



# **Salute prima di tutto, Sanità per tutti.**

---

**13<sup>a</sup> Conferenza Nazionale GIMBE**  
Bologna, 2 marzo 2018

**ABSTRACT BOOK**

# **LABORATORIO ITALIA**

## **ABSTRACT SELEZIONATI**

## **LABORATORIO ITALIA**

- 1. Gestione delle liste d'attesa: la ricetta vincente dell'Emilia Romagna**  
Venturi Sergio
- 2. La riorganizzazione della rete ospedaliera in Sardegna: una mission possible**  
Moirano Fulvio
- 3. La Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta 20 anni dopo**  
Bertetto Oscar
- 4. PDTA Lab: una piattaforma per la gestione regionale dei percorsi assistenziali**  
Piccinni Carlo, Pedrini Antonella, Calabria Silvia, Ronconi Giulia, Dondi Letizia, Forcesi Emanuele, **Martini Nello**

## 1. Gestione delle liste d'attesa: la ricetta vincente dell'Emilia Romagna

**Sergio Venturi**

*Regione Emilia Romagna, Assessorato Politiche per la Salute*

**BACKGROUND** Negli anni precedenti l'insediamento della X Legislatura, numerose erano le segnalazioni dei cittadini rispetto ai lunghi tempi di attesa.

**OBIETTIVI** L'abbattimento delle liste di attesa è stata una delle sfide più importanti della X Legislatura, vinta in meno di un anno di lavoro. Per farlo, la Regione ha stanziato 10 milioni di euro. A pochi mesi dall'insediamento della nuova Giunta, a luglio 2015, è stato approvato un piano strategico regionale "Riduzione delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie" (DGR 1056/15) con 22 azioni specifiche che tutte le Aziende sanitarie dovevano mettere in campo.

**METODI** Le azioni messe in campo hanno riguardato una migliore capacità produttiva, aumento dell'offerta, percorsi di garanzia più efficienti in casi di particolare criticità (anche attraverso convenzioni con il privato accreditato), semplificazione delle agende (maggiore appropriatezza nella gestione delle prime visite), aumento degli orari di apertura degli ambulatori (anche nelle ore serali e la domenica), accesso diretto ai punti prelievo, assunzione di 150 nuovi giovani professionisti tra medici, infermieri e tecnici sanitari. In particolare in ogni ambito territoriale (AUSL/AOSP/IRCSS): 1. È stato identificato un Responsabile Unitario dell'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali per il governo e la gestione delle liste di attesa. 2. Sono stati sviluppati e consolidati i percorsi dedicati ai pazienti affetti da patologia cronica in particolare per la prenotazione dei controlli da parte della struttura (Unità Ospedaliera-Ambulatoriale) che ha in carico il cittadino, nonché sviluppo dei percorsi di Day Service Ambulatoriale. 3. sono stati potenziati i canali di prenotazione (sportello, numero verde per ogni ambito territoriale, CUP WEB, operatori sanitari, farmacie territoriali) per facilitare l'accesso al cittadino. Il sistema di prenotazione regionale on line CUPWEB ([www.cupweb.it](http://www.cupweb.it)) consente di verificare i tempi di attesa, prenotare, disdire o spostare appuntamenti per le prestazioni sanitarie che l'azienda ha messo a disposizione. Per potenziare ulteriormente questa modalità la Regione ha anche sviluppato una app (<http://www.apper.it>) che permette di accedere al sistema di prenotazione e di disdetta on line delle prestazioni specialistiche tramite tablet e/o smartphone. 4. Si monitora continuamente il rapporto tra i volumi erogati in regime istituzionale e in regime di libera professione intramoenia: ogni Azienda, in caso di superamento del rapporto tra attività libera professione e istituzionale e di sfioramento dei tempi di attesa massimi già individuati dalla Regione può attuare il blocco immediato dell'attività libero professionale. 5. Sono stati sviluppati i sistemi per ridurre le mancate presentazioni. Per incentivare i cittadini a disdire tempestivamente le prenotazioni, dal mese di aprile 2016, la Giunta ha stabilito che, se non è possibile presentarsi a una visita o a un esame, diventa obbligatorio disdire la prenotazione con almeno 2 giorni lavorativi di anticipo. Diversamente a coloro che non hanno provveduto alla disdetta viene applicato, a titolo di sanzione, il ticket previsto per le fasce di reddito più basse (al massimo per ricetta sanzione pari a 36,15 € e 46,15 €). Il provvedimento riguarda tutti i cittadini, comprese le persone che hanno diritto all'esenzione (per esempio, per reddito, patologia o invalidità) (LR 2/2016 e DGR 377/2016). Questa è stata una grossa azione di "responsabilizzazione verso i cittadini", supportata da una campagna di comunicazione. La Regione ha inoltre istituito, un "Osservatorio Regionale per i tempi di attesa" con lo scopo di monitorare nelle diverse Aziende sanitarie le azioni inerenti il contenimento dei tempi di attesa. L'Osservatorio è composto dai Direttori sanitari, Responsabili unitari dell'accesso e da collaboratori regionali.

**RISULTATI** La rilevazione dei tempi è passata da essere trimestrale a settimanale: da settembre 2015, attraverso un cruscotto regionale, ogni settimana vengono rilevate dai CUP di tutti gli ambiti territoriali regionali, le prenotazioni effettuate e quelle garantite entro i tempi standard. I dati di performance, sono pubblicati sul sito [www.tdaer.it](http://www.tdaer.it) e sono consultabili on-line da tutti i cittadini. È stata realizzata una campagna informativa ("Insieme per una sanità più veloce") per far conoscere a tutti i cittadini le novità previste dal programma di riduzione dei tempi d'attesa e i risultati raggiunti. In tutta la regione dall'1 settembre 2015 al 31 dicembre 2017 sono state monitorate oltre 5 milioni di prenotazioni di primo accesso relative alle 42 tipologie di prestazioni maggiormente richieste (17 visite e 25 prestazioni di diagnostica strumentale) e di queste oltre il 98% sono state garantite entro i tempi di attesa standard 30 gg per le visite e 60 gg per le prestazioni di diagnostica strumentale.

**LIMITI** Il governo delle liste di attesa è un sistema complesso che va affrontato su numerosi fronti. È importante seguire tutti gli step e gli attori del percorso: dal momento della prescrizione (MMG/PLS/specialista), corretta prenotazione (operatori CUP), garanzia di accesso entro i tempi (Direzioni Aziende sanitarie) fino all'erogazione della prestazione (specialisti).

**CONCLUSIONI** La sfida futura è quella di mantenere questi risultati raggiunti e potenziare la prenotazione dei controlli (ravvicinati o a distanza) da parte della struttura che ha in carico il cittadino. Fondamentale a questo fine è il completamento dell'informatizzazione delle attività ambulatoriale per la gestione della prescrizione e il ritorno della refertazione elettronica al MMG/PLS.

**Autore per la corrispondenza:** Venturi Sergio – Regione Emilia Romagna, Assessorato Politiche per la Salute

Email: [sanita@regione.emilia-romagna.it](mailto:sanita@regione.emilia-romagna.it)

## 2. La riorganizzazione della rete ospedaliera in Sardegna: una *mission possible*

Fulvio Moirano

ATS Sardegna

**BACKGROUND** Sin dalla legge di introduzione del Servizio sanitario nazionale il legislatore (Legge 833/78) ha sempre cercato di individuare le forme più idonee di gestione di assistenza volte al miglioramento delle prestazioni fornite al cittadino ottimizzando le risorse a disposizione. A partire dagli anni 2000 il disequilibrio gestionale in ambito sanitario ha portato all'adozione di norme volte al contenimento della spesa. Su tutte la Legge 30 dicembre 2004 n. 311 che, all'articolo 1 comma 180, detta le disposizioni in materia di piani di rientro dai deficit sanitari. Da allora, anche a seguito della grande crisi economica finanziaria che ha coinvolto i Governi di tutto il mondo, nel nostro paese sono state implementati diversi provvedimenti volti sia al contenimento della spesa che al miglioramento della qualità volumi ed esiti delle cure su tutti meritano una menzione: il Decreto legge n. 95 del 6 luglio 2012 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini" che prevede all'articolo 15 comma 13 lettera c) la fissazione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativo dell'assistenza ospedaliera attraverso un Regolamento da approvarsi entro il 28 febbraio 2013 (che ha poi visto la luce il 2 aprile 2015 (Decreto ministeriale n. 70); il Decreto-legge 13 settembre 2012 n. 158 Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute (il cosiddetto Decreto Balduzzi); il Patto della Salute 2014 – 2016; la Legge 28 dicembre 2015 articolo 1 commi da 521 a 547 disciplina le procedure per conseguire miglioramenti nella produttività e nell'efficienza degli enti del Servizio sanitario nazionale; Decreto ministeriale 21 giugno 2016 che individua le Linee guida per la predisposizione dei Piani di rientro aziendali.

**OBIETTIVI** In considerazione della gestione economica nonché agli esiti di salute del SSR, la regione Sardegna ha deciso di dare un forte impulso sul proprio territorio alla normativa sopra indicata. E così in data 27 luglio 2016 (Legge regionale n. 17) è stata istituita l'Azienda per la tutela della salute (ATS) con il compito di omogeneizzare e armonizzare i processi e l'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari. Allo stesso modo, con Delibera di Consiglio regionale lo scorso 25 ottobre, è stata approvata la ridefinizione della rete ospedaliera secondo il modello Hub&Spoke previsto nel Decreto ministeriale 2 aprile 2015 n. 70.

**RISULTATI.** Ma il DM 70 è stato applicato seguendo gli standard nazionali? La delibera di Consiglio regionale prevede che la rete ospedaliera regionale si articoli in 2 presidi pubblici di II livello, 7 presidi pubblici di I livello (8 dal 2018), 2 presidi pubblici nodi della rete ospedaliera regionale (1 dal 2018) e 11 ospedali privati con compiti complementari e di integrazione. Al fine di garantire una efficace organizzazione della rete ospedaliera, presso le aree metropolitane di Cagliari e di Sassari sono identificati i due presidi ospedalieri sede di DEA di II livello, ai quali afferiscono, per quanto attiene la rete dell'emergenza-urgenza, i presidi ospedalieri di seguito indicati. 1) Sassari: Azienda ospedaliero-universitaria (presidio di II livello), composta dallo stabilimento già AOU e dallo stabilimento SS. Annunziata; Presidio ospedaliero nodo della rete ospedaliera regionale di Alghero – Ozieri (dal 2018 presidio di I livello); Presidio ospedaliero di I livello S. Francesco (Nuoro) con servizi di II livello; Presidio di area disagiata S. Camillo di Sorgono; Presidio ospedaliero di I livello di Olbia; Presidio di completamento di I livello Dettori di Tempio; Ospedale di area disagiata Merlo de La Maddalena; Presidi ospedalieri di completamento privato: Ospedale e polo di ricerca Mater Olbia e il Policlinico Sassarese. 2) Cagliari: Azienda Brotzu (presidio sede di DEA di II livello) composto da tre stabilimenti: Microcitemico (riferimento regionale per le patologie pediatriche), Businco (riferimento regionale per le patologie oncologiche) e San Michele (riferimento regionale per le emergenze e urgenze); Presidio di I livello dell'Azienda ospedaliero-universitaria di Cagliari; Presidio ospedaliero di I livello Cagliari SS. Trinità (Cagliari); Presidio di area disagiata S. Marcellino (Muravera); Presidio di area disagiata San Giuseppe (Isili); Presidio ospedaliero di I livello Sulcis Iglesiente formato da tre stabilimenti: Sirai (Carbonia); CTO (Iglesias), Santa Barbara; Presidio ospedaliero di I livello San Gavino; Presidio ospedaliero S. Martino (Oristano) DEA di I livello; Presidio di area disagiata Mastino di Bosa; Presidio ospedaliero nodo della rete ospedaliera regionale Lanusei, con servizi di I livello; Presidi ospedalieri di completamento privato: San Salvatore, Cagliari; Sant'Anna, Cagliari; Sant'Antonio, Cagliari; Villa Elena, Cagliari; Nuova Casa di Cura, Decimomannu; Polispecialistica Sant'Elena, Quartu Sant'Elena; Città di Quartu, Quartu Sant'Elena; Tommasini, Jerzu; Madonna del Rimedio, Oristano. Ferma restando la presenza di più stabilimenti a formare unici presidi, che andrebbe rivista verso forme di assistenza con unica sede, di seguito si ripropone lo schema di distribuzione dei presidi in considerazione dell'applicazione del DM 70. A) Ospedale sede di DEA di II° Livello: in base al DM 70 è da ritenersi corretta la presenza di due Hub di secondo livello, con popolazione di riferimento 600.000-1.200.000 abitanti, situati rispettivamente a nord (Sassari) e a sud (Cagliari) dell'isola. Dunque corretta la presenza dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Sassari e dell'Azienda ospedaliera Brotzu. B) Ospedali sede di DEA I° Livello: sempre in linea con il DM 70 sono i dipartimenti emergenza di primo livello posti a Olbia, Nuoro, Oristano (popolazione di riferimento tra 150.000 e 300.000). Non sarebbe invece pienamente ipotizzabile, in base al DM 70, il DEA di primo livello, come presente nella rete ospedaliera, nell'ospedale di Carbonia (130.000 abitanti) di San Gavino (circa 100.000 abitanti) e quindi inferiore ai 150.000 previsti come soglia minima. Riguardo l'area nord, una riflessione la meritano l'ospedale di Tempio (che non raggiunge i 40.000 abitanti), considerato di completamento rispetto al DEA di Olbia, nonché l'ospedale di Ozieri che viene previsto

in integrazione con Alghero. C) Presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate: i presidi in Sardegna che rispondono strettamente alle caratteristiche previste dal DM 70 sono l'ospedale de La Maddalena, in quanto ospedale in realtà insulare, l'ospedale di Bosa, l'ospedale di Sorgono e l'ospedale di Muravera che sono distanti più di 90 minuti dai centri Hub&Spoke di riferimento (o 60 minuti dai presidi di pronto soccorso), superando così i tempi previsti per un servizio di emergenza efficace. Non sarebbe così per i nosocomi di Ghilarza e Isili che presentano una percorrenza inferiore a quanto prevede il DM 70. Ciò è possibile in quanto il D.M. 70 prevede per le Regioni Autonome la possibilità di derogare agli standard nazionali e il Consiglio Regionale della Sardegna ha utilizzato questo strumento in modo energico soprattutto per gli ospedali di area disagiata che come visto sono numerosi. Un modo per coniugare il disegno della rete degli Ospedali (metaforicamente hardware) spesso, non solo nelle Regioni autonome, derogante il D.M.70 e garantire qualità ed efficienza può essere quello di abbinare alla rete degli ospedali le reti cliniche (software). Il D.M.70 lo prevede ed in Sardegna l'Assessorato ha istituito gruppi di lavoro coinvolgendo i professionisti per definire le reti tempo dipendenti e le reti più importanti quali quella oncologica, le reti per le patologie neurodegenerative, ecc. Sono previste infatti delibere regionali che tenendo conto dei volumi minimi di attività e degli esiti definiranno puntualmente quali strutture potranno operare su che tipo di patologia in coerenza con il D.M.70.

