portare a guarigione entrambi i pazienti.

Conclusioni. L'applicazione del TIME e l'eventuale gestione con medicazioni avanzate delle lesioni secondarie a tracheotomia può rappresentare un valido "bundle" per la "care" della tracheostomia. La formazione del personale e il trasferimento delle conoscenze in wound care in termini di valutazione e trattamento nell'assistenza al bambino con tracheostomia può permettere una riduzione delle complicanze legate all'integrità cutanea peristomale.

Bibliografia

- ▲ Boesch RP, Myers C, Garrett T, Nie AM, Ythomas N, Chima A, McPhail GL, Ednick M, Rutter MJ, Dressman K. Prevention of Tracheostomy-related Pressure Ulcers in Children. *Pediatrics* 2012;129:e729.
- ▲ Jaryszak EM, Shah RK, Amling J, Peña MT. [Pediatric tracheotomy wound complications: incidence and significance.](#) *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2011 Apr;137(4):363-6.
- ▲ Lewis CW, Carron JD, Perkins JA, Sie KC, Feudtner C. Tracheotomy in pediatric patients: a national perspective. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2003 May; 129(5):523-9.

Paziente critico in ventilazione meccanica: strategie assistenziali per la prevenzione delle infezioni.

Elisabetta Palma, Sabrina Pongetti, Roberta Romiti, Monica Discepoli, Katuscia Pederneschi, Rianimazione, ASUR Marche Area Vasta 2 – Senigallia (AN)

romiti.roberta@libero.it sabrinapongetti@yahoo.it

Premessa. Il paziente critico presenta più di altri il rischio di contrarre una infezione correlata all'assistenza (ICA) sia per le condizioni critiche che per l'invasività delle necessarie procedure diagnostico-terapeutiche. La presenza di germi antibiotico-resistenti e la mancanza di efficaci strategie preventive rende particolarmente rilevante il problema delle ICA, in particolar modo le polmoniti associate a respiratore meccanico (VAP). È necessario disporre di un "bundle" (pacchetto assistenziale) per contrastare le VAP e garantire standard assistenziali di buona qualità. La VAP è la più importante complicanza infettiva (1/4 di tutte le infezioni) nei pazienti di Terapia Intensiva Intensiva, con elevati tassi di mortalità e maggiori costi per il Servizio Sanitario Nazionale.

Scopi. Ricavare dalla letteratura le evidenze necessarie per implementare un pacchetto assistenziale applicabile alla realtà locale.

Materiale e metodi. Ricerca della letteratura pertinente di interesse infermieristico su banche dati biomediche (Cochrane Library, Pubmed, Embase) e siti governativi (CDC, Linee guida Ministero Salute) relativi agli ultimi 5 anni.

Risultati. Sono stati selezionati 21 articoli relativi all'igiene orale, al posizionamento e alla gestione dei presidi. Da diversi studi si evince la scarsa aderenza del personale alle misure preventive, con necessità di maggiore sorveglianza. L'igiene orale è indicata ma non c'è accordo sul l'uso di Clorexidina gluconato (varie concentrazioni), o acqua distillata. È raccomandata la posizione semiseduta (almeno 30°) ma sono riportati dati promettenti anche sull'uso di letti rotanti. Non sembrano esserci differenze significative sull'incidenza delle VAP rispetto all'uso di circuiti aperti o chiusi.

Conclusioni. Il pacchetto assistenziale è stato sottoposto all'attenzione della Direzione Aziendale per le necessarie procedure di validazione e autorizzazione. Al termine di tale processo le istruzioni operative che compongono il pacchetto faranno parte del manuale aziendale delle istruzioni operative.

La qualità: parola ai pazienti e agli operatori.

Antonella Gallorini, Valentina Quercioli, Azienda Ospedaliera Universitaria di Siena
tamburello2@alice.it

Premessa. E' stato effettuato uno studio sulla qualità percepita sia dai pazienti che dagli operatori sanitari, nel periodo compreso tra il 24 aprile e il 24 maggio 2012 presso l'Unità Operativa Cardiologia dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Siena.

La qualità secondo ISO 9000 è l'insieme delle proprietà e delle caratteristiche di una entità che conferiscono ad essa la capacità di soddisfare esigenze implicite ed esplicite.

Scopo. Individuare i punti di forza e le eventuali criticità all'interno del reparto.

Materiali e Metodi. L'indagine conoscitiva è stata realizzata attraverso la somministrazione di due questionari strutturati e anonimi composti rispettivamente da 14 e 9 domande.

Risultati. Nel questionario dedicato ai pazienti sono emersi giudizi positivi, ma è da considerare il contesto in cui è stato somministrato, poiché è affiorata la volontà di non giudicare negativamente l'organizzazione del reparto in quanto essendo malati cronici hanno spesso necessità di nuovi ricoveri presso la nostra Unità Operativa. Sicuramente dovremmo migliorare alcuni aspetti del nostro lavoro quotidiano, ad esempio le informazioni relative al ricovero e all'organizzazione del reparto investire maggiormente sul rapporto con i pazienti considerando che ognuno di loro ha un proprio vissuto e il bisogno di un'assistenza personalizzata.

Rielaborando i dati dei questionari relativi agli operatori sanitari sono emerse: criticità per quanto riguarda l'organizzazione generale del reparto (strutturale e gestionale) che successivamente si ripercuotono sull'assistenza diretta al paziente e suggerimenti per l'adozione di un modello per equipe con più collaborazione tra le varie figure professionali per un maggior coinvolgimento clinico assistenziale e poter garantire un'assistenza personalizzata.

Bibliografia

- ▲ Calamandrei C, Orlandi C. La dirigenza Infermieristica. Mc Graw Hill, Milano 2009.
- ▲ Vallicella F, Vanzetta M. Il punto di vista dell'utente: come si misura e quanto costa misurarlo. Management Infermieristico, 4-2000.
- ▲ Legge 23 dicembre 1978, n. 833. Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.

E' possibile una consegna infermieristica al letto del paziente che favorisce il suo empowerment?

Juergen Wildner, Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova di Reggio Emilia
jwildner@unifi.it jurgen.wildner@asmn.re.it

La consegna al letto è una metodologia quasi inesistente in Italia, a livello internazionale però viene praticato e discusso da più di 40 anni come dimostra una vasta gamma di pubblicazioni. Negli ultimi anni si osserva un incremento delle pubblicazioni sul tema in concordanza con il tema del rischio clinico.

Il reparto di Cardiologia /Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (UTIC) Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia dispone di 11 letti di terapia intensiva e 22 letti di degenza.

In un focus group è stato elaborato un questionario con domande chiuse e aperte. Nel questionario anonimo hanno risposto 36 su 39 colleghi.

Ci sono elementi della consegna che vengono valutati in modo positivo da una maggioranza. In linea generale dalle risposte si attesta però una diffusa insoddisfazione per quanto riguarda la troppa fatica per un'unica persona a gestire le consegne fino a 11 pazienti in UTIC, le interruzioni frequenti durante le consegne, troppi contenuti delle consegne non importanti, le consegne che durano troppo tempo, il pericolo di errori, i contenuti sono soggettivi, il desiderio di ricevere le consegne dal collega che ha seguito effettivamente il paziente e familiari.

Alcuni dubbi come l'argomento della privacy hanno bisogno di approfondimento e discussione con il team.

L'86% degli infermieri che hanno consegnato il questionario è d'accordo di combinare la consegna al letto in UTIC con la suddivisione dei pazienti. Per il 78% la consegna al letto è realizzabile. Il primo passo per poter arrivare alla consegna al letto in UTIC deve essere la responsabilizzazione del singolo infermiere nel suo operato quotidiano, quindi di suddividere gli posti letti sui tre infermieri. Ogni infermiere cerca di occuparsi principalmente dei suoi pazienti e li consegna personalmente al prossimo turno.

Di fondamentale importanza durante tutto il processo è il sostegno del management infermieristico.

Bibliografia

- ▲ Benaglio, Piffer, Sperotto. Modelli innovativi della continuità dell'assistenza: dalle consegne alla consegna al letto del malato. *Assist Inferm Ric.* 2006, 25(2): 105–108.
- ▲ Bulfone G, Sumathy, Grubissa, Palese A. Trasferire efficacemente informazioni e responsabilità attraverso le consegne: revisione della letteratura. *Assist Inferm Ric* 2012;31(2):91-101
- ▲ Wildner Juergen. La consegna infermieristica al letto del paziente. Un'esperienza dell'Hospice di Montericco/Albinea, Reggio Emilia. *Io infermiere, IPASVI Milano-Lodi* 2010 13(5): 58-61

Infusione a gravità: testing operativo (praticità d'uso, sicurezza, riduzione dei tempi assistenziali) del deflussore Intrafix® Safeset. Protocollo di ricerca di uno studio comparativo.

Nicola Ramacciati, Andrea Ceccagnoli, Claudia Grassini, Mirco Pagnotta, Sara Urli, Pronto Soccorso-Accettazione-Osservazione Breve Intensiva.

Mario Marinelli, Gialuca Ontari, Dipartimento Professioni Sanitarie.

Azienda Ospedaliera di Perugia.

nicola.ramacciati@libero.it

Premessa. La somministrazione dei farmaci per via endovenosa è uno degli interventi infermieristici (*Medication Administration: Intravenous (IV) #2314 NIC*) più frequenti nella prassi assistenziale quotidiana. La modalità di infusione a gravità è tra le metodiche più utilizzate e la più diffusa in molti setting assistenziali. L'innovazione e la ricerca nel campo dei dispositivi medico-chirurgici (DMC) dedicati alla terapia endovenosa propone ai professionisti e alle aziende sanitarie sempre nuovi prodotti: anche i deflussori sono stati oggetto di cambiamenti migliorativi sotto il profilo della performance e della sicurezza.

Scopo. Scopo dello studio è quello di testare un nuovo dispositivo medico-chirurgico l'*Intrafix® Safe Set* prodotto dalla ditta BBraun, un deflussore anti-gocciolamento e anti svuotamento per infusioni per gravità di soluzioni infusionali da bottiglia, flacone plastico e sacca, attraverso una valutazione comparativa con il deflussore standard in dotazione, in diversi contesti operativi ospedalieri (pronto soccorso generale, reparti di area medica, reparti di area chirurgica) rispetto: praticità d'uso, sicurezza, riduzione dei tempi assistenziali correlati.

Materiali e Metodi. Attraverso un campionamento di convenienza verranno arruolati 100 infermieri di area critica (Pronto Soccorso), area internistica (Medicine) e area chirurgica (Chirurgie). I supervisori/facilitatori dei tester, consegneranno i DMC con la relativa scheda informativa/istruzioni d'uso agli infermieri/tester nonché la scheda di comparazione. Questa è

divisa in due parti: la prima inerente i dati anagrafico/professionali del tester (tramite sistema di codifica verrà garantito l'anonimato), la seconda le valutazioni comparative. Costituita da 14 items con scala Likert a 3 punti. La scheda esplora: Capacità di Perforazione, Fase di Riempimento, Collegamento/Connessione al catetere venoso, Regolazione/Precisione velocità di infusione, Fine Infusione (Anti-gocciolamento e anti-svuotamento) e Valutazione Conclusiva.

Risultati e Conclusioni. Il testing dei DMC e la raccolta dati avverrà dalla metà di ottobre a novembre 2012. L'analisi dei dati entro la prima settimana di dicembre, mentre il report finale sui risultati ottenuti sarà redatto entro la fine di dicembre 2012. L'analisi statistica di tipo descrittivo verrà effettuata con il programma EXCEL (Microsoft®). Verranno analizzate le differenze in termini di praticità d'uso, sicurezza, riduzione dei tempi assistenziali correlati disaggregati per tipologia di reparto e utilizzatore.

Bibliografia

- ▲ Alfonso JL, Ferrandis Campos V, Ruiz Hontangas A. Evaluation of a new infusion set. Rev ROL Enf. 2008; 31(9):2-5

Benessere lavorativo: verso il costrutto dell'approccio globale alla violenza in pronto soccorso.

Nicola Ramacciati, Andrea Ceccagnoli, Beniamino Addey, Pronto Soccorso – Accettazione – Osservazione Breve Intensiva, Azienda Ospedaliera di Perugia
nicola.ramacciati@libero.it

Premessa. Gli infermieri di Pronto Soccorso sono, tra gli operatori sanitari, i più esposti agli atti di violenza nel corso della loro attività lavorativa. Numerosi studi internazionali già da tempo stanno investigando questo fenomeno e presentando soluzioni. In Italia solo recentemente si è iniziato ad evidenziare il fenomeno. Il nostro gruppo di ricerca sta sviluppando un approccio operativo globale al problema della violenza verso gli operatori in Pronto Soccorso basato su un modello teorico derivato dagli studi sull'argomento, dalla nostra esperienza sul campo ed attività di ricerca.

Scopo. Scopo del presente lavoro è quello di presentare il primo step della strutturazione del costrutto dell' "Approccio Globale alla Violenza in Pronto Soccorso", finalizzato al miglioramento del benessere lavorativo degli infermieri di Pronto Soccorso, in particolar modo durante l'attività di triage.

Materiali e Metodi. Attraverso l'interrogazione dei database PubMed e CINAHL sono stati individuati 36 studi sulla *Workplace Violence* in Pronto Soccorso che analizzano i fattori di rischio, i fattori precipitanti, le strategie, le azioni e gli interventi correttivi.

Risultati e Conclusioni. La lettura sinottica degli studi individuati suggerisce l'individuazione di 30 fattori. Questi sono stati raggruppati secondo il punto di vista dell'infermiere in 4 domini: esterno, interno, ambientale/contestuale, organizzativo.

La complessità del fenomeno e la forte interconnessione tra diversi fattori suggerisce che il problema della violenza in Pronto Soccorso può essere affrontato efficacemente solo con un'analisi "multidimensionale" dei contesti operativi e con interventi mirati "pluridirezionali".

Il costrutto dell' "Approccio Globale alla Violenza in Pronto Soccorso" fornirà le basi per costruire un'apposita scala di misurazione del rischio, specifica per il fenomeno aggressioni.

Bibliografia

- ▲ Ramacciati, N, Ceccagnoli, A. Violenza e aggressioni in Pronto Soccorso: revisione della letteratura. *L'Infermiere*, 2011,45(5), e43-e50.
- ▲ Ramacciati, N., Ceccagnoli, A. Violenza e aggressioni in Pronto Soccorso: un approccio operativo. *Scenario*, 2012,29(2), 32-38.
- ▲ Ramacciati, N., Ceccagnoli, A. The "costs" of violence and abuse suffered by ER operators. *Scenario*, 2011,27(4),S27 (Supplement)

Tecnologia per l'assistenza: misurazione, trasmissione e registrazione dei parametri vitali in pronto soccorso. connessione wireless tra misuratore di parametri vitali CVSM 6500® WELCH-ALLYN e software FISTAID® DEDALUS.

Nicola Ramacciati, Alessandro Chiocci, Luca Taschini, Emma Reali, Pronto Soccorso – Accettazione – Osservazione Breve Intensiva, Azienda Ospedaliera di Perugia
nicola.ramacciati@libero.it

Premessa. La misurazione e il monitoraggio dei parametri vitali è sicuramente l'intervento infermieristico (*Vital Signs Monitoring #6680*, nella classificazione NIC) più applicato in tutti i setting operativi di Pronto Soccorso: triage, sala visite, sala emergenze, osservazione breve intensiva. Numerosi studi suggeriscono che la misurazione completa dei parametri vitali può ridurre significativamente il rischio di under triage, così come la precisione, tempestività e accuratezza delle misurazioni gioca un ruolo fondamentale in molti problemi collaborativi che l'infermiere affronta in tandem con il medico di pronto soccorso.

Scopo. Scopo del presente lavoro è quello di presentare la recente esperienza della Azienda Ospedaliera di Perugia nell'integrazione dell'*Information Technology* nell'assistenza infermieristica di pronto soccorso e il disegno di ricerca di uno studio comparativo tra la metodica di misurazione e registrazione tradizionale versus l'utilizzazione del misuratore di parametri vitali CVSM 6500® collegato con il database clinico FirstAid® in modalità wireless e identificazione con codice a barre.

Materiali e Metodi. Attraverso una scheda di misurazione comparativa verranno misurati i tempi di misurazione e registrazione dei dati, nonché l'accuratezza delle trascrizioni di un campione di convenienza pari a n.30 unità (infermieri esperti di pronto soccorso).

Risultati e Conclusioni. L'iniziale esperienza legata all'uso di tecnologie avanzate integrate per la misurazione e la registrazione dei parametri vitali si sta rivelando estremamente positiva. I risultati dello studio comparativo forniranno dati utili per verificare l'efficacia clinica rispetto al upload diretto dei dati alla cartella clinica del paziente;

la riduzione degli errori e dei rischi legati alla trascrizione manuale dei dati; l'incremento della produttività nella gestione documentale anche in termini di risparmio temporale.