**CONCLUSIONI** La ridondanza di offerta comporta un utilizzo inefficiente delle risorse, siano esse di tipo economico-finanziario che di personale dipendente, compromettendo la qualità delle prestazioni. In definitiva, la concertazione da parte del Consiglio Regionale della Sardegna ha portato all'approvazione di una rete – che come visto potremmo definire l'hardware dell'assistenza ospedaliera – che non in alcuni casi eccede i dettami del DM 70 non solo nella distribuzione dei presidi. Infatti per molte prestazioni non si potranno raggiungere le soglie minime di attività identificate a livello nazionale sulla base di evidenze scientifiche – quelle che potremmo definire il software dell'assistenza ospedaliera – a discapito della migliore presa in carico dei pazienti, oltre che della formazione e del mantenimento delle competenze di personale ad alta professionalità, che si ottengono solo ed esclusivamente con la concentrazione di un numero adeguato di procedure e un elevato volume di attività. In proposito va rimarcata l'assegnazione della gara per il servizio di elisoccorso determinante per la realizzazione efficiente del sistema di emergenza urgenza a garanzia della salute di tutti i cittadini (oltre 1,6 milioni). Non va dimenticato, infatti, che la Sardegna è una regione che si estende per 24.100 km<sup>2</sup> (8% della superficie nazionale) e si caratterizza per una densità abitativa nettamente inferiore al valore nazionale (68 contro 197 abitanti per km<sup>2</sup>) davanti solo a Basilicata e Valle d'Aosta, ma con una superficie nettamente superiore. Dunque il nuovo servizio di elisoccorso rappresenta un punto determinante per l'attuazione degli standard qualitativi, strutturali tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera in particolare per le patologie tempo-dipendenti dove ogni minuto per la presa in carico del paziente può risultare fondamentale.

**Autore per la corrispondenza:** Moirano Fulvio – Direzione Generale ATS Sardegna  
Email: [dir.generale@atssardegna.it](mailto:dir.generale@atssardegna.it)

### 3. La Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta 20 anni dopo

**Bertetto Oscar**

*AOU Città della Salute e della Scienza di Torino*

**BACKGROUND** Le Reti nascono quando nei sistemi aumentano le interazioni e si aprono opportunità per rendere più conveniente la collaborazione rispetto alla competizione. Tale modello organizzativo si è reso indispensabile in sanità per la crescente complessità dei percorsi di cura che difficilmente possono trovare risposte in un'unica struttura. Favorisce un accesso equo e tempestivo del malato diffuso su tutto il territorio, concentra esperienze professionali e tecnologie nelle sedi opportune, migliora la circolazione del know how con il riconoscimento delle vere dalle false innovazioni, è in grado di monitorare la qualità delle prestazioni erogate, rende possibile al paziente una scelta informata e consapevole dei Centri di Riferimento.

**OBIETTIVI** I presupposti per l'attuazione delle reti oncologiche erano contenuti nella linee guida della Commissione Oncologica Nazionale del 1996 e trovarono una prima enunciazione nel Piano Sanitario Nazionale 1998-2000.

**METODI** La Rete Oncologica del Piemonte nasce sperimentalmente nel 1998, è ufficializzata con delibera di giunta nel 2000, ampliata alla Valle d'Aosta nel 2003, costituita in Dipartimento Funzionale Interaziendale e Interregionale nel 2012. Nell'agosto 2003 furono anche approvate le due modalità organizzative caratterizzanti il percorso del paziente: il centro accoglienza e servizi (CAS) e i gruppi interdisciplinari e di cura (GIC). Il CAS accoglie il paziente che presenta un forte sospetto clinico o una diagnosi di tumore; un medico, un infermiere, un amministrativo e dal 2015 un assistente sociale ed uno psicologo provvedono a garantire tutti gli esami che concorrono alla diagnosi ed alla stadiazione del tumore e a valutare i problemi assistenziali, psicosociali e familiari del malato nell'ottica di una presa in carico globale. Il GIC, composto da medici delle diverse discipline coinvolte nel trattamento e da infermieri, elabora il percorso diagnostico terapeutico assistenziale, approvato anche dalle rispettive direzioni sanitarie, sulla base di raccomandazioni predisposte dalla Rete e adattate al contesto locale, discute collegialmente i casi clinici complessi, assicura il coordinamento dei trattamenti previsti ed indica il programma di follow up.

**RISULTATI** Nel novembre 2015 sono stati individuati, per ciascuna patologia neoplastica, i centri di riferimento attraverso la valutazione dei seguenti criteri: incidenza/prevalenza epidemiologica dei diversi tumori, numerosità dei casi trattati con appropriatezza, presenza di tecnologie avanzate, expertise dei professionisti, modello organizzativo. Nella stessa delibera è previsto che la direzione della Rete assicuri il monitoraggio della qualità delle prestazioni attraverso la raccolta sistematica di pochi indicatori di struttura, processo ed esito e il controllo annuale del mantenimento dei criteri che qualificano il centro quale riferimento per quel tipo di tumore.

**LIMITI** I limiti attuali sono rappresentati dall'insufficiente sviluppo del sistema informatico regionale che dovrebbe consentire nei diversi servizi della rete l'accesso a tutti i dati significativi della storia clinica del paziente, permettendo anche un più preciso monitoraggio degli indicatori. Una seconda opportunità potrebbe essere l'introduzione di pacchetti d'indagini per diagnosi, stadiazione, monitoraggio dei trattamenti, follow up concordato con i professionisti ed in grado di facilitare appropriatezza prescrittiva, tempestività esecutiva, economicità gestionale. Sono da potenziare le attività della struttura centralizzata per la raccolta e valutazione degli indicatori e per il coordinamento delle azioni correttive da svolgere anche con audit locali. Si stanno valutando le iniziative da adottare per sostenere e promuovere la ricerca con la semplificazione delle procedure e la dotazione di servizi centralizzati con infermieri e coordinatori di ricerca e data manager da mettere a disposizione dell'intera Rete. Un'attenzione particolare è stata rivolta al miglioramento della relazione nel rapporto di cura, particolarmente importante nei confronti di un paziente di cui è nota, per il tipo di malattia, la maggiore esposizione emotiva ai problemi comunicativi. La formazione degli operatori è stata dunque rivolta non solo agli aspetti tecnici ma anche a quelli relazionali.

**CONCLUSIONI** Se è vero infatti che non c'è scienza senza misurazione, non vi è medicina senza relazione, e la rete vuole assicurare al paziente l'intervento di operatori che mostrino competenza e professionalità insieme a presenza e capacità di ascolto. Per ottenere questi risultati si è anche elaborata, attraverso il coinvolgimento di tutti i professionisti e le associazioni di volontariato, una bussola dei valori quale riferimento del proprio operare quotidiano.

**Autore per la corrispondenza:** Bertetto Oscar – AOU Città della Salute e della Scienza di Torino –

Email: obertetto@gmail.com

## 4. PDTA Lab: una piattaforma per la gestione regionale dei percorsi assistenziali

Piccinni Carlo, Pedrini Antonella, Calabria Silvia, Ronconi Giulia, Dondi Letizia, Forcesi Emanuele, **Martini Nello**

*CORE (Collaborative Outcome Research), CINECA partner*

**BACKGROUND** Punto centrale del Piano nazionale e dei Piani regionali sulla cronicità, è l'adozione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA), come presa in carico della cronicità e come garanzia dei LEA in termini di equità di accesso. Se da un lato i PDTA riguardanti una stessa patologia presentano similitudini, dall'altro si riscontra un'elevata variabilità con riferimento ai modelli organizzativi, in rapporto alle differenze territoriali. Attualmente in Italia esistono numerosi PDTA, per cui è diventato fondamentale dotarsi di strumenti metodologici e di piattaforme informatiche in grado di tracciare i PDTA, verificare le differenze del modello organizzativo e adottare indicatori di processo e di esito per assicurare equità nella assistenza e nell'accesso. In questa prospettiva nasce il progetto PDTA Lab realizzato da CORE-CINECA, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e con il patrocinio della Conferenza Stato-Regioni, Federsanità ANCI e FIASO.

**OBIETTIVI** PDTA Lab ha lo scopo di creare un contenitore dei PDTA approvati, al fine di misurare e comprendere come i modelli e gli assetti organizzativi locali impattano e influiscono sul percorso assistenziale del PDTA e sugli esiti della malattia e del burden of disease. Obiettivi specifici del progetto sono: (i) raccogliere, sistematizzare e valutare comparativamente le informazioni contenute nei documenti ufficialmente approvati dalle Regioni; (ii) individuare una metodica idonea per la decodifica dei PDTA in termini di indicatori specifici e (iii) fornire una piattaforma informatizzata in grado di rendere disponibili tutti i risultati del progetto.

**METODI** Il progetto si è dotato di una piattaforma informatizzata (<http://pdtalab.coreteam.it/>) in cui sono presenti 3 funzioni: "CERCA PDTA" che rende disponibili l'accesso e il download dei PDTA regionali, "CONFRONTA PDTA" contenente l'analisi comparativa dei documenti relativi a una stessa patologia e "MISURA PDTA" che mostra l'analisi degli indicatori mediante i real-world data. La funzione "CERCA" è stata popolata mediante una ricognizione di tutti i documenti approvati dalle Regioni e pubblicati nei siti istituzionali. La funzione "CONFRONTA" è dotata di 4 matrici che consentono l'analisi comparativa della struttura dei documenti, delle variabili clinico-assistenziali, farmaco-terapeutiche e organizzative previste nei PDTA. La funzione "MISURA", ha previsto la selezione di indicatori di prevalenza, incidenza, processo, esito e assetto organizzativo presenti nei PDTA o derivanti da altri progetti, e la loro successiva applicazione al database ARCO di CORE-CINECA.

**RISULTATI** La piattaforma attualmente raccoglie 299 PDTA regionali: 155 relativi a patologie croniche a elevato impatto sociale e 144 a malattie rare. I documenti sono stati approvati a partire dal 2006, con un aumento esponenziale dal 2012. Le aree cliniche maggiormente interessate sono state l'oncologia (29 PDTA), la cardiologia (26) e la neurologia (24). Il confronto dei PDTA è stato effettuato per sclerosi multipla (6 PDTA), scompenso cardiaco (6), diabete (10), neoplasia della mammella (4) e Parkinson (2). Tale confronto ha evidenziato un'elevata variabilità tra le diverse Regioni per tutte le variabili analizzate con specifico riferimento alla variabilità del modello organizzativo. In via sperimentale il progetto ha avviato la misurazione di diversi indicatori per diabete, scompenso cardiaco, tumore operato mammella, sclerosi multipla e Parkinson.

**LIMITI** Un primo limite risiede nella scelta di analizzare i documenti Regionali e non quelli adottati a livello Aziendale. Tale limite sarà superato con la creazione di una sezione apposita per i PDTA aziendali. Altra criticità è rappresentata dalla diversa struttura dei PDTA che necessita di una check-list predisposta ad hoc, per la valutazione della presenza delle informazioni necessarie per una struttura condivisa di PDTA.

**CONCLUSIONI** PDTA Lab si propone come strumento di riferimento per l'analisi dei PDTA e punto di osservazione per l'individuazione delle politiche future della presa in carico della cronicità con la partecipazione e il coinvolgimento di istituzioni, Regioni, professionisti sanitari, associazioni di pazienti e aziende farmaceutiche. In tale ottica, PDTA Lab permette di assicurare l'equità di accesso ai PDTA ed evitare la frammentazione del sistema pur in presenza di differenze organizzative legate alla collocazione geografica e alle diverse risorse tecnologiche e umane.

**Autore per la corrispondenza:** Martini Nello – CORE (Collaborative Outcome Research), CINECA partner –  
Email: [nello.martini@libero.it](mailto:nello.martini@libero.it)



# ABSTRACT

## ABSTRACTS

**5. La governance dei Tempi di Attesa per promuovere un'assistenza sanitaria ad alto *value*: il modello dell'ASL TO3**

Alesina Marta, Minniti Davide, Giacometti Marika, Morelli Pamela, Fasano Paola, Angelone Lorenzo, Bisanti Francesca, Rebora Monica, Boraso Flavio

**6. Ustioni da acido: donne sfregiate nell'animo**

Amadio Romina, Amadio Mariella, Angelini Valentina, Capecci Ilaria, Traini Tiziana

**7. Prendersi cura della persona con diabete: uno studio osservazionale sull'evoluzione della malattia**

Andreucci Marida, Traini Tiziana, Amadio Mariella, Galiffa Maria Laura, Troiani Silvano

**8. La gestione del dolore in pronto soccorso: studio osservazionale descrittivo retrospettivo**

Andreucci Marida, Traini Tiziana, Amadio Mariella, Raggiunti Fabiana, Troiani Silvano

**9. La pet therapy come co-terapia per il bambino ospedalizzato: una revisione della letteratura**

Andreucci Marida, Traini Tiziana, Ciotti Giulia, Amadio Mariella, Troiani Silvano

**10. Fast track: realtà a confronto in un sistema a divenire, un'analisi comparativa**

Andreucci Marida, Traini Tiziana, Gaspari Sara, Troiani Silvano

**11. Ambulatorio infermieristico di pronto soccorso e fast track: uno studio osservazionale**

Andreucci Marida, Traini Tiziana, Maiomasci Maria Grazia, Troiani Silvano

**12. Trauma maggiore in DEA: studio osservazionale retrospettivo**

Andreucci Marida, Traini Tiziana, Troiani Silvano, Autunni Eleonora

**13. Strategie di coping nell'infermiere di emergenza: studio osservazionale**

Andreucci Marida, Traini Tiziana, Troiani Silvano, Amadio Mariella, Scartozzi Chiara

**14. Le conoscenze dell'infermiere su un'efficace comunicazione con il paziente: studio osservazionale descrittivo**

Andreucci Marida, Traini Tiziana, Troiani Silvano, Capriotti Selena Domea

**15. Il fenomeno dell'overcrowding in pronto soccorso: un'indagine qualitativa**

Andreucci Marida, Traini Tiziana, Troiani Silvano, Giovannini Tania

**16. Intervento del 118 sulla scena del crimine**

Angelini Valentina, Traini Tiziana, Pesaresi Mauro, Capecci Ilaria, Amadio Romina, Andreucci Marida

**17. L'Intervento del 118 sulla scena del crimine**

Angelini Valentina, Traini Tiziana, Pesaresi Mauro, Capecci Ilaria, Andreucci Marida, Troiani Silvano

- 18. Efficacia dell'action observation treatment nella riabilitazione di pazienti parkinsoniani con freezing of gait**  
Angileri Vincenza Valentina, Amendola Filomena, Ferrari Marcella
- 19. La gestione del rischio clinico attraverso il controllo remoto dei POCT emogasanalizzatori (la realtà dell'area livornese nell'Azienda Nordovest)**  
Antonelli Fabio, Vannucci Maura, Fiorini Marcello
- 20. Efficacia dell'utilizzo delle mappe concettuali nella promozione e nello sviluppo del pensiero critico: una revisione integrativa della letteratura**  
Aurelio Veneranda
- 21. La comunicazione come strategia per lo sviluppo dell'Health Literacy: revisione integrativa della letteratura**  
Aurelio Veneranda, Comparcini Dania
- 22. Sorveglianza microbiologica della Klebsiella Pneumoniae Resistente ai Carbapenemi in Terapia intensiva: una buona pratica per la gestione del rischio e per la sicurezza del paziente**  
Baldascino Giada, Petroni Renata, Petroni Salvatore, Fiore Pierluigi, Petroni Angelo
- 23. La corretta gestione delle lesioni da pressione nella SOD di clinica di anestesia e rianimazione**  
Bendelari Valentina, Marconi Romina, Boccalini Sara, Cenci Luca
- 24. La valutazione delle competenze degli studenti nel processo di nursing**  
Bendelari Valentina, Mercuri Maurizio, Marchetti Mara
- 25. Primary Nursing: esplicitazione del Set Minimo di Dati Infermieristici (NMDS) per l'accertamento dei problemi assistenziali del paziente di Neurologia e Stroke Unit nel Presidio Ospedaliero-IRCCS dell'AUSL di Reggio Emilia**  
Bergamini Sara, Mecugni Daniela, Amaducci Giovanna
- 26. L'attività di supporto e di valorizzazione della ricerca scientifica nelle Aziende Sanitarie Regionali: l'esperienza dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria**  
Bertolotti Marinella, Dacquino Mariateresa, Ippoliti Roberto, Riva Franca, Antonio Maconi
- 27. Allineamento alle evidenze scientifiche in ostetricia: la parte di iceberg che non emerge**  
Bettin Daiana, Vitulo Anna, Beltramello Claudio
- 28. Trasporti secondari per pazienti pediatrici: audit clinico-organizzativo**  
Bianchi Margherita, Irico Laura, Gramatica Paolo, Visentin Raffaella, Fiore Domenica, Garufi Francesco, Trimarchi Antonino, Caruso Giovanni, Guala Andrea
- 29. La Contenzione Meccanica in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: Audit Clinico-Organizzativo**  
Bianchi Margherita, Trimarchi Antonino, Zeppettelli Ermelinda, Caruso Giovanni

**30. Migliorare l'appropriatezza del Triage Riabilitativo in Ospedale per acuti attraverso un progetto formativo multi-professionale**

Biscontini Devid, Saiu Maria Pia, Ontari Gianluca, Mancinelli Luciano, Pettinacci Luciano, Mencacci Marco, Carnio Gabriella, Vafiadaki Adamantia, Rosi Piero, Pacchiarini Diamante

**31. Rilettura organizzativa della rete consultoriale e della ginecologia territoriale in ASL TO4**

Bogliatto Fabrizio, Miletta Michela, Traina Mario, Di Gioia Salvatore

**32. Incident reporting e audit gestione chiamate di emergenza: il modello N.U.E. 1.1.2. regioni Piemonte e Valle d'Aosta**

Bono Danilo, Occeili Walter, Marchese Irene

**33. Ridurre i ricoveri evitabili e migliorare la performance ospedaliera: il modello delle cure intermedie come scelta strategica aziendale in ASL TO3**

Boraso Flavio, Passi Stefano, Minniti Davide, Morelli Pamela, Galassi Roberto, Occhi Mauro, Rebora Monica, Siliquini Roberta

**34. Is less always more? L'appendicetomia videolaparoscopica con stapler o con endoloop, due tecniche a confronto nella AUSL di Bologna**

Brigati Giovanni, Ortolani Elisa, Zuccheri Paola, Sarchione Nicoletta, Falcone Patrizia, Cotti Fortunata, Di Sanza Giusy, Borsari Morena, Di Saverio Salomone, Jovine Elio

**35. Misure preventive e strategie di intervento negli incidenti stradali**

Bulgheroni Paolo, Aimetti Daniela, Ciarlo Immacolata, Cherchi Laura, Tettamanzi Elena

**36. Progetto REACT (Registro Accessi Continuità Assistenziale Toscana)**

Calusi Giovanni, Capodarca Cosimo, Celotto Stefano, Demurtas Jacopo, Barnini Tommaso

**37. L'Etica del Fine Vita e la percezione dei professionisti sanitari. Uno studio osservazionale**

Capecci Ilaria, Amadio Romina, Angelini Valentina, Traini Tiziana, Pesaresi Mauro

**38. Diffusione e comunicazione delle evidenze scientifiche nel campo della salute Risultati della ricerca sociale, aspetti socio-culturali, sfide per il futuro**

Carla Collicelli, Ludovica Durst, Andrea Di Leo

**39. Corso di Formazione in Riconciliazione Farmacologica per Medici Ospedalieri**

Carrieri Vito, Lefons Marialuisa, Manca Roberta

**40. Percorso assistenziale per la gestione delle patologie croniche dell'anziano basato sulla partecipazione attiva di pazienti e familiari**

Carrieri Vito, Lefons Marialuisa, Garcia Fernandez Cesar

**41. L'Unione Europea riconosce la giusta importanza alla produttività scientifica?**

Carta Mauro Giovanni

**42. Un esempio virtuoso di integrazione tra Ospedale e Territorio: gestione di un test di screening delle aneuploidie con esito di rischio intermedio per Sindrome di Down**

Cassina Elisa, Pagano Arianna, Miletta Michela, Bogliatto Fabrizio

- 43. Farmacovigilanza: monitoraggio retrospettivo e valutazione delle segnalazioni spontanee di sospette reazioni avverse, presso la Città della Salute e della Scienza di Torino, nel triennio 2015-2016-2017**  
Castllana Eleonora, Chiappetta Maria Rachele, Cattel Francesco
- 44. Applicazione del RAPEX in Italia per la prevenzione dei rischi derivanti dall'uso di prodotti di consumo pericolosi**  
Ciarlo Immacolata, Sturaro Patrizia, Redaelli Massimo, Tettamanzi Elena, Cherchi Laura, Bulgheroni Paolo
- 45. Analisi dei programmi del Corso di Laurea in Infermieristica per l'ottimizzazione della qualità dell'Offerta Formativa: la realtà dell'Università Politecnica delle Marche**  
Ciarpella Francesca, Rippo Maria Rita, Pelusi Gilda, Santarelli Adoriano, Marcelli Stefano, Tufoni Simona, Cicchitti Chiara, Rasetti Carlo, Gatti Chiara
- 46. Monitoraggio e governo del sovraffollamento dei Pronto Soccorso con lo sviluppo e l'applicazione di un sistema di analisi e controllo multimodale nell'ASL TO3**  
Cibinel Gian Alfonso, Argena Salvatore, Civita Marina, Saltarelli Marco, Bellina Maurizio, Minniti Davide, Rebora Monica, Boraso Flavio
- 47. Promozione dell'impiego appropriato delle risorse diagnostiche in Pronto Soccorso attraverso il benchmarking inter-ospedaliero e la produzione di raccomandazioni condivise basate sull'evidenza**  
Cibinel Gian Alfonso, Cavallo Maria Rita, Griot Giulietta, Dequino Giovanna, Minniti Davide, Morelli Pamela, Bisanti Francesca, Rebora Monica, Boraso Flavio
- 48. Il modello teorico come riferimento per un'assistenza appropriata e di qualità: studio osservazionale descrittivo sulla realtà Marchigiana, vista dagli studenti dell'Università Politecnica delle Marche**  
Cicchitti Chiara, Gatti Chiara, Pelusi Gilda, Santarelli Adoriano, Marcelli Stefano, Ciarpella Francesca, Tufoni Simona, Pioli Fabia, Rasetti Carlo
- 49. Sviluppo ed implementazione di un PDTA per il trattamento dei disturbi da uso di alcol**  
Cioncolini Leonardo, Nasi Annamaria, Bassi Rita, Ruffini Paolo, Gentili Marco, Pellegrino Salvatore, Catellani Carlo, Mazzi Rosita, Zannini Angela, Mancuso Pamela
- 50. Non Conformità come strumento di miglioramento della pratica clinica: un caso concreto nella diagnostica di laboratorio**  
Colla Rossana, Storchi Incerti Silvia, Teodori Elvira, Chiodino Caterina, Frattolillo Daniele, Peruzzi Simona, Sartori Umberto
- 51. Aspirazione endotracheale: studio osservazionale sulle conoscenze e competenze degli infermieri di terapia intensiva**  
Comparcini Dania, Speranza Giulia, Messi Daniele, Cotticelli Federico, Galli Francesco, Simonetti Valentina
- 52. Analisi degli Accessi in Codice Giallo in un Pronto Soccorso di Area Vasta 5: "Over/Under Triage"**  
Cosignani Emanuela, Traini Tiziana, Isopi Roberta, Galeone Fabiana, Simonetti Anna Laura, Scaramucci Silvia, Ferracuti Martina, Pignotti Paolo, Troiani Silvano

**53. Il Problema del Sovraffollamento in Pronto Soccorso: una procedura in aiuto di Paziente e Infermiere**

Cotticelli Federico, Comparcini Dania, Baglioni Isabella, Turri Giorgio, Buccolini Mara, Vitali Roberta, Garbuglia Giordano, Torresi Elisa, Galli Francesco, Simonetti Valentina

**54. L'inserimento dei pazienti nelle strutture residenziali**

Damiani Tiberio

**55. La informazione del paziente è necessaria per un adeguato inserimento in strutture riabilitative**

Damiani Tiberio

**56. Realizzazione di prevalenza e sorveglianza epidemiologica al fine di prevenire e gestire infezioni da germi anche multiresistenti in pazienti sottoposti ad emodialisi nel reparto di emodialisi dell'Ospedale Santa Maria Annunziata, USL Toscana Centro**

Dattolo Pietro Claudio, Caiani David, Barchielli Chiara

**57. Il Rischio da Responsabilità Civile Medica in Italia**

D'aurizio Leandro

**58. Sorveglianza infermieristica: analisi concettuale**

De Luca Walter, Dignani Lucia, Lucertini Carla, Toccaceli Andrea

**59. La resilienza dei professionisti, una risorsa per il sistema nei reparti ad alta cronicità?**

De Luca Walter, Sbaffi Martina, Cotichelli Giordano, Ricchiuto Pierluigi, Cioffi Davide

**60. Assessment infermieristico per acuti nel Dipartimento di Medicina Interna dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste**

De Matteis Daniela, Gaggi Guido, Carretta Renzo, Boscutti Giuliano, Stroili Manuela

**61. La telemedicina per l'assistenza domiciliare di bambini eleggibili alle cure palliative pediatriche e alla terapia del dolore**

De Zen Lucia, Luchini Anna, Minetto Monica, Bagolin Arianna, Blandino Lucia, Sclippa Giuseppe

**62. La Cultural Competence nella presa in carico assistenziale come strumento contro le disuguaglianze: una revisione narrativa della letteratura**

D'eri Francesca, Crescini Valeria, Cotichelli Giordano

**63. Fumo chirurgico in Sala Operatoria e rischio occupazionale da esposizione del personale sanitario: revisione della letteratura**

Di Renzo Maurizio Rivera, Corrado Annalisa, Cicolini Cicolini

**64. L'Ospedale di Comunità: analisi della realtà italiana**

Di Renzo Maurizio Rivera, Corrado Annalisa, Cicolini Giancarlo

**65. Valutazione del livello di coinvolgimento delle figure dirigenziali mediche ed infermieristiche nella gestione reattiva del rischio delle Aziende Sanitarie di Abruzzo e Molise**

Di Renzo Maurizio Rivera, Piccirillo Giorgia, Di Giovanni Pamela, Cicolini Giancarlo

- 66. La relazione tra i tratti della Leadership Trasformativa, Soddisfazione Lavorativa e Work Engagement: studio cross – sectional**  
Di Renzo Maurizio Rivera, Piccirillo Giorgia, Di Giovanni Pamela, Cicolini Giancarlo
- 67. Infermieri e futile care: studio fenomenologico multicentrico**  
Dignani Lucia, Ciriachi Nicoletta, Girotti Susi, Guarinoni Milena Giovanna, Toccaceli Andrea, Lucertini Carla
- 68. Percezione infermieristica del moral distress: studio osservazionale multicentrico**  
Dignani Lucia, Paolino Maria Rita, Girotti Susi, Guarinoni Milena Giovanna, Lucertini Carla, Toccaceli Andrea
- 69. Umanizzazione delle cure: analisi concettuale evolucionistica**  
Dignani Lucia, Toccaceli Andrea, Lucertini Carla, Marchetti Mara, Guarinoni Milena Giovanna, Troiani Silvano
- 70. Lo Sviluppo delle Competenze Infermieristiche e l'Empowerment del Tirocinio Clinico in un Setting Chirurgico**  
Ferracuti Martina, Traini Tiziana, Floridi Elisa, Cosignani Emanuela, Galeone Fabiana, Scaramucci Silvia, Simonetti Anna Laura, Pignotti Paolo, Troiani Silvano
- 71. L'efficacia della terapia decongestionante combinata in pazienti affetti da linfedema secondario post-chirurgico all'interno di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA della mammella)**  
Ferrari Francesca
- 72. Briefing e Debriefing in Sanità: sperimentazione in sala operatoria per la prevenzione degli eventi avversi**  
Frezza Daniele, Antoniutti Martina
- 73. L'Infermiere di dialisi: resilienza e stress lavoro correlato. Uno studio osservazionale**  
Galeone Fabiana, Traini Tiziana, Manocchi Katia, Cosignani Emanuela, Ferracuti Martina, Scaramucci Silvia, Simonetti Anna Laura, Pignotti Paolo, Troiani Silvano
- 74. Utilizzo di un modello di Health Technology Assessment per la rivalutazione dei sistemi di diagnostica radiologica disponibili in ASL TO3 come strumento di policy making**  
Galis Veronica, Olivero Andrea, Minniti Davide, Bisanti Francesca, Morelli Pamela, Boraso Flavio
- 75. Pet therapy e riabilitazione psichiatrica: una revisione della letteratura**  
Galli Francesco, Comparcini Dania, D'argenio Denise, Cotticelli Federico, Lupo Roberto, Simonetti Valentina
- 76. Analisi rapida HPLC di infiorescenze ed estratti di Cannabis Sativa L**  
Gallina Toschi Tullia, Mandrioli Mara
- 77. Assessment delle competenze infermieristiche in Rianimazione Cardiochirurgica: Nurse Competence Scale come strumento di analisi**  
Gatti Chiara, Pelusi Gilda, Borgognoni Cinzia, Carrara Maria Lucia, Mercanti Rosalia
- 78. Nurse Competence Scale come strumento per valutare le competenze infermieristiche: revisione della letteratura**  
Gatti Chiara, Pelusi Gilda, Mercanti Rosalia, Borgognoni Cinzia, Carrara Maria Lucia