Bibliografia

- ▲ Ramacciati N. Misurazione completa dei Parametri Vitali e rischio di under triage. *Emergency Oggi*, 2011,11(9),16-20.
- ▲ Meccariello M. [Evaluating the Use of an Automated Vital Signs Documentation System on a Medical/Surgical Unit](#). *Journal Of Healthcare Information Management*, 2010,24(4): 46-52.
- ▲ Alpert BS. [Clinical evaluation of the Welch Allyn SureBP algorithm for automated blood pressure measurement](#). *Blood Pressure Monitoring*, 2007,12(4): 215-218

Ricerca sui vissuti psicologici degli operatori sanitari coinvolti in “eventi avversi”

Milena Consorte, Cristiano Lastrucci, Adriana Grotta, Gianni Marocci, Euro Pozzi, Michele Ugliola, Associazione Aiutiamo chi Aiuta
m.consorte@ausl.bologna.it

Introduzione. “Aiutiamo chi Aiuta” è un'associazione senza fini di lucro sorta tra professionisti (psicologi del lavoro, psicoterapeuti, psichiatri, infermieri, medici del lavoro, medici legali, ecc..) della Sanità che hanno condiviso la consapevolezza delle tante difficoltà che, nell'ambito delle professioni di aiuto, ciascuno vive per riuscire a dare sempre il meglio nel proprio lavoro.

L'Associazione si propone di comprendere quello che accade al professionista nel momento in cui incorre nell'alea terapeutica e, in seguito ad un evento avverso (eventi incompressibili e insopprimibili) comincia a sentirsi insicuro fino a perdere la fiducia in sé stesso e nelle proprie capacità professionali.

Quando l'evento è seguito anche da una controversia giudiziaria il professionista è inevitabilmente sotto pressione e le sue capacità professionali possono essere temporaneamente, a volte definitivamente, compromesse.

Con l'obiettivo di attuare una prima quantificazione del fenomeno abbiamo avviato una ricerca.

Materiali e Metodi. L'associazione "Aiutiamo chi Aiuta" sta promuovendo un'indagine tra il personale infermieristico sull'impatto psicologico e professionale che gli eventi avversi possono avere sul lavoratore coinvolto. Lo strumento è un questionario sull'autopercezione di "incidenti di percorso" nella propria attività clinica (cosiddetta alea terapeutica), da somministrare a un campione significativamente rappresentativo di personale, possibilmente nelle aree più esposte a queste problematiche.

Dalle poche ricerche in questo ambito risulta che corrono un maggior rischio psicologico i professionisti che affrontano i vissuti derivanti dall'alea terapeutica senza strumenti adeguati per elaborare l'accaduto e/o che decidono di vivere da soli questo delicato frangente della vita professionale.

Risultati attesi. Lo scopo della ricerca è valutare l'entità, l'estensione e le ricadute del verificarsi di eventi avversi nella pratica sanitaria, onde realizzare interventi mirati di ascolto, *counseling* e supporto al personale. La ricerca si sta avviando presso varie istituzioni.

Conclusioni. I risultati consentiranno di sviluppare le nostre finalità associative:

1. Fornire supporto psicologico agli operatori vittime dell'alea terapeutica, che vivono nel timore di un contenzioso o ne siano già coinvolti.
2. Studiare in modo approfondito le conseguenze psicologiche dell'alea terapeutica.
3. Fornire agli interessati le informazioni oggettive utili per affrontare al meglio la situazione.
4. Validare strumenti di misurazione del danno biologico.

Abbiamo scelto la forma dell'Associazione di Promozione Sociale perché questi ci consente di essere terzi rispetto ad ogni altra Istituzione e stipulare convenzioni con Aziende, Enti ed Organizzazioni che operano nell'ambito della Sanità e dell'Assistenza.

Benessere lavorativo e criticità relazionali in area triage. risultati di 16 mesi di monitoraggio.

Nicola Ramacciati, Andrea Ceccagnoli, Beniamino Addey, Alessandro Chicci, Claudia Grassini, Roberta Sodacci, Simone Caprani, Paolo Pagliai, Paola Luconi, Pronto Soccorso – Accettazione – Osservazione Breve Intensiva, Azienda Ospedaliera di Perugia
nicola.ramacciati@libero.it

Premessa. Oggi nei servizi di emergenza di tutto il mondo sono sempre più frequenti gli atti di violenza e di aggressione nei confronti degli infermieri di pronto Soccorso, ed in particolare di quelli impegnati nell'attività di triage, ma la scarsa propensione degli infermieri di denunciare gli episodi di violenza, limita fortemente la piena comprensione del fenomeno. Alcuni recenti studi italiani stanno iniziando ad investigare questo problema anche nel nostro Paese.

Scopo. Scopo del presente lavoro è quello di presentare i risultati di 16 mesi di registrazione degli episodi di violenza (*Workplace Violence*) in Triage, monitorati dalla SC di Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliera di Perugia.

Materiali e Metodi. A seguito della sensibilizzazione alla tematica delle aggressioni ed alla politica di "tolleranza zero" verso gli abusi, avviata nel maggio del 2009, tra le varie iniziative poste in essere è stata predisposta, per il monitoraggio delle criticità relazionali in area Triage, una Scheda Registro Aggressioni, composta da 16 items.

Risultati. Dal 28/05/2010 al 29/09/2012 sono stati segnalati 19 eventi violenti (pari a 1,2 episodi/mese) da 8 infermieri su 34 unità (23,5%). Nel 67% dei casi l'aggressore era l'assistito, nel restante 33% l'accompagnatore. La violenza è stata nel 95% degli episodi verbale, nel 5% fisica. Il sabato e, in particolar modo la domenica- quando il rapporto utenti/sanitari è maggiore - sono i giorni della settimana più "pericolosi". Esiste una relazione inversa tra codice di priorità e

“aggressività”: nel 58% degli episodi il Codice assegnato è Bianco, 37% Verde, 5% Giallo, nessun Rosso. Al contrario non si è evidenzia una correlazione lineare con il tempo di attesa in triage. L’effetto sui presenti in sala di attesa è stato prevalentemente di disapprovazione nel 50% dei casi, nullo nel 44% e di attivazione nel 6%. Infine la risoluzione finale mostra un andamento modale dicotomico in quanto nel 42% dei casi l’evento è stato risolto dallo stesso infermiere di triage, in un altro 42% sono dovute intervenire le forze dell’ordine, mentre l’attivazione dell’infermiere coordinatore o di un collega con funzioni di “mediazione” (8%) e il ricorso alla vigilanza interna (8%) sono state le forme di soluzione meno utilizzate.

Conclusioni. Le informazioni sui fatti di violenza possono fornire numerosi spunti di analisi e di intervento. Il basso numero di casi segnalati, se da un lato rispecchia il fenomeno della sottosegnalazione descritto in letteratura e stimato intorno all’80%), dall’altro ci auguriamo che registri l’efficacia degli interventi multi-direzionali posti in essere presso il Pronto Soccorso dell’Azienda Ospedaliera di Perugia.

Bibliografia

- ▲ Ramacciati N, Ceccagnoli A. Violenza e aggressioni in Pronto Soccorso: un approccio operativo. Scenario, 2012,29(2), 32-38.

ECMO Team per i trasporti inter-ospedalieri nei pazienti con ARDS: report a 7 anni dall’attivazione del programma.

A. Lucchini, R. Gariboldi, S. Elli, S. Vimercati, P. Tundo, C. De Felippis, Terapia intensiva Generale, Ospedale S. Gerardo di Monza, Università Bicocca di Milano

M.C. Costa, M. Giacobelli, S. Capalbi, R. Caruso, C. Cressoni, C. Gambarini, Servizio di Perfusionazione cardiocircolatoria, Ospedale S. Gerardo di Monza, Università Bicocca di Milano
a.lucchini@hsgerardo.org m.costa@hsgerardo.org

Scopo. Nel mese di settembre 2004, al fine di poter trasportare in sicurezza i pazienti candidati ad ECMO degenti in altri ospedali, la nostra equipe ha istituito ed implementato un programma per l’applicazione del ECMO in altro ospedale e relativo trasporto presso la nostra struttura.

Materiali e Metodi. Il programma ha inizialmente identificato un Centro Mobile di Rianimazione che possedesse le seguenti caratteristiche: presenza di inverter principale di 1800 W più inverter di riserva con potenza 1000 W, riserva di Ossigeno a 4 bar superiore a 6500 litri, presenza di aria compressa medica a 4 bar. Il mezzo identificato è stato fornito dalla Croce Bianca di Carugate.

Per il trasporto di tutti i pazienti è stato utilizzato un sistema ideato dal nostro gruppo, denominato castello, per l’alloggiamento di tutte le apparecchiature.

I sistemi ECMO utilizzati sono di tipo PLS e HLS (Sistema cardiohelp) della ditta Maquet.

Per l’alloggiamento ed il trasporto del materiale e delle apparecchiature, sono stati creati tre diversi zaini a scomparto. La composizione base del Team Ecmo è la seguente: tre anestesisti-rianimatori, un infermiere di Terapia intensiva generale ed un perfusionista del Servizio di perfusione cardiovascolare.

Per i trasporti superiori a 600 Km è stato richiesto l’aiuto dell’aeronautica militare per il trasporto del centro mobile all’interno di un aereomobile C 130.

Risultati. Da settembre 2004 a Ottobre 2012 sono state effettuate 45 missioni con un tempo medio di 8 ore (SD ± 3,35) ed una distanza media pari a 117 Km (SD ± 177). La tabella 1 la Tabella 2 riepilogano le missioni effettuate ed i ruoli decisionali ed operativi delle figure professionali coinvolte.

Centralizzazione dei pazienti vittima di trauma

S. Musolesi, A. Monesi, I. Bocchi, S. Sebastiani, Azienda Ospedaliero - Universitaria S.Orsola-Malpighi di Bologna
stefano.sebastiani@aosp.bo.it

Lo spunto per la realizzazione di questo poster nasce da un' articolo pubblicato nel 2009 sulla rivista "Scenario"(2009;26 (4): 6 – 14), organo ufficiale dell'Aniarti (Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica): uno studio effettuato presso il Dipartimento Emergenza Accettazione (DEA) dell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Careggi" di Firenze, riguardante la centralizzazione del trauma maggiore per criterio di meccanismo lesionale "criterio dinamico". Lo studio nasce dalla percezione degli Infermieri del DEA, che ci fosse un grosso numero di casi traumatici centralizzati e trattati come codice rosso per criterio dinamico (ISS>15). Nello studio sono stati presi in considerazione 1041 pazienti arrivati presso il DEA per trauma maggiore. Del totale dei pazienti arruolati il 38% (380) è stato centralizzato per criterio fisiologico o anatomico di lesione, il 61,3% (612) è stato centralizzato per criterio dinamico e lo 0,7% (7) per condizioni particolari. Il nostro obiettivo è stato di confrontare i dati raccolti nello studio con quanto riportato in letteratura, al fine di verificare se il solo criterio dinamico è un parametro attendibile nel determinare la centralizzazione dei pazienti vittima di trauma

L'assistenza infermieristica a pazienti affetti da coartazione aortica: analisi di due casi pediatrici.

Marilisa Corso, Mara Dorigo, Corso di Laurea Infermieristica , Università di Padova, sede di Conegliano

Sara Pevarello, Alessandra Zampieron †
marilisa.corso@ulss7.it

Premessa. Sono stati analizzati due casi di pazienti pediatrici affetti da coartazione aortica (CoA). Anche se tale patologia è considerata una cardiopatia semplice, può determinare complicanze gravi, con decorsi differenziati e diversa complessità assistenziale infermieristica.

Scopo. Esaminare le differenze n casi di CoA a crescente complessità-assistenziale infermieristica.

Materiali e Metodi. I dati relativi ai due pazienti (uno con CoA semplice e uno con CoA complessa) sono stati analizzati e comparati attraverso la valutazione delle cartelle cliniche nelle fasi pre e post-operatorie, per quanto riguarda l'accertamento, i problemi, gli esiti, gli interventi (su bambini e genitori) e i risultati finali.

Risultati. Dal lavoro di comparazione dei 2 casi sono emerse delle significative differenze per quel che riguarda la gestione delle problematiche ventilatorie. Il bambino con CoA complessa, rispetto a quello affetto da CoA semplice, è stato intubato il giorno precedente all'intervento chirurgico. Inoltre, durante la ventilazione sincronizzata e dopo l'estubazione i valori della saturazione erano diversi per i due soggetti. I tempi di svezzamento dalla ventilazione meccanica sono diversi e strettamente legati al tipo di sedazione con cui i due soggetti erano stati trattati.

Conclusioni. L'analisi dei due casi ha permesso di delineare le responsabilità dell'infermiere:

1. garantire un'assistenza standard postoperatoria cardiocirurgica, offerta a qualsiasi soggetto pediatrico sottoposto ad un intervento di cardiocirurgia, indipendentemente dal tipo e complessità di patologia;
2. adattare il nursing allo stato del bambino, alla sintomatologia presente e alle prescrizioni terapeutiche.

Bibliografia

- ⤴ Soler M, Raszynski A, Kandrotas RJ, Sussmane JB, Aznavorian R, Wolfsdorf J. Fewer interventions in the immediate post-extubation management of pediatric intensive care unit patients: safety and cost containment. *Journal of Critical Care*, 1997, 12(4), 173-176.
- ⤴ Shinebourne EA, Tam ASY, Elseed AM, Paneth M, Lennox SC, Cleland WP. Coarctation of the aorta in infancy and childhood. *British Heart Journal*, 1976, 38(4), 375-380.

Una rete speciale per pazienti speciali.

Andrea Finelli, Rianimazione, Ospedale Maggiore di Bologna

Daniele Celin, Servizio d'Emergenza Bologna Soccorso

andrea.finelli77@gmail.com

Dal 2007 il 118 Bologna Soccorso (EMS) ha istituito una rete di risposta particolare per pazienti con patologie rare. Ad oggi sono inseriti all'interno del database della Centrale Operativa 17 nominativi con altrettanti percorsi clinico/assistenziali particolari in caso di emergenza.

La procedura dei "Pazienti a rischio" prevede la segnalazione da parte della Pediatria di Base e/o dal Reparto di dimissione.

L'utente viene preso in carico da un medico del 118 Bologna Soccorso e da un infermiere della centrale operativa che assieme contattano i parenti per una presentazione del caso. Quindi viene creato un percorso a doppio binario. Da un lato si agisce sulla formazione per coloro che sono a contatto con il paziente; dall'altro si inserisce, attraverso una maschera informatica, i dati del paziente e un ALLERT particolare che serve ad indicare all'operatore che riceve la chiamata la presenza di una scheda aggiuntiva dedicata.

Inoltre l'infermiere di Centrale Operativa, assieme ad un autista, fanno un sopralluogo per descrivere in maniera dettagliata il percorso più veloce per l'accesso all'abitazione o ai luoghi di frequentazione.

Infine i genitori, assieme agli operatori del 118 Bologna Soccorso, definiscono una parola chiave che ha lo scopo di distinguere le urgenze "normali" che possono colpire ogni persona dalle emergenze che caratterizzano questi pazienti "speciali". Non in tutte le occasioni il protocollo viene attivato ma solo nei casi in cui viene esplicitata la parola chiave durante l'intervista.

Ad oggi non esistono Outcome di riferimento rispetto a questa rete specifica che è stata costruita attorno a questi pazienti così particolari.

Day surgery pediatrica: la gestione del dolore domiciliare in un percorso assistenziale evidence-based.

Ilaria Bernardini, Medico in formazione,

Rosita Morcellini, Responsabile Qualità DPS

Laura Marchesini, *Simonetta Tesoro*, Anestesia e Rianimazione

Donatella Bologni, Responsabile Accredimento Direzione Medica Ospedaliera

Azienda Ospedaliera di Perugia

Premessa. La necessità di razionalizzare le risorse sanitarie ha individuato nel Day Surgery un campo strategico al fine di utilizzare in maniera più efficiente i finanziamenti per il Servizio Sanitario Nazionale in ambito chirurgico. Il percorso chirurgico deve essere valutato e accreditato; a questo scopo vengono utilizzati degli indicatori di qualità che testimoniano la validità del percorso stesso.

Scopo. Valutare il decorso postoperatorio domiciliare in una popolazione pediatrica sottoposta ad interventi chirurgici in regime di Day Surgery.

Materiali e Metodi. E' stato creato un questionario anonimo dall'Azienda Sanitaria e distribuito da un operatore ai genitori ad una settimana esatta dall'intervento. La popolazione presa in esame è rappresentata da maschi (0 e 16 anni), ricoverati la mattina per interventi programmati di chirurgia del canale inguinale, del testicolo e del pene e dimessi la sera o il mattino successivo.