- 79. Applicazione dell'Indice di complessità assistenziale nel Dipartimento di Medicina Interna: risultati di uno studio osservazionale**  
Gatti Chiara, Pioli Fabia, Gioacchini Simona
- 80. Correlazione tra stato clinico del paziente e caregiver burden: uno studio osservazionale descrittivo**  
Gatti Chiara, Pioli Fabia, Marcelli Stefano, Camacci Gianni, Rasetti Carlo, Santarelli Adoriano
- 81. Progettazione di ambulatori complementari presso il DEA di Rivoli (ASLTO3): ridurre i tempi di attesa e razionalizzare i percorsi**  
Giacometti Marika, Minniti Davide, Morelli Pamela, Piolatto Alberto, Denaro Roberto, Valobra Monica, Cibinel Gian Alfonso, Rebora Monica, Boraso Flavio
- 82. Analisi descrittiva dell'attività del Centro di Medicina del Viaggiatore di Perugia, USL Umbria1**  
Gianfredi Vincenza, Fusco Moffa Igino, Moretti Massimo, Gigli Massimo
- 83. Consumo di tè verde e riduzione del rischio di tumore al seno: revisione sistematica e meta-analisi**  
Gianfredi1 Vincenza, Abalsamo Angela, Nucci Daniele, Acito Mattia, Villarini Milena, Moretti Massimo
- 84. A più ampio respiro: il PDTA interaziendale per BPCO e asma (ASL AL/AO di Alessandria)**  
Gilberto Gentili, Elide Azzan, Guglielmo Pacileo
- 85. La relazione terapeutica tra l'infermiere in salute mentale e la persona assistita: studio qualitativo**  
Girotti Susi, Rossella Botta, Marchetti Mara
- 86. Clima organizzativo percepito dagli infermieri: studio osservazionale**  
Girotti Susi, Stella Mattia, Dignani Lucia
- 87. Conoscenze e attitudini degli infermieri sulla gestione del delirium: studio osservazionale descrittivo**  
Girotti Susi, Troiani Veronica, Dignani Lucia
- 88. Refrattarietà dell'uso degli equivalenti in Italia: correlazione tra opinione di MMG e Farmacisti, immaginario collettivo popolare e loro utilizzo**  
Giua Corrado, Pedrazzini Ambra, Franceschini Ilaria, CPSR, Minghetti Paola
- 89. Prevenzioni infezioni sito chirurgico: implementazione delle linee guida OMS 2016**  
Giuliani Maurizio, Stornelli Muzio, Maddalena Chiuchiarelli, Matteo Di Stefano
- 90. Il ruolo dell'infermiere nell'educazione e formazione del caregiver. (La gestione del paziente anziano fragile a domicilio)**  
Gouajo Charlene Nadia, Amendola Filomena
- 91. Farmaco-logico: progetti di formazione indipendente sul farmaco**  
Iaboli Luca, Caselli Luana, Cattani Sergio, Esposito Sofia, Miselli Mauro



**92. La gestione domiciliare del paziente affetto da demenza: analisi del livello di presa in carico territoriale e dell'impatto sul family caregiver**

Iacovozzi Stefano, Colacioppo Paolo, Di Nardo Raffaele, Rosato Manola, Di Renzo Maurizio Rivera

**93. L'efficacia del monitoraggio delle telemedicines tra i pazienti con asma**

Iga Wasowska, Urszula Wojtowicz, Marta Majorczyk

**94. La continuità dell'assistenza in età pediatrica. Dati di un policlinico cittadino**

Lanari Marcello, Nanni Francesca, Morini Mara, Mancini Manuela

**95. Quali competenze per governare efficacemente le organizzazioni sanitarie**

Lanza Gianluca, Zangrandi Antonello

**96. Intensità del dolore al triage: studio osservazionale**

Latini Jasmine, Andreoli Elisa, Faccilongo Mario, Maccaroni Roberto, Dignani Lucia

**97. L'audit sulle modalità prescrittive di medicinali a rischio di inappropriatezza come strumento di governo clinico ed efficienza gestionale**

Leoni Olivia, Oria Cristina, Della Rosa Cristina, Lattuada Paola, Maestroni Anna Maria

**98. Valutazione delle complicanze correlate alla gestione del dolore postoperatorio con TAP Block nel paziente sottoposto a bypass gastrico. Uno studio osservazionale con caso controllo**

Levorato Letizia Irene, Ferrara Demetrio, Braglia Luca, Mecugni Daniela, Camellini Riccarda, Gradellini Cinzia

**99. Il ruolo dell'infermiere case manager nella pianificazione della dimissione e della continuità delle cure: uno studio osservazionale retrospettivo condotto presso U.A. post acuti ospedale infermi di Rimini**

Liberati Stefania, Miraglia Federica

**100. Sicurezza nell'identificazione del paziente in fase di accettazione dei campioni biologici: il ruolo dell'automazione**

Lippi Giuseppe, Antonella Bassi, Chiara Bovo

**101. Impatto economico-organizzativo della diagnostica di laboratorio**

Lippi Giuseppe, Chiara Bovo

**102. Raccomandazioni delle Società Scientifiche di Medicina di Laboratorio Italiane e della Società Italiana di Ergonomia e fattori umani per l'identificazione e gestione dei risultati critici in laboratorio**

Lippi Giuseppe, Giavarina Davide, Ciaccio Marcello

**103. La Mirror Therapy nei pazienti con ictus**

Lo Mascolo Lucrezia

**104. Promuovere e qualificare l'Assistenza Primaria come materia specifica di ricerca, studio e lavoro: l'impegno di APRIREnetwork**

Lonati Fulvio, Morini Mara, Zanetti Ermellina

- 105. Burnout Syndrome (BOS): strumenti di valutazione del fenomeno. Una revisione della letteratura**  
Lucertini Carla, Mengucci Edoardo, Surico Gabriele, Toccaceli Andrea, Briglio Nigro Lorenzo, Barone Antonio, Dignani Lucia
- 106. Survey per la valutazione del ruolo del centro de salud nello scenario dell'infermieristica di comunità italiana**  
Lucertini Carla, Rihai Kalthoum, Dignani Lucia, Gioacchini Gloria, Toccaceli Andrea
- 107. La gestione infermieristica di un fast-track radiologico di pronto soccorso: una strategia per ottimizzare le risorse e ridurre i tempi di attesa**  
Lucertini Carla, Schiano Martina, Ricchiuto Pierluigi, Toccaceli Andrea, Valeri Beatrice, Sansò Cristina, Dignani Lucia
- 108. Magnet Hospital: quality of nursing in un setting ospedaliero italiano. Studio multi-day cross-sectional**  
Lucertini Carla, Valeri Beatrice, Dignani Lucia, Toccaceli Andrea, Pelusi Gilda
- 109. Ruolo dello sviluppo professionale nei Magnet Hospital. Studio quali-quantitativo**  
Lucertini Carla, Valeri Beatrice, Toccaceli Andrea, Dignani Lucia, Pelusi Gilda
- 110. Le aggressioni fisiche e verbali tra gli studenti in Infermieristica: risultati di uno studio osservazionale**  
Lupo Roberto, Camino Raffaele, D'abate Antonietta, Simonetti Valentina, Santoro Pietro, Galli Francesco, Comparcini Dania
- 111. Analisi del disagio lavorativo tra gli infermieri italiani: studio osservazionale**  
Lupo Roberto, Santoro Pietro, D'abate Antonietta, Simonetti Valentina, Comparcini Dania
- 112. Fast-Track: percorso veloce di recupero funzionale per artroprotesi totale d'anca e di ginocchio**  
Maffia Pierfrancesco, Amendola Filomena, Zanelli Matteo
- 113. Efficacia del progetto "Prevenzione e qualità di vita nella malattia coronarica": valutazione degli esiti a 8 anni di attività**  
Maiorano Arianna, Bergonzo Daniela, Figus Roberto, Geninatti Silvio, Noussan Patrizia
- 114. La salute del professionista sanitario: ricerca quantitativa sulla Burnout Syndrome e stress lavoro-correlato in Ematologia e Centro Trapianti di Midollo Osseo**  
Mancini Arianna, Gatti Chiara
- 115. La visione articolata e unitaria del caring: le comorbidità come elemento di disturbo della percezione dei pazienti**  
Marcelli Stefano, Capparè Giuseppe, Rasetti Carlo, Soccio Angela, Troiani Silvano, Rocchi Renato, Gatti Chiara, Santarelli Adoriano
- 116. Le batteriemie nosocomiali: i setting assistenziali complessi come aree sensibili di alert**  
Marcelli Stefano, Casablanca Carmelo, Rasetti Carlo, Gatti Chiara, Troiani Silvano, Rocchi Renato, Soccio Angela, Santarelli Adoriano

**117. L'onere finanziario delle infezioni ospedaliere nell'area della cardiocirurgia: degenza, NSO e tasso di riammissione a confronto**

Marcelli Stefano, Casablanca Carmelo, Rasetti Carlo, Gatti Chiara, Troiani Silvano, Rocchi Renato, Soccio Angela, Santarelli Adoriano

**118. Aderenza al regime terapeutico e persona anziana: come l'approccio sistematico può migliorare la compliance e ridurre il rischio**

Marcelli Stefano, Casablanca Carmelo, Rasetti Carlo, Gatti Chiara, Troiani Silvano, Rocchi Renato, Soccio Angela, Santarelli Adoriano

**119. Le infezioni delle vie urinarie come fardello del sistema sanitario odierno: analisi degli eventi avversi**

Marcelli Stefano, Casablanca Carmelo, Rasetti Carlo, Gatti Chiara, Troiani Silvano, Rocchi Renato, Soccio Angela, Santarelli Adoriano

**120. L'onere infermieristico nella riammissione a 30 giorni: il post-operatorio come momento sensibile delle pratiche cliniche**

Marcelli Stefano, Casablanca Carmelo, Rasetti Carlo, Gatti Chiara, Troiani Silvano, Rocchi Renato, Soccio Angela, Santarelli Adoriano

**121. L'impatto dell'obesità nella cardiocirurgia e nei costi ospedalieri: il BMI come strumento di analisi del rischio clinico**

Marcelli Stefano, Casablanca Carmelo, Rasetti Carlo, Gatti Chiara, Troiani Silvano, Rocchi Renato, Soccio Angela, Santarelli Adoriano

**122. L'onere socio-sanitario della BPCO: Il rischio di riammissione come nursing sensitive outcomes**

Marcelli Stefano, Neglia Marco, Casablanca Carmelo, Rasetti Carlo, Gatti Chiara, Troiani Silvano, Rocchi Renato, Soccio Angela, Santarelli Adoriano

**123. La valutazione degli indici di gravità del paziente complesso all'interno della filiera assistenziale**

Marcelli Stefano, Rasetti Carlo, Casablanca Carmelo, Gatti Chiara, Troiani Silvano, Rocchi Renato, Soccio Angela, Santarelli Adoriano

**124. Clostridium difficile e malpractice: gli standard assistenziali ed i processi decisionali come fattori protettivi**

Marcelli Stefano, Rasetti Carlo, Cipolloni Valentina, Troiani Silvano, Rocchi Renato, Gatti Chiara, Soccio Angela, Santarelli Adoriano

**125. Patient Reported Outcomes e durata della degenza: la valutazione degli indicatori della qualità assistenziale**

Marcelli Stefano, Rasetti Carlo, Mariani Camilla, Collecchia Simona, Soccio Angela, Troiani Silvano, Rocchi Renato, Gatti Chiara, Santarelli Adoriano

**126. Latex free e appropriatezza di governance: le procedure assistenziali a supporto della pratica clinica**

Marcelli Stefano, Rasetti Carlo, Parziale Claudia, Casablanca Carmelo, Gatti Chiara, Troiani Silvano, Rocchi Renato, Soccio Angela, Santarelli Adoriano

**127. La determinazione delle dimensioni dell'accuratezza della documentazione infermieristica tra opportunità e risvolti medico legali**

Marcelli Stefano, Rasetti Carlo, Parziale Claudia, Casablanca Carmelo, Gatti Chiara, Troiani Silvano, Rocchi Renato, Soccio Angela, Santarelli Adoriano

**128. Piano Nazionale Esiti: potenzialità e limiti. Analisi dell'Indicatore Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata**

Mascella Fabio, Affatato Alessandra, Drudi Katia, Dionisi Antonella, Mancini Anna Rita, Di Monte Alessandro, Bertozzi Lorena, Tiraferri Francesca, Fattori Andrea

**129. Esperienza di team building nella direzione di presidio ospedaliero: risultati preliminari**

Michela Maielli, Spartaco Mencaroni, Silvia Memmini, Francesca Dinelli, Alba Bianchi, Moreno Marcucci, Romana Lombardi, Serena Farneti, Sabrina Santini, Sergio Ardis

**130. L'analisi dell'overload informativo e l'applicazione dei metodi di Business Intelligence per capitalizzare la conoscenza a supporto dei processi decisionali in ASL TO3**

Minniti Davide, Alesina Marta, Poletti Alessandra, Presutti Michele, Paolucci Emilio, Boraso Flavio

**131. Progetto a sviluppo della cittadinanza organizzativa "I corti dell'assistenza" (ciò che non si deve mai dimenticare)**

Nerozzi Elena, Signoroni Patrizia, Galli Monica, Ioia Francesca, Gori Stefano, Crinelli Simone, Giusti Monica, Martelli Filippo

**132. Il supporto educativo relazionale ai caregiver-burden di media età: uno studio osservazionale**

Niculae Ioana, Traini Tiziana, Amadio Mariella, Mielli Lucia, Nespeca Maria Teresa, Troiani Silvano

**133. Insufficienze croniche d'organo end stage: la gestione terapeutica-assistenziale intensiva o palliativa secondo i professionisti sanitari. Studio osservazionale**

Nucci Daniele, Quaglia Consuelo, Marchetti Mara

**134. Validazione transculturale in Lingua Italiana del "Progressive Aphasia Severity Scale (PASS) Questionnaire"**

Occhigrossi Chiara, Lambro Benedetta, Petrillo Stefania Maria, Piccirilli Massimo

**135. Studio cross-sectional sulla valutazione del benessere soggettivo: l'outcome di salute negletto**

Pacitti Marcello, Ardis Sergio

**136. Analisi retrospettiva di appropriatezza nella prescrizione di test diagnostici per la malattia celiaca nell'ASL VCO**

Paolucci Irene, Bianchi Margherita, Ruscitto Leonardo, Pieri Nicoletta, Trimarchi Antonino, Caruso Giovanni

**137. Studio osservazionale retrospettivo finalizzato alla comparazione della appropriatezza dei ricoveri di pazienti provenienti dal Pronto Soccorso e destinati ad area medica, rispetto a criteri teorici di validità clinica (MEWS) e di carico assistenziale (IDA+ICA)**

Parogni Pierpaolo, Morena Bolognini, Giuseppe Lucchini, Massimo Amato, Boccacci Simona, Consuelo Basili

- 138. La fisioterapia domiciliare: 15 mesi di esperienza dell'ASL TO3 della regione Piemonte**  
Passi Stefano, Rossignoli Federica, Galassi Roberto, Venuti Silvio, Minniti Davide, Boraso Flavio
- 139. Percentuale di inutilizzo dei cateteri venosi periferici applicati a pazienti a bassa priorità d'intervento in un Dipartimento d'Emergenza italiano**  
Pennacchio Edoardo, Viggiani Ilenia, Summa Donato
- 140. La riabilitazione comunitaria: una risposta utile in tempo di crisi**  
Pestelli Germano, Mattozzi Ivano, Zannini Chiara
- 141. Integrazione multi-professionale e qualità dell'assistenza: analisi delle competenze professionali in ambito riabilitativo**  
Petitti Tommasangelo, Pantano Ilaria, Virgili Roberto, Piredda Michela, Ianni Andrea, De Marinis Maria Grazia
- 142. La psicosi: costi materiali ed immateriali**  
Petrini Veronica, Bonanni Maria Cristina, Fioravanti Annalaura, Valeria Galiè, Tania Acciaroli, Travaglini Daniele, Gaspari Marcello, Pucci Antonietta, Roberta Alesiani, Nicolai Diamante, Damiani Tiberio
- 143. La misurazione del grasso epicardico e pericardico come stima del rischio cardiovascolare: ipotesi di un nuovo PDTA per i pazienti obesi candidati a chirurgia bariatrica**  
Petroni Renata, Fiore Pierluigi, Romano Silvio, Penco Maria, Petroni Angelo
- 144. L'implementazione di un modello organizzativo per le cure domiciliari**  
Pettini Silvia, Grassi Patrizia, Barani Gianna, Ciabattini Fabio, Del Mastio Giovanna, Matteucci Lucia, Ricci Miranda
- 145. Str.A.Da: catalogo delle banche dati dei flussi informativi sanitari correnti**  
Piccinni Gaia, Falcone Umberto, Migliardi Alessandro, Pierini Elena, Gioia Patrizia, Dalmaso Marco, Passi Steano, Minniti Davide, Boraso Flavio
- 146. Dalle evidenze alla pratica: StrADa, uno strumento per informare il primo e l'ultimo step del project cycle management**  
Piccinni Gaia, Passi Stefano, Minniti Davide, Costa Giuseppe, Siliquini Roberta, Boraso Flavio
- 147. PRIMAEaDS, uno studio randomizzato-controllato europeo sulla riduzione di terapie inappropriate ed effetti avversi in pazienti anziani per mezzo di un supporto decisionale elettronico – dati epidemiologici basali e risultati della prima revisione critica delle terapie nel centro di ricerca italiano**  
Piccoliori Giuliano, Voegelé Anna, Engl Adolf, Pirolo Giulio, Soennichsen Andreas
- 148. La promozione personale: esperienza nella Residenza Protetta Don Rino Vallorani di Comunanza e nella Co.s.e.r. di Force in un programma condiviso con Cooss Marche negli interventi di sostegno psicosociale post sismico**  
Piciotti Giulia, Valentini Valeria, Addis Annarita, Guidotti Riccardo, Testa Vanessa, Baldassarri Cadia, Roussakova Marina, Canala Stefano, Gionni Danilo, De Luna Isabella, Damiani Tiberio