Risultati. Nel primo semestre 2011 sono stati effettuati nell'ospedale Santa Maria della Misericordia di Perugia 375 interventi, di questi 183 (48,8%) sono stati interventi in Day Surgery. Una popolazione pari al 52,5% del Day Surgery generale è stata oggetto del questionario. Solo il 6.25% ha definito come "FORTE" il dolore, mentre il 67,7% lo ha indicato come "LIEVE". La domanda inerente le indicazioni rilasciate al momento della dimissione ha riportato una netta percentuale favorevole (92.7%). L'8,33% è dovuto ricorrere alle cure del pediatra di base. La percentuale di quanti sono dovuti tornare in ospedale si abbassa ulteriormente (4.2%). Più del 91% del campione ha riferito che i figli non hanno avuto alcuna complicanza.

Conclusioni. La valutazione del decorso postoperatorio domiciliare è risultata positiva in quanto non ci sono stati casi di ri-ospedalizzazione, né per complicanze, né per insufficiente trattamento del dolore postoperatorio; questo porta ad una miglior soddisfazione dell'utente oltre ad eliminare costi aggiuntivi e ciò rappresenta l'espressione del funzionamento del modello assistenziale Day Surgery.

L'assistenza infermieristica al bambino terminale: l'esperienza della oncoematologia pediatrica.

Lorenzo Duranti, Dipartimento Materno Infantile Area infermieristica,

Ilaria Capolsini, Medico Oncoematologia Pediatrica,

Ilaria Bernardini, Medico in formazione in Igiene e Medicina Preventiva

Donatella Bologni, Medico Dipartimento Materno Infantile

Manuela Pioppo, Direzione Medica

Maurizio Caniglia, Direttore Oncoematologia Pediatrica

Azienda Ospedaliera di Perugia

Premessa. La malattia terminale è la condizione in cui non si ha più la possibilità di modificare il corso della malattia con terapie appropriate ed efficaci e la persona viene assistita solo con cure palliative e terapia del dolore. Il compito di aiutare un bambino a passare attraverso la malattia e nella fase finale della vita è estremamente faticoso sia da un punto di vista emotivo che pratico. Tutto il processo è condizionato da valori personali, filosofici, culturali e religiosi della famiglia e dello staff di assistenza.

Scopo. Strutturare un sistema di ospedalizzazione per il bambino in fase terminale di malattia.

Materiali e Metodi. Un'equipe multidisciplinare è presente presso il reparto di Oncoematologia Pediatrica dell'Azienda Ospedaliera di Perugia dall'inizio dell'anno 2007, quando è cambiato quasi tutto il personale sanitario afferente alla struttura modificando altresì le finalità terapeutiche ed assistenziali. L'equipe, sottoposta a supervisione, è costituita da medici, infermieri, fisioterapisti, assistente sociale assistente religioso, psicologo, musicoterapisti, insegnanti e genitori del bambino. Tutti le mattine si discutono i casi del giorno in una riunione alla presenza dei medici di reparto, infermieri, operatori di supporto in turno, con il Direttore della struttura ed il Caposala; tutti i venerdì mattina si organizza una riunione con una rappresentanza di medici, infermieri, fisioterapisti e psicologi e si discutono i casi scelti in base alle caratteristiche del particolare momento (recidive, urgenze, nuovi casi, particolari terapie, particolari problemi psicosociali); l'ultimo giovedì del mese si organizza una riunione allargata a tutta l'equipe in cui si discutono i casi più importanti decisi all'interno del gruppo.

Discussione. La modalità di lavorare in equipe multidisciplinare consente di strutturare strategie di azione per il bambino in fine vita e la sua famiglia con interventi concreti di relazione d'aiuto.

Cuore artificiale: l'approccio umano oltre la competenza tecnica.

Giuseppe Giardina, Patrizia Iallonardo, Nicola Carminati, Francesca Mella, Carlo Orlandi, Carla Molteni, IRCCS Ospedale San Raffaele, Milano.

molteni.carla@hsr.it

Premessa. Il trapianto di cuore rappresenta il trattamento risolutivo dell'insufficienza cardiaca terminale. Purtroppo, in Italia il numero di organi per i trapianti è insufficiente al fabbisogno, tanto che alcuni pazienti muoiono durante il periodo di attesa. Il *CardioWest*, cuore artificiale completo provvisorio (TAH-t), può essere utilizzato come terapia temporanea in attesa di trapianto di cuore.

Scopo. Condividere l'esperienza di un gruppo di infermieri nella gestione di casi clinici sempre più complessi che richiedono, oltre ad un'elevata competenza tecnica, la capacità di osservare ed ascoltare il paziente.

Metodo. Il paziente è stato sottoposto all'impianto di TAH-t nel mese di marzo 2012 e dimesso dall'ospedale nel mese di settembre. La nostra attenzione è stata rivolta alla prevenzione delle infezioni, poiché inizialmente lo sterno è stato mantenuto aperto con la cute accostata e per la presenza in addome delle *drivelines*. Nonostante le limitazioni iniziali alla mobilitazione non sono comparse lesioni cutanee. Col passare dei giorni si è proceduto con la ripresa graduale della mobilitazione fino al recupero totale della deambulazione autonoma. Il *weaning* respiratorio è stato agevole, richiedendo solo alcuni cicli di ventilazione non invasiva. Il paziente non ha mostrato alcun segno di deficit neurologico e abbiamo osservato una rapida e ben tollerata ripresa dell'alimentazione per via naturale. La lunga ospedalizzazione ed il cambiamento dell'immagine di sé ha portato il paziente ad una radicale riorganizzazione della vita familiare e lavorativa. Al fine di garantire un valido sostegno nei momenti di bisogno è stato attivato un servizio di psicologi in aiuto al paziente e alla famiglia.

Risultati. Una peculiarità osservata è l'assenza di tracce elettrocardiografiche, a causa dell'asportazione dei ventricoli fisiologici non funzionanti, sostituiti dalle due camere artificiali del TAH-t. Può accadere, talvolta, che il *Cardiac Output* sia quasi eccessivo, tanto che a completo riposo, i pazienti mostrano a volte una pressione sistemica elevata. Attualmente il paziente ha recuperato buona parte delle sue funzioni ed è in grado di svolgere molte attività in modo autonomo. Questo è il risultato di un lungo processo, basato anche sull'umanizzazione dell'assistenza, che abbiamo costruito lavorando in modo da tener conto dei diversi problemi che si sono presentati: gli aspetti psicologici e quelli sociali sono stati degni della stessa attenzione prestata a quelli più strettamente sanitari. Il nostro impegno ha compreso attività non solo prettamente tecniche ma anche quelle atte al recupero delle diverse abilità, come quella motoria, al fine di far accettare al paziente una nuova immagine di sé, ottenuta superando la situazione difficile in cui si è venuto a trovare.

Conclusione. La gestione di questo tipo di pazienti è sembrata da subito complessa, vista la duplice responsabilità del personale infermieristico: verso il paziente e verso la macchina. A ciò si aggiunga la relazione che si instaura fra familiari, paziente ed operatori; il risultato complessivo dipende da come viene offerto aiuto e sostegno alle evidenti difficoltà di come accettare il dispositivo, come gestirlo, comprenderne gli allarmi ed imparare a convivere con la sua rumorosità.

Il modo con cui si interpreta il nostro ruolo, per esempio riuscendo a far fare all'ammalato una passeggiata, serve a ridare un senso di normalità al paziente e cambia l'immagine dell'ospedale: da macchina infernale, creata ad uso e consumo di chi lavora, a servizio a disposizione di chi viene curato.

Bibliografia

- ^ Bellotto F, Compostella L, Agostoni P, Torregrossa G, Setzu T, Gambino A, Russo N, Feltrin G, Tarzia V, Gerosa G, [Peripheral adaptation mechanisms in physical training and cardiac rehabilitation: the case of a patient supported by a CardioWest total artificial heart.](#) J Card Fail. 2011 Aug;17(8):670-5. Epub 2011 May 2

- ▲ Meyer A, Slaughter M. [The total artificial heart](#). PanMinerva Med. 2011 Sep;53(3):141-54.
 - ▲ Nicholson C, Paz JC. [Total artificial heart and physical therapy management](#). Cardiopulm Phys Ther J. 2010 Jun;21(2):13-21.
-

Utilizzo dell'ipotermia moderata dopo arresto cardiaco: esperienza nell'Azienda Sanitaria Locale 4 Chiavarese

Manuel Serenetti, Kathia Licciardi, Tiziana Garaventa, Roberta Morbillo, Enrico Cinque, Riccarda Delfino, Monica Bonfiglio, ASL 4 Chiavarese Lavagna, Genova
manuelserenetti@libero.it

Premessa. L'utilizzo sistemico dell'ipotermia moderata dopo arresto cardiaco migliora l'outcome neurologico e riduce la mortalità'.

Scopo. Riduzione della mortalità. Dosaggio dell'enolasi neurone specifica (NSE) in tutti i pazienti in arresto cardiaco ripreso a 24 e 48 ore.

Materiali e Metodi. 16 pazienti provenienti dal Pronto Soccorso di Lavagna che hanno avuto un arresto cardiaco ripreso al di fuori dell'ospedale nel periodo Gennaio – Dicembre 2010, sono stati inclusi nello studio. Tutti i pazienti sono stati sottoposti ad ipotermia terapeutica per un periodo di 24 ore mediante infusioni di cristalloidi freddi, mantenimento dell'ipotermia con sistemi di raffreddamento per conduzione, neuroprotezione cerebrale con Propofol o Midazolam e Remifentanil, curarizzazione con Cisatracurio per 32 ore.

Risultati. Abbiamo analizzato l'outcome dei pazienti alla dimissione dalla Terapia Intensiva utilizzando la Pittsburg Outcome Scale – Cerebral Performance Category (CPC), utilizzando i dati dell'archivio Margherita 2 versione 4.4 del GIVITI. 4 pazienti (29%) sono stati dimessi dalla Terapia Intensiva con outcome favorevole (CPC 1) senza deficit neurologici; 2 pazienti (14%) con una moderata disabilità non dipendente da supporti ventilatori ed emodinamici (CPC 2); 2 pazienti (14%) un outcome neurologico sfavorevole con deficit neurologici severi (CPC 3) e 2 pazienti (14%) totalmente dipendenti o con stato vegetativo (CPC 4). I pazienti deceduti sono stati 6 (43%) (CPC 5).

Conclusioni. A partire da dicembre 2009, abbiamo introdotto il dosaggio dell'enolasi neurone specifica (NSE), marcatore tumorale, che aumenta nei casi di danno cerebrale anossico, (cut-off 33ng/ml) e iniziato il trattamento con ipotermia moderata. Confrontando i dati, con quelli del 2007-08, si evince che nei pazienti in cui è stato dosato a 24 ore, abbiamo osservato una stretta correlazione, tra il dosaggio dell'enolasi e l'outcome del paziente.

Case Report di un adolescente affetto da sepsi pneumococcica.

Stefano Bernardelli, Alfio Patanè et al., Dipartimento emergenze e terapie intensive, Azienda Ospedaliero-Universitaria Integrata di Verona
bernardelli.stefano@alice.it

Ragazza di 29 anni condotta in UTI per porpora fulminans in sepsi da Streptococcus Pneumoniae. All'arrivo in ospedale si presenta soporosa, tachicardica, ipotesa e desaturante. Per l'aggravarsi del quadro clinico, con anuria, cianosi delle dita di mani e piedi, del volto, soprattutto del naso e del tronco, si concorda il trasferimento presso il nostro reparto.

Giunge in Terapia Intensiva sveglia, lucida. Apiretica. Frequenza Cardiaca (FC) 140 bpm, Pressione Arteriosa (PAS) 140/90 mmHg. In respiro spontaneo con Ossigeno; vista la dispnea e i valori emogasanalitici (pH 7,42, pCO₂ 35, pO₂ 64, HCO₃ 22,2, BE -1,8, Lac 9, SatO₂ 91), si pone prima in Ventilazione Non Invasiva con casco e successivamente, previa sedazione, si procede a intubazione orotracheale. Si posiziona catetere perineurale bilateralmente in plesso brachiale per via ascellare e si mette in infusione, a basso dosaggio, anestetico locale a scopo di vasodilatare il circolo arterioso delle mani, inizia emofiltrazione, senza calo di peso, con filtro Oxiris per rimozione di citochine proinfiammatorie. Esegue ecocardio transtoracico che pone in evidenza marcata compromissione della cinetica del ventricolo di sinistra, sezioni destre nella norma, non valutabile Pressione Arteriosa Polmonare Sinistra per il minimo rigurgito tricuspideale. Scambi gassosi scadenti. Lattati stazionari. Quadro petecchiale cutaneo in leggera progressione. In settima giornata migliora la sintomatologia. Sospesa la sedazione, la paziente si presenta vigile, cosciente, collaborante. Ventilazione con intubazione orotracheale in modalità SIMV, in graduale weaning, murmure vescicolare conservato bilateralmente. Emodinamica stabile, PAS 140 mmHg, FC ca 85 bpm. Permane anurica, è in dialisi continua con calo di 150 ml/h. In dodicesima giornata si trasferisce in reparto di medicina. In ventesima giornata è vigile, cosciente, orientata nello spazio e nel tempo, collaborante. In respiro spontaneo in aria ambiente con mantenimento di buoni scambi respiratori. Diuresi contratta. Addome trattabile, non dolente alla palpazione, peristalsi presente. Si alimenta per bocca con dieta priva di grassi. Indici di flogosi in diminuzione. Apiretica. Viene trasferita al reparto di nefrologia.

Bibliografia

- ▲ Jackowska T, Zaleska-Ponganis J, Dziurda D. [Invasive pneumococcal bacteremia in a 9-year-old boy caused by serotype 1: course, treatment and costs.](#) Adv Exp Med Biol. 2013;755:257-66.
- ▲ Barbour T, Johnson S, Cohny S, Hughes P. [Thrombotic microangiopathy and associated renal disorders.](#) Nephrol Dial Transplant. 2012 Jul;27(7):2673-85.
- ▲ Riva E, Salvini F, Garlaschi ML, Radaelli G, Giovannini M. [The status of invasive pneumococcal disease among children younger than 5 years of age in north-west Lombardy, Italy.](#) BMC Infect Dis. 2012 May 3;12:106.

Soddisfazione e stress lavoro correlato: studio osservazionale nel dipartimento di emergenze e terapie intensive dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Integrata.

Stefano Bernardelli, Martina Bertacco, Alfio Patanè, Dipartimento emergenze e terapie intensive, Azienda Ospedaliero Universitario Integrata di Verona
bernardelli.stefano@alice.it

Il fenomeno del turn over, correlato soprattutto alla carenza di personale, è particolarmente avvertito dagli infermieri impegnati nella pratica clinica, in relazione alla forte componente emotiva e stressogena alla quale sono sottoposti, nonché ai tipici elementi ritrovabili nelle strutture sanitarie: interdipendenza, alta differenziazione, dimensione e discrezionalità.

In particolare, gli studi sui sistemi di reclutamento e ritenzione del personale infermieristico, evidenziano svariate misure strategiche, spesso attuate utilizzando politiche comparabili con quelle adottate in altri processi del mondo del lavoro, e proprio per questo in taluni casi sembrano contrastare con i valori della professione infermieristica, determinando piuttosto un circolo vizioso di assunzione, insoddisfazione per la disattesa dei valori di base della professione e fuga dalla stessa con perdita importante di professionalità e know-out. Sono stati distribuiti 224 questionari

adottando la adottando la Mueller-McClosey Satisfaction Scale, con un ritorno di 172 pari ad un'adesione del 77%; non prendendo nel campione totale considerazione malattie, cambi di reparto o variazioni inerenti alla dotazione organica delle diverse unità operative.

Il livello di soddisfazione complessivo è significativamente correlato con l'età degli infermieri ($r=0,268$; $p = 0,008$) e significativamente e negativamente correlato con il livello di stress "attribuito" al lavoro ($r=-0,419$; $p < 0,000$). Ricodificando in una variabile dicotomica la scala Likert dei punteggi relativi allo stress non lavoro e lavoro correlato, al fine di avere valore positivo e negativo, si evince che lo stress non lavoro correlato è assente nel 75% dei soggetti, mentre è presente lo stress lavoro correlato nel ben 83,1% con importanti ripercussioni sul benessere e sul clima organizzativo.

Bibliografia

- ▲ [Aiken LH, Havens DS, Sloane DM. The Magnet Nursing Services Recognition Program: a comparison of two groups of magnet hospitals. J Nurs Adm. 2009 Jul-Aug;39 \(7-8 Suppl\):S5-14.](#)
- ▲ [Chen YM, Johantgen ME. Magnet Hospital attributes in European hospitals: a multilevel model of job satisfaction. Int J Nurs Stud. 2010 Aug;47\(8\):1001-12. Epub 2010 Feb 2.](#)
- ▲ [Mensik JS, Maust Martin D, Scott KA, Horton K. Development of a professional nursing framework: the journey toward nursing excellence. J Nurs Adm. 2011, Jun;41\(6\):259-64.](#)

Il CRPO Score: la qualità della vita in Terapia Intensiva.