**149. LIMS (Light Monitor Study): How to improve Outcomes, Length of Stay and Costs of Critically Ill Patients in Internal Medicine Units with Wireless Monitoring Systems**

Pietrantonio Filomena, Bussi Anna Rosa, Amadasi Silvia, Bresciani Enrico, Caldonazzo Andrea, Colombini Paolo, Giovannini Maria Stella, Lanzini Lucio, Migliorati Pierluigi, Perini Paola, Politi Antonio, Soldati Francesco, Meneghetti Orietta, Bellocchio Rino, D'Amico Roberto

**150. L'angolo dell'arco pubico: che modalità di parto? Uno studio predittivo**

Pioli Fabia, Gatti Chiara, Marcelli Stefano, Giovagnini Chiara

**151. Analisi del bisogno formativo nella costruzione di una tesi sperimentale e realizzazione di una guida per lo studente: un focus nell'Università Politecnica delle Marche**

Pioli Fabia, Gatti Chiara, Costantini Silvia

**152. Aspetti clinici e prognostici delle neoplasie insorte in corso di gravidanza ed allattamento**

Pioli Fabia, Gatti Chiara, Costantini Silvia

**153. Il "sistema premiante" per il personale sanitario: revisione della letteratura**

Pioli Fabia, Gatti Chiara, Marcelli Stefano

**154. L'efficacia dei programmi di back school nelle patologie da sovraccarico biomeccanico del tratto lombare nelle professioni sanitarie**

Pirina Giovanni, Amendola Filomena, Di Franco Zaira, Occhipinti Giuseppe, Brianti Rodolfo

**155. Raccomandazioni per l'identificazione e la gestione dei risultati critici nei laboratori clinici**

Piva Elisa, Balboni Fiamma, Dolci Alberto, Lippi Giuseppe, Bonetti Graziella, Pezzati Paola, Quercioli Massimo, Tartaglia Riccardo, Toccafondi Giulio, Giavarina Davide

**156. La prevenzione ed il controllo della legionella nei sistemi idrici**

Rama Alexander, Boschetto Gianpietro, Brioni Alessandro, Bertoncello Chiara, Baldovin Tatjana

**157. Mini-midline: tecnica vantaggiosa per gli accessi venosi periferici difficili – studio osservazionale**

Raponi Manuel, Di Lorenzo Luca, Fattori Serenella, Marchetti Mara

**158. Efficacia del telemonitoraggio della pressione arteriosa. Sinossi di revisioni sistematiche**

Re Luca Giuseppe, Lusignani Maura

**159. Accredimento "Distinction" del percorso clinico del Trauma Maggiore**

Rosi Paolo, Borella Luisa, Cadorin Laura, Buffon Marialuisa, Del Sal Carla, Visentin Luca

**160. "Progetto nutrire per prevenire" l'individuazione in ospedale del paziente a rischio di malnutrizione per migliorare la qualità dell'assistenza**

Rossetti Roberta, Rossetti Rossella, Nerozzi Elena, Pelagani Elena, D'angelo Alfonso, Grassi Patrizia, Salvucci Sonia, Bini Roberta, Celli Alessandra, Cellini Paolo

**161. Il progetto della stanza Fuxia**

Rossetti Rossella, Barchielli Chiara, Pettini Silvia, Pelagani Elena, Nerozzi Elena, Di Renzo Lucilla, Marcucci Lucia, Marchi Ombretta, Ragnini Ilaria, Cellini Paolo

- 162. La valorizzazione del personale attraverso le tecniche di apprendimento veloce. (La conoscenza del metodo P.A.V.)**  
Rosseti Rossella, Pelagani Elena, Nerozzi Elena, Grassi Patrizia, D'angelo Alfonso, Cellini Paolo
- 163. Prendiamoci cura dei caregivers: valutazione dei principali bisogni assistenziali dei caregivers nelle terapie intensive: uno studio osservazionale**  
Rossi Vanessa, Liberati Stefania, Buccolini Mara, Emanuela Delli Compagni
- 164. Indagine conoscitiva del delirium in UTIC: ruolo dell'infermiere nel riconoscimento e trattamento precoce**  
Santandrea Maria Giulia, Mercuri Maurizio, Marchetti Mara
- 165. I benefici di una educazione strutturata al paziente affetto da diabete di tipo II: una revisione della letteratura**  
Scaramucci Silvia, Cosignani Emanuela, Simonetti Anna Laura, Ferracuti Martina, Galeone Fabiana, Pignotti Paolo, Traini Tiziana, Troiani Silvano
- 166. Formazione evidence-based: l'utilizzo del Kalamazoo Consensus Statement per la comunicazione sanitario paziente**  
Sergio Ardis, Moreno Marcucci, Doris Bonetti, Carlo Mazzatenta, Giulia Guidi, Francesco Bellomo, Michela Maielli
- 167. A casa è meglio. Radiologia e elettrocardiogramma a domicilio in Friuli Occidentale**  
Simon Giorgio, Pavan Daniela, Gri Luca, Spaziant Roberto, Bortolus Sara, Poles Alona, Gabrielli Antonio
- 168. Le recenti innovazioni tecnologiche nella gestione del diabete di tipo I**  
Simonetti Anna Laura, Traini Tiziana, Iezzi Maria Ambra, Cosignani Emanuela, Ferracuti Martina, Galeone Fabiana, Scaramucci Silvia, Pignotti Paolo, Troiani Silvano
- 169. Prelievo di sangue: catetere venoso periferico o venipuntura? Revisione della letteratura**  
Simonetti Valentina, Amadio Mariella, D'acunto Manuela, Cicolini Giancarlo, Comparcini Dania
- 170. Confronto tra le attitudini e le conoscenze degli infermieri e degli studenti di infermieristica sulla pratica dell'eutanasia: revisione**  
Simonetti Valentina, Marchitto Claudia, Cicolini Giancarlo, Civita Carol, Lupo Roberto, Comparcini Dania
- 171. Efficacia dei programmi di intervento gestiti da infermieri nella malattia di Alzheimer: revisione integrativa della letteratura**  
Simonetti Valentina, Mercatanti Chiara, Cicolini Giancarlo, Tommasi Marinella, Comparcini Dania
- 172. L'impatto degli effetti collaterali della chemioterapia sulla qualità di vita dei pazienti**  
Simonetti Valentina, Quacquarelli Simona, Cicolini Giancarlo, Cotticelli Federico, Galli Francesco, Comparcini Dania
- 173. La misurazione delle performance in ambito sanitario – Il caso dell'UOC Igiene e Sanità pubblica dell'ATS Insubria**  
Smania Massimiliano

- 174. La nuova frontiera dei Network clinici per il miglioramento della sopravvivenza dei Pazienti malati di tumore in Italia. Classificazione e standardizzazione dei dati clinici per la Medicina di Precisione e il controllo di qualità clinico**  
Stroili Manuela
- 175. Audit della Clinica Urologica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Padova sulle prostatectomie radicali in chirurgia robotica e proposta di indicatori di benchmark**  
Stroili Manuela, Morlacco Alessandro, Dal Moro Fabrizio, Zecchini Giovanni, Costa Giovanni, Zattoni Filiberto
- 176. La Borsa lavoro per i pazienti delle strutture residenziali. Esperienze presso la Co.s.e.r. di Force e la Residenza protetta di Comunanza**  
Talamonti Rea Simona, Giaccio Patrizia, Iachini Maria Grazia, Iachini Simone, Satulli Maria Cristina, Passalacqua Alessandro, Mazzaroni Caterina, Di Gennaro Marco, Alidori Cristina, Damiani Tiberio
- 177. Promuovere un'assistenza sanitaria e sociale ad elevato *value*; miglioramento del percorso di Follow up post trapianto tramite lean thinking**  
Tanini Marco, Pacini Alessandro, Curto Rita
- 178. Il Pronto Soccorso, il 118, modelli reali dati reali versus evidenze scientifiche, simulazioni a confronto e nuove proposte di intervento ad elevato *value***  
Tassini Riccardo
- 179. La presa in carico del paziente con dolore: attitudini e conoscenze del personale infermieristico**  
Tomietto Marco, Della Mora Maria, Dorigo Barbara, Bicego Livia, Finos Rosanna, De Lucia Paola, Pedrinelli Giuseppe, Scrosoppi Carla, Sclipa Giuseppe, Simon Giorgio
- 180. L'abilità lavorativa percepita dal personale infermieristico: leve motivazionali per garantire la qualità dell'assistenza**  
Tomietto Marco, Finos Rosanna, Coassin Maurizio, Bortolin Paola, Bicego Livia, De Lucia Paola, Pedrinelli Giuseppe, Doimo Ylenia, Sclipa Giuseppe, Simon Giorgio
- 181. La continuità delle cure: studio dei predittori di dimissione protetta in ambito medico e chirurgico**  
Tomietto Marco, Stefanon Laura, Bicego Livia, De Lucia Paola, Finos Rosanna, Pedrinelli Giuseppe, Toscani Paola, Carniello Giorgio Siro, Sclipa Giuseppe, Simon Giorgio
- 182. La gestione infermieristica durante il trasporto del paziente sottoposto ad ECMO**  
Traini Tiziana, Canala Stefano, Manocchi Katia, Troiani Silvano
- 183. Impatto della formazione in ambito narrativo sulla capacità empatica degli studenti del corso di laurea triennale in infermieristica**  
Traini Tiziana, Fidani Marco Giorgio, Manocchi Katia, Troiani Silvano
- 184. Vantaggi nell'utilizzo del CVC medicato vs CVC tradizionale: una revisione della letteratura**  
Traini Tiziana, Mazzocchi Ludovica, Polloni Enrico, Troiani Silvano



**185. Andamento del fenomeno della violenza di genere nell'ASUR Area Vasta 5 nel quadriennio 2013-2016**

Traini Tiziana, Milotti Michela, Luciani Daniele, Troiani Silvano

**186. Utilizzo dei social net skills nella prevenzione dei nuovi disagi giovanili**

Troiani Silvano, Pignotti Paolo, Ferracuti Martina, Cosignani Emanuela, Galeone Fabiana, Scaramucci Silvia, Simonetti Anna Laura, Traini Tiziana

**187. La dispositiovigilanza (DV) nell'AUSL di Bologna (AUSL BO): analisi delle segnalazioni nell'ottica di un sistema virtuoso**

Valastro Valentina, Cotti Fortunata, Di Sanza Giusy, Brigati Giovanni, Castelvetti Cristina, Falcone Patrizia, Ortolani Elisa, Sarchione Nicoletta, Zuccheri Paola, Borsari Morena

**188. Farmacovigilanza (FV) attiva in ambito pediatrico: collaborazione tra il dipartimento farmaceutico e L'unità Ospedaliera (UOC) di pediatria dell'AUSL di Bologna (AUSL BO)**

Valastro Valentina, Di Sanza Giusy, Lioi Flavia, Le Pera Luca, Luvieri Mara, Curatolo Arcangela, Tomczyk Barbara, Ghizzi Chiara, Borsari Morena, Lombardi Francesca

**189. Governo delle medicazioni avanzate nell'AUSL di Bologna (AUSL BO): analisi di appropriatezza ed economicità in ambito ospedaliero e territoriale**

Valastro Valentina, Falcone Patrizia, Borsari Morena

**190. Gestione dei campioni gratuiti di dispositivi medici (DM) al di fuori del contesto sperimentale presso l'AUSL-Bologna (AUSL BO): bilancio attività triennio 2013-2016**

Valastro Valentina, Falcone Patrizia, Disanza Giusy, Borsari Morena

**191. PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) del paziente con ferite difficili dell'AUSL-Bologna (AUSL BO): audit e re-audit di appropriatezza gestionale e clinica delle medicazioni avanzate in assistenza domiciliare**

Valastro Valentina, Falcone Patrizia, Magnoni Filippo, Rossi Alessandra, Ravaldi Roberta, Zoni Evita, Descovich Carlo, Borsari Morena

**192. La ricerca clinica al Mauriziano di Torino: ieri, oggi... e domani?**

Vitale Arianna, Fruttero Claudia, Marengo Chiara, Gasco Annalisa, Arione Roberto, Silvio Falco

**193. Le competenze del coordinatore infermieristico e il suo vissuto: studio fenomenologico**

Vitali Daiana, Dignani Lucia, Lucertini Carla, Toccaceli Andrea, Pelusi Gilda

**194. Uno studio pilota per rilevare modifiche della performance fisica in pazienti anziani istituzionalizzati affetti da sarcopenia utilizzando la definizione e l'algoritmo definiti dall'EWGSOP (European Working Group on Sarcopenia in Older People)**

Zanini Milko, Bagnasco Annamaria, Catania Gianluca, Aleo Giuseppe, Ripamonti Stefania, Rocco Gennaro, Stievano Alessandro, Barisone Michela, Dasso Nicoletta, Sasso Loredana

## 5. La governance dei Tempi di Attesa per promuovere un'assistenza sanitaria ad alto *value*: il modello dell'ASL TO3

Alesina Marta<sup>1</sup>, Minniti Davide<sup>2</sup>, Giacometti Marika<sup>2</sup>, Morelli Pamela<sup>2</sup>, Fasano Paola<sup>2</sup>, Angelone Lorenzo<sup>2</sup>, Bisanti Francesca<sup>2</sup>, Rebora Monica<sup>2</sup>, Boraso Flavio<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Università di Torino, <sup>2</sup>ASLTO3

**BACKGROUND** Nell'ambito delle prestazioni oggetto di monitoraggio per i tempi di attesa l'Azienda Sanitaria Locale TO3 nel 2016 ha erogato 117.855 prime visite e 111.587 esami strumentali. Solo 3 tipologie di prima visita (otorinolaringoiatria, fisiatria e ginecologica) sulle 13 sotto monitoraggio e 13 esami strumentali (mammografia, elettromiografia, tutte le TC e RM) sui 29 sotto monitoraggio riuscivano ad essere erogati nei tempi standard previsti. Sulla base di questi risultati l'ASL TO3 ha redatto, come azienda capofila di concerto con le Aziende Ospedaliere afferenti all'Area Omogenea Torino Ovest, il Programma di Area per il Governo dei Tempi di Attesa e la programmazione delle relative azioni.

**OBIETTIVI** Il programma prevede obiettivi di implementazione e modulazione dell'offerta sanitaria e di contenimento della domanda inappropriata finalizzati all'aumento del *value* delle prestazioni ed alla riorganizzazione del processo prescrittivo in modo che sia aderente al modello LEAN.

**METODI** Le linee di intervento avviate consistono in: - riorganizzazione degli slot di agende, - ampliamento del numero di prestazioni ambulatoriali offerte (in particolare per le prestazioni erogate sotto la media regionale), - aggiornamento dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) tra i professionisti ospedalieri e territoriali, - governance dell'appropriatezza prescrittiva (anche in termini di classi di priorità attraverso la condivisione e diffusione dei Raggruppamenti di Attesa Omogenei), - creazione di cruscotti di monitoraggio - interventi di formazione e aggiornamento del personale. Parallelamente sono stati avviati due monitoraggi: a) valutazione dell'impatto delle liste di attesa sulla rinuncia alle cure in relazione alle variabili socio-economiche e culturali per verificare come i tempi di attesa influiscano sull'accessibilità alle cure. b) verifica della relazione tra tempi di attesa, domanda sanitaria e tipologia di erogatore (pubblico o privato accreditato e mobilità sanitaria).

**RISULTATI** In ambito aziendale si è assistito al miglioramento dei tempi di attesa ed è stato invertito il trend di 8 tipologie di visite (2 delle quali hanno raggiunto tempi standard di erogazione) e 5 esami strumentali. Presso l'Ospedale di Rivoli sono migliorate 9 tipologie di visite sulle 10 erogate grazie al lavoro aggiuntivo di analisi e ristrutturazione delle agende. Nel mese di ottobre 2017, 37 prestazioni su 42 sono state erogate nei tempi standard in almeno un ambulatorio tra i 4 ospedalieri e 23 territoriali. -Il numero di prestazioni erogate è aumentato grazie all'efficientamento dell'attività ambulatoriale (riorganizzazione delle agende, diminuzione degli appuntamenti mancati senza disdetta grazie al servizio di recall, overbooking) ed all'uso del Fondo attività istituzionale (ex decreto Balduzzi) per erogare prestazioni aggiuntive; -Sono stati aggiornati i PDTA di Diabete Mellito, Scompenso Cardiaco e Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva; ciò ha permesso la costruzione di percorsi dedicati ai pazienti cronici evitando i ritardi nei follow-up e sostenendo il percorso di presa in carico ospedale-territorio; -È stata istituita una procedura volta a correggere i comportamenti di inappropriata prescrittiva che prevedeva il coinvolgimento della Direzione Aziendale, dei professionisti ospedalieri e territoriali; -È stato creato un sistema di cruscotti dedicato al monitoraggio dei tempi di attesa ed alla valutazione della saturazione delle agende. Inoltre, presso il Presidio Ospedaliero di Rivoli è stato avviato un progetto pilota che ha previsto il processo di verifica e correzione delle agende e che ha condotto a risultati ulteriormente migliorativi.

**LIMITI** Tra i limiti del modello, a cui si sta lavorando per migliorare il monitoraggio, vi è il mancato rilevamento della spesa out-of-pocket sostenuta dai pazienti per le prestazioni erogate in regime privatistico. Inoltre, a causa dell'attuale limitatezza di dati, non è stato possibile rilevare correlazioni significative sull'impatto delle liste di attesa sulla rinuncia alle cure per condizioni socio-economiche e culturali.

**CONCLUSIONI** L'implementazione del modello organizzativo è stato migliorativo in termini di sostenibilità dell'assistenza sanitaria rendendo LEAN i percorsi di presa in carico dei pazienti. Si è ottenuto un aumento del *value* a diversi livelli: -migliorando la dimensione allocativa grazie allo spostamento di risorse da visite di controllo a prime visite e da prestazioni di minore *value* ad altre di maggiore; -creando dei percorsi interaziendali per le prestazioni sotto monitoraggio con le Aziende Ospedaliere dell'Area Omogenea Torino Ovest. -perfezionando la dimensione tecnica del *value*, grazie al miglioramento dell'appropriatezza (a parità di consumi di risorse migliorano gli outcomes di salute) -lavorando sulla dimensione individuale del *value* che è migliorata grazie all'istituzione di PDTA che garantiscono una presa in carico dei pazienti, con follow-up nei tempi previsti dalle Linee Guida.

**Autore per la corrispondenza:** Alesina Marta – Università degli Studi di Torino – Email: marta.alesina@unito.it

## 6. Ustioni da acido: donne sfregiate nell'animo

Amadio Romina, Amadio Mariella, Angelini Valentina, Capecchi Ilaria, Traini Tiziana

*Laurea in Infermieristica*

**BACKGROUND** Negli ultimi 4 anni si è assistito ad un aumento del 120% degli attacchi con l'acido. In Italia si è passati dagli 8 casi registrati nel 2013 ai 27 dello scorso anno. Procurarsi l'acido è semplicissimo senza che nessuno avanzi sospetti.

**OBIETTIVI** Lo scopo è quello di offrire un quadro generale sul percorso diagnostico terapeutico e psicologico che la donna sfregiata deve fronteggiare. Ciò mostrando competenze sia tecniche che relazionali che l'infermiere adotta.

**METODI** Consultazione delle ultime evidenze scientifiche tramite l'utilizzo di banche dati e testi.

**RISULTATI** L'aggressione con acido provoca ustioni che vanno trattate tempestivamente (golden hour) per ridurre mortalità e complicanze. È emerso che diluire la sostanza chimica attraverso un lavaggio copioso e l'evitamento di ghiaccio sulla parte lesa siano di fondamentale importanza per arrestare la progressione dell'ustione. Il protocollo da utilizzare sarà lo stesso usato nei politraumi, quindi l'ABCDE. Si susseguono poi le varie fasi: la fase d'emergenza nella quale viene valutata l'estensione della lesione con la regola del 9, andrà supportata la funzione respiratoria con una ventilazione non invasiva a pressione positiva (NPPV) efficace per evitare l'intubazione. Contemporaneamente si provvederà a prevenire l'ipotermia usando coperte termiche e infondendo fluidi caldi. A tal proposito si useranno colloidi come l'albumina anziché cristalloidi per permettere una buona perfusione degli organi vitali e quindi prevenire lo shock ipovolemico. Nella fase acuta si procederà all'antisepsi della lesione tramite l'utilizzo del miele rispetto alla sulfadiazina d'argento poiché è risultato efficace nella guarigione e nel rendere sterili le ferite infette. Una strategia per prevenire l'infezione è l'isolamento del paziente per inattivare la sorgente d'infezione e per interrompere la catena di trasmissione. Di fondamentale importanza è la somministrazione di nutrienti per il supporto nutrizionale: si è riscontrato come l'EN abbia maggiori vantaggi rispetto alla parenterale. Nella fase di riabilitazione si avranno trattamenti volti a diminuire la rigidità articolare e muscolare prevenendo le contratture cicatriziali e ricercando una distendibilità per prevenire gli esiti funzionali. I silicon gel mantengono la cute in allungamento contrastando la contrazione della cicatrice offrendo ottimi risultati. Molto importante è l'impatto psicologico dopo il trauma. La donna fa una valutazione negativa di sé provando imbarazzo, vergogna, sensazioni di vuoto, demoralizzazione rischiando un disturbo post traumatico da stress: i ricordi saranno solo quelli della violenza subita, proverà rabbia verso l'aggressore e cercherà di evitare gli stimoli associati al trauma. L'umore della donna sarà alterato poiché vedrà un'immagine di sé modificata che la condurrà ad una bassa autostima, ansia e paura. Ciò può provocare depressione e isolamento. Le strategie da attuare sono l'accettazione di sé, la consapevolezza della nuova vita e l'uso dell'umorismo. Si è riscontrato che l'evitamento del ricordo traumatico, ha sviluppato nella donna, comportamenti nevrotici e aggressivi con uno stato di salute basso, mentre chi si è adattato alla situazione, ha dimostrato ottimismo nell'affrontare i problemi con conseguenti esiti favorevoli. L'outcome atteso dalle diagnosi infermieristiche come ansia, disturbo dell'autostima e dell'immagine corporea sarà l'adattamento psicosociale ai cambiamenti della vita e il ripristino del coinvolgimento sociale. Ciò è possibile garantendo comfort, empatia e rassicurazione, usando atteggiamenti non giudicanti, facendo ri-raccontare la propria storia per arrivare all'integrazione del trauma, risporla a stimoli traumatici, evidenziando punti di forza, promuovendo terapie di gruppo, aiutandola ad adattarsi e infondendo fiducia e coraggio, aiutarla a passare dalla posizione di vittima a quella di persona fortificata. L'infermiere ha la possibilità di potenziare la resilienza psicologica attraverso la stimolazione di emozioni positive, ascolto e incoraggiamento.

**LIMITI** Mancata elaborazione di strumenti per la divulgazione al cittadino.

**CONCLUSIONI** Data l'evidente diffusione del fenomeno, il personale dovrebbe essere formato per assistere e agire su questo trauma. Si dovrebbero attuare dei corsi di aggiornamento per far conoscere a tutti i professionisti sanitari le procedure da attuare in caso d'aggressione e predisporre, strumenti (es: opuscoli informativi) con lo scopo di diffondere informazioni e illustrare al singolo cittadino come comportarsi in tali casi. Sarebbe opportuna una più rigorosa normativa nella libera vendita di queste sostanze al fine di combattere questo fenomeno sociale dilagante.

**Autore per la corrispondenza:** Valentina Angelini – Infermiere – Email: valentinaananche@gmail.com

## 7. Prendersi cura della persona con diabete: uno studio osservazionale sull'evoluzione della malattia

Andreucci Marida<sup>1</sup>, Traini Tiziana<sup>1</sup>, Amadio Mariella<sup>2</sup>, Galiffa Maria Laura<sup>1</sup>, Troiani Silvano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno, ASUR - Area Vasta N. 5

**BACKGROUND** Il diabete è una patologia cronica largamente diffusa nel mondo e destinata ad aumentare nel prossimo futuro sia per il progressivo invecchiamento della popolazione, che per la maggior ricorrenza delle condizioni di rischio determinanti l'insorgenza. È una malattia cronica caratterizzata dalla presenza di elevati livelli di glucosio nel sangue (iperglicemia) dovuta ad una ridotta quantità o ad un'alterata funzione dell'insulina. L'insulina è l'ormone, prodotto dal pancreas, che consente al glucosio l'ingresso nelle cellule e il suo conseguente utilizzo come fonte energetica. Quando questo meccanismo viene meno, il glucosio si accumula nel circolo sanguigno e nel lungo periodo, porta allo sviluppo di complicanze croniche che ne rappresentano il vero danno ad elevato impatto socio-economico oltre che umano. Le complicanze croniche riguardano diversi organi e tessuti, tra cui occhi, reni, cuore, vasi sanguigni e nervi periferici (retinopatia diabetica, nefropatia diabetica, malattie cardiovascolari, neuropatia diabetica, piede diabetico). La strategia migliore per arrestare questa epidemia, è la PREVENZIONE delle complicanze, essendo il diabete una malattia curabile ma non guaribile.

**OBIETTIVI** Osservare l'andamento della malattia nel tempo. Lo sviluppo delle complicanze, la relativa aderenza dei pazienti agli interventi preventivi in modo particolare a quelli educativi e diagnostici.

**METODI** Lo studio di tipo osservazionale ha preso in considerazione pazienti presi in cura dal reparto di Diabetologia dell'area vasta 5, all'esordio della patologia, nel periodo compreso tra gennaio e ottobre 2017. Lo studio è stato condotto consultando i dati afferenti nel database presente nel U.O. di riferimento: dati anagrafici aderenza agli screening di prevenzione, andamento del compenso glicemico.

**RISULTATI** In totale lo studio è stato effettuato su 62 pazienti di cui 36 uomini e 26 donne con un'età media di 68 anni (60% sesso maschile e 40% sesso femminile). Il 43% dei pazienti ha sviluppato almeno una micro o macro complicanza, il 57% non ha sviluppato complicanze. Tra le complicanze sviluppatesi si sono evidenziate per il 33% le retinopatie, per il 40% le neuropatie, per il 33% le arteriopatie e per il 37% le nefropatie. Lo studio inoltre ci ha permesso di osservare l'aderenza di questi pazienti agli screening di prevenzione e ai corsi educativi: si sono distinti 3 gruppi. Del primo gruppo fanno parte i pazienti che hanno aderito regolarmente allo screening di prevenzione, ai corsi di prevenzione e cura del piede ed è colui che ad oggi non ha sviluppato complicanze croniche (35 soggetti). Il secondo gruppo comprende pazienti che non hanno seguito regolarmente gli screening di prevenzione e a distanza di 10 anni hanno sviluppato complicanze (13 soggetti). Nell'ultimo gruppo sono compresi coloro che hanno aderito regolarmente agli screening di prevenzione ma hanno sviluppato comunque complicanze (14 soggetti).

**LIMITI** Il limite dello studio è rappresentato dal campionamento di convenienza.

**CONCLUSIONI** Alla luce dei dati rilevati dallo studio osservazionale effettuato, si deduce che le complicanze croniche affliggono il 43% dei pazienti affetti da diabete. Tale percentuale conferma l'entità della patologia in termini clinici, sociali ed economici, inoltre evidenzia la necessità di effettuare efficaci e mirati programmi di prevenzione ed una sorveglianza continua dei pazienti. Dai dati emersi risulta inoltre essere di fondamentale importanza, l'attuazione di strategie che sottolineino e verifichino la corretta comprensione della gravità e degli accorgimenti che il soggetto con le complicanze deve necessariamente seguire prima che esse creino danni e influiscano massivamente sullo stile e qualità di vita.

**Autore per la corrispondenza:** Andreucci Marida – Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno –  
Email: m.andreucci@pm.univpm.it

## 8. La gestione del dolore in pronto soccorso: studio osservazionale descrittivo retrospettivo

Andreucci Marida<sup>1</sup>, Traini Tiziana<sup>1</sup>, Amadio Mariella<sup>2</sup>, Raggiunti Fabiana<sup>1</sup>, Troiani Silvano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno, <sup>2</sup>ASUR - Area Vasta N. 5

**BACKGROUND** Il dolore è il sintomo più frequente nei pazienti che si presentano al Pronto Soccorso, nonostante ciò nei dipartimenti di emergenza si osserva un'elevata prevalenza di oligoanalgesia, ovvero l'insufficiente riconoscimento e/o trattamento del dolore (Pennacchio et al. 2012). Secondo la normativa sull'ospedale senza dolore (Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, n° 149 del 29 Giugno 2001), esso viene considerato come un parametro vitale al pari degli altri segni vitali, quali la frequenza cardiaca, la temperatura corporea, la pressione arteriosa, fondamentali nella valutazione clinica della persona. Nonostante ciò, il dolore continua ad essere una misura alla quale non viene riservata un'adeguata attenzione, sebbene sia stato dimostrato scientificamente quanto la sua presenza risulti essere invalidante dal punto di vista fisico, sociale ed emozionale. La scala di valutazione numerica N.R.S. è quella più utilizzata in triage e darebbe l'opportunità agli infermieri di migliorare la qualità dell'accertamento del dolore (Rinaldi et al. 2013). Da uno studio effettuato nel 2014, dove sono stati coinvolti 46 ospedali di 15 Regioni dal Tribunale per i diritti del malato e Cittadinanzattiva, è emerso che solo nel 36% dei casi gli infermieri possono somministrare analgesici per dolore moderato al triage. A tal proposito, dalle Linee Guida Intersocietarie Italiane emanate dalla Società Italiana di Medicina di Emergenza e Urgenza, si evince chiaramente che è indispensabile un'accurata valutazione del paziente, una tempestiva e appropriata analgesia, un frequente monitoraggio ed una rivalutazione del dolore. Una possibile soluzione è la definizione di protocolli condivisi nei quali l'infermiere ha un ruolo attivo all'interno del processo che va dalla valutazione del dolore, al trattamento e al monitoraggio (Fortini et al. 2008).