Stefania Paudice, Stefano Emanuele Pirrone, Unità Cura Intensiva Cardiologica, Azienda Ospedaliera "Niguarda - Ca' Granda" di Milano

Dario Evini, Matematico-statistico, AFServizi

Giancarlo Bartolini, Rianimazione Cardiochirurgica - Fondazione CNR/Regione Toscana "Gabriele Monasterio", Massa Carrara
ste-224@hotmail.it

Il CRPO Score è uno strumento che fornisce un'immagine istantanea dell'andamento dei degenti ricoverati in Terapia Intensiva Cardiochirurgica non solo per quanto riguarda la compromissione dei loro bisogni assistenziali e quindi del carico di lavoro infermieristico, ma anche per quanto riguarda la qualità della vita del degente, fino a ipotizzare una predittività della morbilità successiva al trasferimento ad altra area.

Durante la realizzazione dello Score è stata compiuta un'analisi dettagliata delle principali scale validate per la valutazione del carico assistenziale infermieristico disponibili in letteratura (NEMS, NAS, TISS, TOSS, RUG). Da ciascuna di queste scale sono stati estrapolati gli elementi più attinenti per compiere una valutazione della nostra realtà e in una seconda fase si è fatto riferimento alla *clinical practice* per integrare quanto ancora mancava.

Il risultato è la creazione del CRPO Score, uno strumento di valutazione che consta di quattordici macro aree che ricalcano, come linea di fondo, i bisogni di assistenza formulati da Marisa Cantarelli.

In ognuna delle macro aree sono presenti voci specifiche alle quali sono attribuiti punteggi diversi a seconda del grado di compromissione del bisogno e del carico assistenziale effettivamente richiesto. Il CRPO Score totale deriva dalla somma dei punteggi ottenuti nelle singole macro aree.

Il CRPO Score, così strutturato, è stato utilizzato per eseguire una raccolta dati quotidiana effettuata su tutti i pazienti ricoverati in Terapia Intensiva Cardiochirurgica.

Per far ciò è stata costruita una griglia composta da tredici righe, pari al numero dei posti letto in reparto, e diciannove colonne, quattordici delle quali relative alle macro aree, quattro utili a raccogliere informazioni relative al singolo paziente e l'ultima contenente il punteggio totale.

La cartella infermieristica come strumento di risk management: esperienza nella Azienda Sanitaria Locale 4 Chiavarese.

Kathia Licciardi, Manuel Serenetti, Tiziana Garaventa, Patrizia Garibaldi, ASL4 Chiavarese
kathialicciardi@gmail.com

La cartella infermieristica, che è parte della documentazione clinica integrata redatta da tutti i professionisti che intervengono, a vario titolo, sulla persona, è la rappresentazione in forma scritta di tutti gli atti compiuti dagli infermieri in relazione ad una determinata persona.

Essa costituisce il supporto necessario per garantire l'appropriatezza, la continuità e la congruità del processo assistenziale, testimonianza del servizio erogato al paziente/utente. Gli infermieri, come incaricati di pubblico servizio, devono rispettare i principi decretati dalla normativa vigente in merito alla corretta compilazione della cartella clinica.

Utilizzare uno strumento snello ma capace di contenere tutti gli elementi necessari aiuta l'infermiere a svolgere meglio il proprio lavoro e ad essere più preciso nella compilazione, evitando possibili errori.

Il rispetto formale e qualitativo della documentazione consente al magistrato di apprezzare non solo il rispetto degli elementi sostanziali richiesti, ma anche della professionalità espressa dall'infermiere.

L'adozione di una nuova cartella infermieristica in Rianimazione elaborata da un gruppo di lavoro e introdotta nella nostra struttura ha creato all'inizio alcune difficoltà ma col tempo notevoli vantaggi in termini di accuratezza e quantità dell'informazione contenuta oltre al minor tempo necessario per la compilazione.

Possibili sviluppi formativi per l'infermiere nelle aero-evacuazioni.

Niccolò Chiapponi, Mario Biagini, Istituto di Perfezionamento e Addestramento in Medicina Aeronautica e Spaziale (IPAMAS) dell'Aeronautica Militare, Roma
Silvia Scelsi, ARES 118, Roma
niccolo.chiapponi@gmail.com sscelsi@ares118.it

Il Flight Nurse è un infermiere che pratica la sua attività nei voli aeromedici civili e militari. Questa figura anglosassone è nata per implementare le capacità assistenziali e di cura infermieristica nel mondo del trasporto aereo. L'esigenza è di avere personale preparato a lavorare in un ambiente dinamico e non agevole alle cure mediche quale è il trasporto aereo. Tale ambiente infatti è caratterizzato da una serie di influenze a livello di aerofisiologia e da condizioni di lavoro non permissive nelle quali è necessario garantire un'assistenza sanitaria lontano dai centri ospedalieri. L'infermiere, oltre a possedere una buona pratica clinica, deve essere parte integrante dell'equipaggio di volo e conoscere le norme e i giusti comportamenti da tenere nel mondo aeronautico.

Ci si è domandati se si può migliorare la preparazione dell'infermiere nei voli aeromedici.

E' stata fatta una revisione della letteratura in lingua inglese sulla formazione del flight nurse; ed è stata analizzata la formazione e le competenze degli infermieri dell'Aeronautica Militare in merito all'aero-evacuazione, tramite apposito questionario.

Alla luce dei risultati si pensò di proporre due tipi di percorsi formativi post laurea. Ovvero un corso di alta formazione avanzata sui trasporti aeromedici e un master d'area critica con doppia specializzazione in terapia intensiva e nei voli aeromedici.

Questi percorsi formativi sono utili per dare le nozioni e le abilità, necessarie all'infermiere di volo a garantire il più alto livello di cura e di continuità assistenziale. Il master in particolare dà le conoscenze per poter operare anche nelle comuni terapie intensive ospedaliere. Comprendendo argomenti sia specifici del settore aeromedico, sia di clinica e trattamento assistenziale in terapia intensiva, con particolare riferimento ovviamente alle problematiche aero-fisiologiche.

Il conseguimento di un titolo universitario non solo migliorerebbe lo standard assistenziale nei trasporti aerei, ma fornirebbe agli infermieri conoscenze e abilità pratiche di alta specializzazione.

Bibliografia

- ▲ McGinnis et. al. Air Medicine: Accessing the Future of Healthcare. Medevac Foundation International, publication, 2006.
- ▲ Reimer AP, Moore SM. Flight nursing expertise: toward a middle-range theory. J Adv Nurs. 2010,66(5): 1183-1192

Conti Chest Pain: quale utilità in triage?

Valeria Barbieri, Tamara Campanelli, Ospedali riuniti Marche nord, “Santa Croce”, Fano (Ancona)

hoggar-laga@libero.it

Premessa e scopo. Utilizzo della Conti chest pain in pronto soccorso per selezionare e valutare in modo veloce il paziente che si presenta con dolore toracico con corretta assegnazione codice/colore.

Materiali e metodi. Lo studio è stato realizzato dal 1/07/2011 al 31/08/2011: sono stati inseriti tutti i pazienti con dolore toracico giunti in modo autonomo in pronto soccorso. Numero totale dei pazienti dello studio: 70.

Risultati e conclusioni. Diminuzione del rischio di errore per l’infermiere triagista perchè la Conti chest pain permette una valutazione più corretta del dolore toracico con percentuali di sovrastima del codice modesta (5.6%) , senza così inficiare le code d’attesa in pronto soccorso.

Bibliografia

- ▲ Conti A. et al. Effectiveness of a multidisciplinary chest pain unit for the assessment of a coronary syndromes and risk stratification in the Florence area. Am Heart J 144:4 OCT 2002

Monitoraggio e valutazione delle infezioni di Acinetobacter Baumani in seguito all’implementazione di una nuova procedura di disinfezione ambientale in area critica.

F. Pelligra, P. Ferraro, M. Cilia, G. Scuderi, G. Comitini, M. La Tona, Anestesia e Rianimazione, C. Barbarossa, A. Midolo, G. Patriarca, Servizio Infermieristico, Direzione Sanitaria, G. Drago, Direttore Sanitario, Ospedale Guzzardi di Vittoria (Ragusa) G. Rizza, Direttore Farmacia Ospedaliera ASP 7 Ragusa

serv.inf.vittoria@asp.rg.it

Background. Il batterio Acinetobacter baumannii è molto diffuso nell’ambiente ed è spesso causa di infezioni disseminate nei pazienti ricoverati, in particolare nelle Unità di Terapia Intensiva. Questo batterio ha, tra le sue peculiarità, di essere particolarmente resistente agli antibiotici disponibili attualmente in commercio. Le organizzazioni sanitarie devono attuare tutti gli adempimenti utili a prevenire tale rischio, implementando procedure efficaci e standardizzate di igiene ambientale.