**OBIETTIVI** Individuare l'adesione da parte del personale infermieristico al protocollo del dolore, determinare il numero di somministrazioni di antidolorifici al triage e valutare il timing tra la valutazione del dolore e l'analgesia.

**METODI** È stato condotto uno studio osservazionale, descrittivo, retrospettivo, sui pazienti afferiti all'U.O. di Pronto Soccorso del P.O. Madonna del Soccorso di San Benedetto del Tronto, nel periodo compreso tra novembre 2016 e ottobre 2017. I dati raccolti tramite il Centro Elaborazione Dati del presidio in esame sono stati analizzati in forma anonima tramite il programma Microsoft Excel. Sono stati inclusi nello studio i pazienti con un dolore medio severo (scala N.R.S. = 6) che presentavano le seguenti patologie: lombalgia, lombosciatalgia, sacroileite, dolori artrosici con o senza versamento articolare, dolore neuropatico da Herpes Zoster, dolore colico in paziente con nota litiasi renale e frattura isolata. Sono stati esclusi dallo studio invece i pazienti con età < 14 anni, con dolore toracico, grave epatopatia, dolore addominale, emorragia in atto, pazienti in gravidanza accertata o presunta, pazienti con parametri vitali instabili, con allergia al paracetamolo o ai FANS.

**RISULTATI** Il campione analizzato è di 2062 pazienti, il 50.6% non ha ricevuto l'analgesia prevista dal protocollo mentre il 49.4% l'ha ricevuta. Dei 1018 pazienti ai quali è stato somministrato l'antidolorifico solo il 9.9% ha ricevuto una rivalutazione del dolore da parte dell'infermiere al restante 90.1% non è stato monitorato l'andamento del sintomo. Per quanto riguarda il timing tra la rilevazione del dolore e l'analgesia, i risultati sono buoni, poiché il 42.7% e il 27% del campione ha avuto dei tempi di attesa rispettivamente < 1 minuto e < 5 minuti, mentre solo l'1.9% ha atteso più di un'ora.

**LIMITI** Un limite dello studio è rappresentato da quei pazienti non in grado di quantificare il dolore.

**CONCLUSIONI** La percentuale di adesione del personale infermieristico al protocollo non è risultato rilevante, poiché non raggiunge livelli sorprendenti. Solo su una piccola percentuale del campione che ha ricevuto l'analgesia, si rileva una corretta applicazione del protocollo, che comprende inizialmente la somministrazione di Paracetamolo 1000 mg endovena o per via orale e successivamente una rivalutazione del dolore dopo i 30 minuti dall'assunzione del farmaco. La definizione di un protocollo condiviso ha messo in evidenza una notevole riduzione del tempo che intercorre tra la misurazione del dolore al triage e l'impiego di analgesici. La gestione precoce del dolore acuto all'interno del Pronto Soccorso del P.O. Madonna del Soccorso è risultata in linea con gli studi consultati. Sarebbe opportuno per il futuro puntare sulla formazione specifica per la figura infermieristica in materia di gestione del dolore, per un trattamento adeguato e precoce al triage.

**Autore per la corrispondenza:** Andreucci Marida – Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno –  
Email: m.andreucci@pm.univpm.it

## 9. La pet therapy come co-terapia per il bambino ospedalizzato: una revisione della letteratura

Andreucci Marida, Traini Tiziana, Ciotti Giulia, Amadio Mariella, Troiani Silvano

*Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno*

**BACKGROUND** L'allontanamento dall'ambiente familiare e la separazione dai genitori provocano nei bambini in ospedale disturbi del comportamento. Per la prima volta, si parla di trauma per il bambino legato all'ospedalizzazione e ciò crea una maggiore sensibilizzazione circa la condizione dello stesso e una maggiore comprensione del "prendersi cura", tenendo conto delle implicazioni psicologiche, del ricovero, della separazione dalla famiglia. Per agevolare un cambiamento sostanziale nel ricovero del bambino e per cercare di garantire durante lo stesso la serenità da lui meritata si sviluppano in tutta Europa e non solo numerose co-terapie. Tra queste la pet therapy risulta essere un valido aiuto a tutto il personale sanitario ma soprattutto all'infermiere per ridurre o prevenire il trauma da ricovero che si genera nel paziente pediatrico e per raggiungere specifici obiettivi di salute. La pet therapy comprende una serie di interventi di tipo educativo e terapeutico di vario genere che hanno come elemento comune l'impiego di un animale da compagnia e indica una serie complessa di utilizzi del rapporto uomo-animale come supporto ai tradizionali metodi di cura. Con il D. Lgs del 6 febbraio 2003 la pet therapy viene riconosciuta come co-terapia all'interno del SSN.

**OBIETTIVI** Valutare se esistono vantaggi con l'aiuto della co-terapia delle PET THERAPY che impattano sul benessere fisico e psichico del bambino ospedalizzato.

**METODI** Lo studio è stato condotto effettuando una revisione della letteratura specifica. Gli articoli sono stati ricercati nel database Pubmed e attraverso il motore di ricerca Google Scholar. La metodologia di ricerca ha avuto inizio con la formulazione del quesito clinico attraverso l'utilizzo del metodo PICOM. La ricerca degli articoli è stata ristretta a studi effettuati negli ultimi 5 anni. Nel corso del lavoro anche studi più datati sono stati inclusi in quanto ritenuti validi e rispondenti al quesito in oggetto. Sono stati selezionati 31 articoli e revisionati 22

**RISULTATI** Gli studi sono stati effettuati su bambini ricoverati in ospedale in reparti come l'oncologia, terapia intensiva, neuropsichiatria, riabilitazione e pediatria. Dei 22 articoli revisionati, 8 contenevano studi sperimentali, 4 studi pilota, 3 studi descrittivi, 2 non avevano caratteristiche specificate, 3 contenevano studi su un singolo caso, 1 era uno studio quantitativo e un altro un'indagine pilota. 15 studi sono stati condotti per valutare l'efficacia che la Pet Therapy può avere sul benessere del bambino ospedalizzato mentre 6 hanno svolto una comparazione tra Pet Therapy e altre attività, per valutare se tramite le AAT (terapie assistite con gli animali) si riuscissero a raggiungere risultati maggiormente positivi durante il ricovero rispetto al solo utilizzo di metodi convenzionali. L'indagine qualitativa reperita ha voluto indagare quanti ospedali specializzati in oncologia pediatrica sfruttassero la co-terapia della Pet therapy e, inoltre, valutarne l'efficacia sui pazienti pediatrici. In 20 articoli gli animali protagonisti che hanno svolto la funzione di co-terapeuti per i bambini sono stati i cani, in uno i pony e in un altro gli asini.

**LIMITI** Esclusione di 9 articoli non rispondenti a criteri stabiliti.

**CONCLUSIONI** Dalla revisione è emerso che la Pet Therapy è riuscita a dare un aiuto tangibile ai piccoli pazienti, agli infermieri e a tutto il personale operante nell'ospedale. Dai risultati di queste indagini si è evinto che la Pet Therapy può diventare, quando è possibile, un connubio con l'assistenza infermieristica e medica. L'interesse suscitato da questa co-terapia in ambito di salute è cresciuto sempre di più negli ultimi anni e, sia in Italia che all'estero, si è potuta riscontrare un'applicazione sempre crescente dell'utilizzo degli animali come aiutanti preziosi per la cura di diverse patologie a tutte le età. Appare rilevante come all'interno dell'equipe oltre che alla figura medica anche l'infermiere ha un ruolo attivo nella pet therapy: partecipa a corsi ECM sul medesimo tema, partecipa alla creazione di procedure, protocolli e linee guida frutto dell'applicazione territoriale delle attività, è altresì parte attiva dell'equipe nella valutazione dell'appropriatezza degli interventi assistiti con gli animali sulla base delle indicazioni sanitarie e psico-relazionali fornite dal medico e dallo psicologo del paziente.

**Autore per la corrispondenza:** Andreucci Marida – Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno –  
Email: m.andreucci@pm.univpm.it

## 10. Fast track: realtà a confronto in un sistema a divenire, un'analisi comparativa

Andreucci Marida, Traini Tiziana, Gaspari Sara, Troiani Silvano

*Università politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno*

**BACKGROUND** Il Fast Track è il metodo modello di gestione degli accessi non urgenti più spesso descritto e applicato negli ultimi 30 anni. Si tratta di unità operative afferenti al DEA ma da esso fisicamente separate. Lo staff dedicato è composto da medici ed emergency nurse practitioners (ENPS), questi ultimi sono infermieri con una formazione specifica avanzata, lavorano in maniera autonoma ma in caso di necessità si possono avvalere della consulenza del personale medico del DEA. Il Fast Track prevede la dimissione diretta del paziente da parte dello specialista ad esclusione dei casi non risolvibili con questa modalità ma che necessitano della presa in carico del problema clinico da parte del medico dell'emergenza.

**OBIETTIVI** Effettuare un'analisi comparativa dei protocolli di gestione e dei dati raccolti risultanti dall'attività dell'Unità Operativa di Pronto Soccorso degli ospedali della Regione Marche e della Regione Toscana.

**METODI** Lo studio è stato condotto realizzando dapprima una ricerca sui protocolli di Fast Track in uso nella Regione Toscana consultando il sito del GFT (Gruppo Formatori Triage) e successivamente, previa autorizzazione delle autorità competenti, una ricerca sui protocolli in vigore nell'Area Vasta della Regione Marche, contattando i vari PS. La raccolta dei dati delle attività di Pronto Soccorso sottoposte ad analisi è stata effettuata utilizzando il programma First Aid, tramite il quale si effettua il Triage, la presa in carico del paziente, la registrazione delle attività diagnostico terapeutiche, la dimissione e il referto del PS.

**RISULTATI** Dallo studio effettuato è emerso che in entrambe le Regioni prese in esame, il fenomeno della forte prevalenza dei codici di minore gravità è evidente, l'80% degli accessi viene classificato con livelli di bassa priorità (Azzurri e Bianchi tra il 16 e il 32%) o media (codici verdi tra il 40 e il 66%). Se si prendono in esame i PS pediatrici (1 solo Ps pediatrico presente nella Regione Marche) le percentuali raggiungono anche il 90%. I protocolli di Fast Track attivi nei Ps della Regione Marche sono attualmente 5: radiologico piccoli traumi, otorino, oculistico, ostetrico/ginecologico, pediatrico. Dopo una prima valutazione effettuata dall'infermiere Triagista, nel caso emerga una competenza monospecialistica, l'utente viene indirizzato nei diversi percorsi dove viene effettuata la visita specialistica e nel caso del FT radiologico anche un preventivo esame strumentale. La chiusura della pratica al momento viene effettuata dal medico di PS. Nei PS della Regione Toscana, invece sono 9: ortopedico, pediatrico, oculistico, otorinolaringoiatrico, urologico, ostetrico-ginecologico, dermatologico, odontostomatologico, cardiologico. I percorsi sono attivati dall'infermiere Triagista che opera secondo protocolli. I protocolli si configurano come PDTA, caratterizzati in particolare da azioni/passaggi la cui sequenza di realizzazione deve essere quanto più possibile automatica. I percorsi di FT sono generalmente fruibili in orari definiti e fortemente raccomandati quando sussistono le condizioni per una copertura di almeno 8 ore per tutti i gironi della settimana.

**LIMITI** Il limite dello studio è rappresentato dal campionamento di convenienza.

**CONCLUSIONI** Dall'analisi dei dati raccolti e dai protocolli consultati durante gli studi, è emersa una rilevante disparità nel sistema operativo di Fast Track tra la Regione Marche e la Regione Toscana. Confrontando le due realtà infatti, si riscontra una maggiore funzionalità e varietà di tipi di Fast Track attivi nella Regione Toscana. Grazie al maggior sviluppo del metodo FT esteso su più settori specialistici e a una maggiore organizzazione interna, la Toscana, si classifica fra le regioni italiane ai primi posti della graduatoria riguardante il miglior funzionamento di questo modello. Nonostante sia un'opportunità concreta per i cittadini e un percorso formativo valorizzante le competenze infermieristiche, il FT nella Regione Marche non è ancora parte integrante dell'organizzazione del dipartimento di emergenza come dovrebbe e non ha ancora raggiunto quell'organizzazione tale da permettergli un funzionamento ottimale. La Regione Marche infatti essendosi approcciata in tempi più recenti a questa moderna metodica lavorativa ed avendo una disponibilità di risorse minore, stenta ancora oggi a farsi strada in maniera globale nel suo completo sviluppo.

**Autore per la corrispondenza:** Andreucci Marida – Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno –  
Email: m.andreucci@pm.univpm.it



## 11. Ambulatorio infermieristico di pronto soccorso e fast track: uno studio osservazionale

Andreucci Marida, Traini Tiziana, Maiomasci Maria Grazia, Troiani Silvano

*Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno*

**BACKGROUND** Da diversi anni il problema maggiore dei Pronto Soccorso italiani è l'overcrowding (sovraffollamento), dovuto ad un uso spesso improprio di tali strutture. Questo comporta il rischio di incorrere in un rialzo della percentuale di malpractice (non corrispondenza con gli standard minimi di assistenza), dovuto alla maggiore pressione sul team sanitario ed al minor tempo a disposizione per ciascun paziente. Il fast-track percorso veloce a gestione infermieristica si è rivelato uno strumento utile al triage infermieristico. Questo grazie alla presenza di protocolli validati dall'azienda, permette all'infermiere di inviare direttamente allo specialista e/o diagnostica gli utenti con lesioni e/o patologie minori al fine di accelerarne il percorso diagnostico. Al percorso di fast-track si è affiancato un progetto sperimentale che prevede l'introduzione di un ambulatorio infermieristico di PS ispirato al modello inglese del "See and Treat" (vedi e tratta), dove all'infermiere esperto viene conferita la possibilità di gestire in maniera autonoma una parte ben definita e categorizzata di problematiche minori.

**OBIETTIVI** Lo scopo dell'indagine è valutare l'efficacia dell'introduzione dell'ambulatorio infermieristico e dei fast track per la gestione dei codici minori, nel raggiungimento di una riduzione dei tempi di attesa.

**METODI** È stato condotto uno studio osservazionale descrittivo sul progetto sperimentale che ha introdotto l'ambulatorio infermieristico di Pronto Soccorso ed i Fast Track nell'ospedale civile di San Benedetto del Tronto nel periodo compreso tra ottobre 2016 e ottobre 2017. I dati sono stati ricavati dal programma in uso nell'UO e sono stati suddivisi sia per codice di priorità (verdi e bianchi), sia per criteri di inclusione ed esclusione nei percorsi fast-track. Dallo stesso programma da cui sono stati ricavati i suddetti dati sono stati ricavati anche i tempi di attesa relativi alle patologie per le quali sono previsti i fast track e confrontati con quelli prime dell'introduzione di tali percorsi agevolati.