Materiali e Metodi. E’ stata avviata nel mese di luglio 2012 presso il P.O. “Guzzardi” di Vittoria, ASP 7 Ragusa, una nuova “Procedura ambientale di disinfezione Area Critica” allo scopo di ridurre la frequenza di Acinetobacter Baumannii. Lo studio ha messo in relazione, in termini osservazionali e prospettici, l’incidenza di infezioni di questo ceppo batterico e la valutazione del trend di infezioni nei tre trimestri 2012.

Sono stati inclusi nello studio 71 pazienti, ricoverati nel reparto di Rianimazione, di cui 14 con positività sierologica ad Acinetobacter Baumannii, che hanno avuto i seguenti esiti: dimissione diretta, trasferimento alle cure territoriali, decesso. Sono stati esclusi 75 pazienti di cui non è stato possibile avere tracciabilità al follow up per trasferimento presso altra unità operativa.

I dati sono stati stratificati per i tre trimestri 2012, al fine di calcolare la frequenza dei pazienti con positività sul totale dei ricoveri. Per l'analisi statistica descrittiva sono stati utilizzati i software Excel ed Epi Info.

Risultati. Nei risultati preliminari, riguardanti l'analisi dei 3 trimestri 2012, si è assistito ad una totale azzeramento delle positività tra gli esposti, partendo da una frequenza nel I trimestre del 18,75%, II trimestre del 40% e 0% nel III trimestre.

Conclusioni. Le complicanze di queste forme morbose, oltre a compromettere l'esito finale dei pazienti, determinano un aumento dei tempi di degenza, provocando un dispendio di risorse economiche e professionali, considerate le particolari necessità dei degenti trattati in terapia intensiva. La standardizzazione dei processi di lavoro, soprattutto per quanto riguarda l'igiene ambientale nelle aree critiche, producono risultati immediati, efficaci ed efficienti.

Parole chiave: *Acinetobacter Baumannii* e ICU, igiene e cure intensive.

Trattamento in urgenza di emoperfusione su cartuccia di Polimixina B.

V. Guadagno, A. D'Alò, K. D'Alba, C. Manna, S. Palmisano, C. Monari, Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna

alessandra.dalo@aosp.bo.it vincenza.guadagno@aosp.bo.it

Premessa. Il 09/08/12 un paziente di 57 anni veniva ricoverato nel reparto di Rianimazione del nostro Policlinico per sepsi grave insorta dopo colica renale sinistra. Le condizioni cliniche erano estremamente gravi, con segni di disfunzione pluri-organo ed evoluzione verso lo shock settico (SOFA 14). Si iniziavano ventilazione meccanica, monitoraggio cardio-circolatorio avanzato, analgesedazione, antibioticoterapia e amine per sostegno emodinamico.

Scopo. In presenza di shock settico da batteri verosimilmente Gram negativi produttori di endotossina, la depurazione extracorporea su cartuccia di Polimixina B (antibiotico con attività anti-endotossinica) può risultare efficace nel ridurre i livelli di endotossina e combattere la attivazione delle citokine. Il trattamento deve però essere attivato al più presto.

Materiali e metodi. Nel pomeriggio un'infermiera del nostro team di area critica ha eseguito il trattamento con la cartuccia Toraymixin® (Estor) seguita da una emofiltrazione ceno-venosa continua (CVVH) ad alti volumi per la rimozione delle citokine.

Nel corso della notte è stata sospesa l'adrenalina, per miglioramento emodinamico

In data 11/08 si eseguiva un secondo trattamento di emoperfusione, seguito da CVVH.

Risultati. Successivamente: weaning dalla ventilazione meccanica, recupero della dinamica respiratoria, estubazione, sospensione della CVVH, diminuzione dell'analgesia-sedazione, recupero dello stato di coscienza (SOFA 5).

Il paziente si è completamente ripreso ed è stato dimesso il 14 /8 dopo aver eseguito cateterismo ureterale e posizionamento di stent.

Conclusioni. Questo caso mostra che un elevato livello di competenza clinica, tecnologica ed organizzativa e la conoscenza di diverse metodiche di depurazione extracorporea sono caratteristiche indispensabili per un team di infermieri di Nefrologia che esegue la sua attività anche in area critica. La rapida associazione alla terapia farmacologica di un trattamento depurativo extracorporeo mirato, eseguito in tempi stretti, prima che si instauri un danno non recuperabile nella funzione degli organi, è stato il miglior approccio terapeutico a un condizione gravissima come lo shock settico.

Bibliografia.

- ▲ Ronco C. The place of early haemoperfusion with polymyxin b fibre column in the treatment of sepsis. *Critical Care* 2005;Vol.9 No.6; pp.631-633
- ▲ Perego A, Morabito S, Casella G, Campolo J, Brando B, Massei R, Morra S, Radrizzani D, Vesconi S, Graziani G, Parodi O. Stato redox e profilo delle citokine nella sepsi da gram-

negativi trattata con emoperfusione diretta con polimixina-b. studio pilota. V° Congresso Nazionale Gruppo di Studio Aferesi Terapeutica, Bologna 25-26 novembre 2005

- ▲ Ueno T, Sugino M, Remoto H, Shoji H, Kakita A, Watanabe M. Effect over time of endotoxin adsorption therapy in sepsis. *Therapeutic Apheresis and Dialysis* 2005; 9(2); pp.128-136

Back to past, può l'uso dell'atriogramma ridurre il costo di impianto dei PICC?

Roberto Vierucci, Stefani Giuseppe, Nunzio de Feo, Anestesia e Rianimazione, Azienda Ospedaliero Universitaria di Pisa

rvierux@tin.it

Premessa. La lunghezza del PICC (Perypherally inserted central catheter) viene calcolata misurando le distanze dei reperi di superficie oppure con una formula di Peres modificata. La posizione della punta viene verificata con un radiogramma del torace e deve proiettarsi all'altezza della carena tracheale. Un altro sistema è il metodo elettrocardiografico intravascolare guidato: la "lettura" di un'onda P intravascolare ampia la metà della massima ci identifica la punta del catetere come posizionata alla giunzione atrio – cavale (gold-standard).

Scopo. *End point* primario: dimostrare che la tecnica ECG porti una contrazione dei costi (no controllo radiografico). *End point* secondario: verificare il tasso di complicanze trombotiche ed infettive.

Materiale e metodi. Studio osservazionale retrospettivo su campione di opportunità: i pazienti transitati all'interno della Rianimazione DEA con impianto di PICC. Criteri di impianto: prevista necessità di cateterismo vascolare >7giorni, somministrazione di farmaci a Ph estremi, con osmolarità oltre 800mOsm/litro o lesivi per l'endotelio, paziente "senza vene". Controindicazioni: insufficienza renale acuta o cronica (creatinemia>3mg/dl), instabilità emodinamica, necessità di un Catetere Venoso Centrale ad accesso diretto. I vasi coinvolti sono studiati pre e post impianto. Si procede al controllo della punta con "tecnica ECG" durante il posizionamento e Radiografia del torace a letto.

Risultati e conclusioni. Tra il 29/11/2010 ed il 09/10/2012 sono stati impiantati PICC 46 a 42 pazienti. Alla tecnica ECG 44 risultavano ben posizionati, di questi in due casi il successivo controllo radiografico non visualizzava la punta ed in un caso evidenziava un *loop* della porzione distale. Due cateteri al controllo ECG risultavano non ben posizionati, dopo molteplici tentativi di riposizionamento si è deciso di effettuare la radiografia del torace, che ha confermato il mal posizionamento. Per motivi intrinseci nella tecnica di impianto del PICC la funzione della radiografia è solo quella di controllare la posizione della punta del catetere: nel 4,55% dei casi non sarebbe stato possibile determinare il posizionamento e, in tutti i casi in cui si è evidenziato una scorretta posizione della punta del catetere, ciò è stato predetto con la tecnica ECG. Non effettuare il controllo radiografico post impianto, inutile nel 8,9 % dei casi, porterebbe ad contrazione dei costi stimati da 13,29 a 18,69 euro per procedura. Il tasso di complicanze settiche (1,9gg/catetere) e trombotiche (2,2%) sono in linea con le statistiche della nostra Unità Operativa.

Bibliografia:

- ▲ Vesely TM. Central Venous Catheter Tip Position: A Continuing Controversy. *Vasc Interv Radiol* 2003; 14:527-53
- ▲ von Hellerstein HK, Pritchard WH, Lewis RL. Recording of intracavity potentials through a single-lumen saline filled cardiac catheter. *Proc Soc Exp Biol Med* 1949;71:58–60