**RISULTATI** Nel periodo preso in esame, sul totale di accessi in PS, il 37% sono stati inclusi nel percorso fast-track. Questo ha permesso al personale medico ed infermieristico di concentrarsi sui casi che richiedono maggiore attenzione ed ha contribuito al mantenimento degli standard di efficienza della struttura. Sul totale dei traumi giunti in PS, il 41% di essi sono stati gestiti con il percorso fast track per la piccola traumatologia, pertanto vengono presi in carico dall'infermiere dell'ambulatorio infermieristico che richiede l'esecuzione dell'esame radiografico prima che venga effettuata la visita di Pronto Soccorso. Da tale studio si è evinto anche che l'attività dell'ambulatorio infermieristico verte principalmente sulla somministrazione della terapia endovenosa, sulle medicazioni e sulla rimozione dei punti di sutura. Inoltre l'infermiere dell'ambulatorio infermieristico, in veste di "facilitatore della comunicazione", è risultato importante per gli utenti che si sono rivolti a lui per chiedere informazioni sull'iter diagnostico. Il 92% degli assistiti si sono dimostrati soddisfatti delle informazioni ricevute dall'infermiere dedicato all'ambulatorio che si è rivelato un punto di riferimento per gli stessi. Per quanto riguarda invece i tempi di attesa, dallo studio si evince che dopo l'introduzione dei fast track si ha una diminuzione del tempo medio di attesa pari a circa 70 minuti, raggiungendo così l'obiettivo per il quale sono stati istituiti.

**LIMITI** Un limite dello studio è rappresentato dall'orario ridotto a 6 ore (8/14 escluso festivi) dell'attivazione dell'ambulatorio infermieristico.

**CONCLUSIONI** I risultati dello studio hanno messo in evidenza l'importanza della presenza, nei Pronto Soccorso, dell'ambulatorio infermieristico nell'area denominata "See and Treat", nel quale vengono gestiti i codici di priorità minore (35% codici bianchi e verdi). Esso contribuisce alla realizzazione di un modello assistenziale più dinamico adeguato ai bisogni di salute degli assistiti e riduce i tempi di attesa, portando grande vantaggio sia per gli utenti che per la struttura stessa. Inoltre il progetto nel perseguire i suoi obiettivi ha anche portato alla valorizzazione della professione infermieristica passando da un apporto prevalentemente collaborativo ad un fase operativamente autonoma.

**Autore per la corrispondenza:** Andreucci Marida – Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno –  
Email: m.andreucci@pm.univpm.it



## 12. Trauma maggiore in DEA: studio osservazionale retrospettivo

Andreucci Marida, Traini Tiziana, Troiani Silvano, Autunni Eleonora

*Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno*

**BACKGROUND** Il trauma maggiore è un evento che determina lesioni singole o multiple di entità tale da consentire un pericolo per la vita del paziente. Le lesioni sono vitali quando, in breve tempo, determinano grave insufficienza d'organo (insufficienza respiratoria, cardiocircolatoria e neurologica con stato di coma associato o lesioni di tipo mielico con deficit respiratorio e instabilità emodinamica). Ad oggi risulta che una percentuale elevata di traumatizzati gravi presenta una compromissione delle funzioni vitali già evidenti sul luogo dell'evento, un terzo di essi viene rinvenuto in coma e richiedono da parte dei soccorritori l'esecuzione di manovre mirate a garantire la respirazione e l'ossigenazione. Per misurare la gravità e gli esiti del trauma si utilizzano scale per poter pianificare e valutare i processi di cura. Le scale utili a quantificare la gravità e complessità di un paziente traumatizzato sono Abbreviated Injury Scale (AIS) e Injury Severity Score (ISS). La Revised Trauma Score (RTS) e la Glasgow Coma Scale (GCS) vengono utilizzate per valutare la risposta fisiologica del paziente e le sue condizioni cliniche dopo il trauma. La Glasgow Outcome Score (GOS) valuta invece le disabilità post-traumatiche.

**OBIETTIVI** Analizzare l'efficacia del trattamento nel DEA al paziente con trauma maggiore in base ai protocolli esistenti presso l'Area Vasta 5 ed affermare l'esistenza di una relazione tra due variabili: tempo di permanenza nella struttura ospedaliera e punteggio GCS (Glasgow Coma Scale).

**METODI** Lo studio è stato condotto nel periodo che va da novembre 2016 a febbraio 2017 consultando n. 16 cartelle cliniche provenienti dal Pronto Soccorso dell'Azienda Sanitaria presa in esame. Di queste cartelle ne sono state selezionate 5 perché presentavano tutti i criteri di inclusione (data, tipo di trauma, età, sesso, diagnosi d'ingresso, codice di gravità di accesso in PS, punteggio GCS e tempo di permanenza e/o eventuale ricovero presso l'unità operativa Dea). Tutti i pazienti hanno in comune la stessa diagnosi d'ingresso e la stessa priorità di accesso alle cure mediche (codice rosso).

**RISULTATI** Le cinque cartelle prese in considerazione includono pazienti esclusivamente di sesso maschile, di età compresa tra i pochi mesi di vita e oltre i 60 anni di età. Il punteggio relativo alla GCS assegnato, varia da un minimo di 3 a un massimo di 15. Le giornate di ricovero alle quali sono state costrette le vittime dei traumi sono state nella maggior parte dei casi superiori a 40. Soltanto nell'unico caso di un bambino con età inferiore ad un anno, le giornate di degenza si sono limitate alla prima, poiché è stato successivamente trasferito presso altra struttura di alta specializzazione della regione. Prendendo in considerazione i parametri quali GCS e le giornate di ricovero post-acuzie, si è ipotizzata una correlazione tra le due variabili indipendenti. Il risultato suggerisce che c'è correlazione tra le due variabili prese in considerazione nello studio.

**LIMITI** I limiti dello studio si sono riscontrati nell'esclusione di 11 cartelle cliniche inutilizzabili per incompletezza dei dati utili ai fini dell'indagine.

**CONCLUSIONI** Lo studio, avente lo scopo di analizzare l'efficacia del trattamento in Dea al paziente con trauma maggiore, ha mostrato una possibilità concreta che ci sia correlazione tra le due variabili indipendenti prese in esame (Glasgow Coma Scale e le giornate di degenza post-trauma). Una buona organizzazione del sistema sanitario per l'assistenza al traumatizzato, sia sul territorio sia all'interno della struttura ospedaliera, porta ad un'assistenza di alta qualità con la riduzione in modo significativo della mortalità e un forte miglioramento degli esiti del paziente con trauma grave. Inoltre, il fattore tempo e la qualità della risposta alle situazioni di emergenza ed urgenza sanitaria condizionano il risultato, sia in termini di vite umane sia in termini di durata dell'ospedalizzazione o di esiti invalidanti. Si conclude questo studio mettendo in primo piano la figura infermieristica determinante nel ruolo fisico, psicologico e preventivo del soggetto traumatizzato e della famiglia. Ruolo fisico dell'infermiere è la tempestività, in quanto, deve assicurarsi che il paziente arrivi in condizioni stabili all'interno del presidio ospedaliero; Ruolo psicologico rivolto al sostegno della famiglia e al traumatizzato per ridurre ansia, depressione, fobie e pensieri anticonservativi; Ruolo preventivo attraverso la sensibilizzazione dei cittadini tramite campagne di prevenzione sugli incidenti domestici, stradali e sul lavoro.

**Autore per la corrispondenza:** Andreucci Marida – Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno –  
Email: m.andreucci@pm.univpm.it

### 13. Strategie di coping nell'infermiere di emergenza: studio osservazionale

Andreucci Marida<sup>1</sup>, Traini Tiziana<sup>1</sup>, Troiani Silvano<sup>1</sup>, Amadio Mariella<sup>2</sup>, Scartozzi Chiara<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno, <sup>2</sup>ASUR - Area Vasta N. 5

**BACKGROUND** Nel servizio di emergenza-urgenza, la tempestività gioca un ruolo cardine: l'infermiere deve assicurare un'assistenza di alta qualità, esprimendo pienamente le proprie potenzialità e responsabilità, nel minor tempo possibile. Tali professionisti si trovano ad operare nei contesti più svariati, potenzialmente critici, e ciò potrebbe rappresentare una minaccia per il loro benessere psicologico. Numerosi studi hanno valutato gli effetti successivi all'esposizione ad eventi critici, potenzialmente traumatici per la psiche degli infermieri che operano nel campo dell'emergenza/urgenza. L'infermiere, grazie alla propria capacità di resilienza, nel mettere in atto le giuste strategie di Coping, dovrebbe essere in grado di fronteggiare gli eventi critici. Nel momento in cui questi strumenti non vengono utilizzati o vengono utilizzate strategie considerate disfunzionali, possono presentarsi disturbi dovuti ad uno stress patologico, ed è proprio in questa fase che diventa necessario intervenire con un supporto adeguato.

**OBIETTIVI** Indagare la qualità di vita degli infermieri che svolgono la loro professione nell'area dell'emergenza-urgenza, valutare le possibili strategie di Coping utilizzate, ricercare una possibile relazione tra lo stress psicologico e l'uso di strategie di coping disfunzionale.

**METODI** Lo studio di tipo osservazionale, descrittivo, multicentrico è stato condotto nel periodo compreso tra il 1 giugno e il 30 agosto 2017, attraverso la somministrazione di due questionari somministrati a tutti gli infermieri che operano nel campo dell'emergenza, in particolare delle unità operative di PS e 118 del P.O. "C.&G. Mazzoni" di Ascoli Piceno e "Madonna del Soccorso" San Benedetto del Tronto dell'Asur Marche Area Vasta n. 5. Il primo questionario (ProQOL) indaga sulla qualità di vita di chi svolge una professione di aiuto, il secondo (COPE-NVI-25), valuta le strategie di coping utilizzate in situazioni stressanti.

**RISULTATI** All'indagine ha aderito il 91% del campione selezionato, di cui il 40% uomini e il 60% donne con un'età compresa tra i 26 e i 59 anni e un'anzianità di servizio nella professione di infermiere di emergenza/urgenza che va dai 4 mesi ai 38 anni. Analizzando i dati emersi dai due questionari, si è evinto che la Compassion Satisfaction si associa maggiormente alle strategie di Attitudine Positiva, rispetto alle altre 4 strategie di Coping, con un valore del 30%; il Burnout è invece presente per il 27% e la CompassionFatigue per il 28%. La CompassionSatisfaction supera il Burnout e CompassionFatigue anche nelle strategie di orientamento al problema, è presente infatti in questa dimensione per il 27% rispetto al 23% del Burnout e il 25% della CompassionFatigue. Nell'orientamento trascendente il Burnout supera con il 15% la CompassionSatisfaction e la CompassionFatigue, presenti entrambi per il 13%. Nelle Strategie di Evitamento, il Burnout e la CompassionFatigue si presentano ambedue per il 14% dei casi, mentre si associa ad una bassa percentuale di CompassionSatisfaction, presente solo per il 10%. Lo stesso accade nel Sostegno Sociale, dove si osserva il 21% di Burnout, il 21% di CompassionFatigue e il 20% di CompassionSatisfaction.

**LIMITI** Il limite dello studio è rappresentato dall'esclusione degli infermieri con un'esperienza di emergenza /urgenza inferiore a 3 mesi.

**CONCLUSIONI** L'impatto psicologico ed emotivo che i numerosi e imprevedibili eventi, talvolta traumatici, possono avere sugli infermieri di emergenza, rappresenta un problema che troppe volte viene messo in secondo piano, perché ritenuto meno importante in relazione alla salute dei pazienti. Lo studio ha evidenziato come, in una realtà seppur piccola come quella dei due presidi ospedalieri presi in esame, ci sia una sostanziale parte del campione non soddisfatto del lavoro che svolge e, anche se in quantità minore, ci siano infermieri ad alto rischio di Burnout e con un alto livello di CompassionFatigue, spesso scaturente da un Coping inefficace. Gli Infermieri d'emergenza fanno il massimo nel minor tempo possibile, per cercare di salvare chi in quel momento ne ha bisogno, trascurando il lato emozionale, proprio nel momento in cui, invece, sarebbe necessario un sostegno psicologico, sia esso formale, svolto da un professionista della salute, oppure informale, come un supporto tra pari. Un gruppo di pari adeguatamente formato e supervisionato da professionisti che offrano un sostegno ai colleghi in caso di incidenti critici e un Debriefing strutturato e guidato, che permetta un confronto sulle proprie sensazioni, risulterebbe utile per il raggiungimento di un miglior benessere psico-fisico ed una migliore qualità di vita professionale dell'infermiere dell'emergenza e di conseguenza, un miglioramento della qualità assistenziale.

**Autore per la corrispondenza:** Andreucci Marida – Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno –  
Email: m.andreucci@pm.univpm.it

## 14. Le conoscenze dell'infermiere su un'efficace comunicazione con il paziente: studio osservazionale descrittivo

Andreucci Marida, Traini Tiziana, Troiani Silvano, Capriotti Selena Domea

*Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno*

**BACKGROUND** Il rapporto tra paziente ed operatore sanitario manifesta carenze soprattutto a livello comunicativo. Tra gli aspetti più negativi, si sono riscontrati l'incuria, intesa come mancanza di attenzione e cura verso le persone assistite, riduzione dei tempi di contatto con i pazienti con conseguente carenza di comunicazione o al contrario la ricerca insistente del contatto anche contro il volere del paziente, comportamenti inadeguati del personale, poca pazienza e frasi poco garbate. È emerso altresì che mentre per i medici la tendenza a questi comportamenti negativi è in diminuzione, per gli infermieri è in aumento. Le carenze comunicative, in ambito sanitario, compromettono la relazione tra infermiere e paziente, pertanto si evince la necessità che l'infermiere acquisisca e/o approfondisca conoscenze ed abilità comunicative utile al raggiungimento degli obiettivi clinico-assistenziali.

**OBIETTIVI** Conoscere il livello di competenza e consapevolezza dei professionisti circa le componenti della comunicazione terapeutica efficace. Individuare i bisogni formativi rispetto alle diverse componenti coinvolte nel processo di comunicazione/relazione tra paziente ed infermiere.

**METODI** Lo studio di tipo osservazionale descrittivo misto, analizza sia aspetti quantitativi che qualitativi delle variabili esaminate. L'indagine, effettuata nel periodo compreso tra il 15/9/2017 e il 19/09/2017, è stata condotta tramite la somministrazione di un questionario a risposta chiusa suddiviso in tre aree che mirano ad indagare la percezione, l'autovalutazione e la valutazione delle conoscenze possedute riguardo la comunicazione. Ognuna delle tre parti è a sua volta suddivisa in quattro gruppi di domande ritrovabili in ogni area. Il campionamento preso in esame riguarda il personale infermieristico dell'U.O. di Dialisi dell'OC di San Benedetto del Tronto e Ascoli Piceno dell'Area Vasta n. 5 Asur Marche.

**RISULTATI** Sono stati distribuiti in totale 42 questionari e riconsegnati compilati 26, pertanto l'aderenza allo studio corrisponde al 60%. L'età del campione è rappresentata da professionisti infermieri che hanno dai 36 ai 65 anni; l'80% appartenente al sesso femminile e il 20% al sesso maschile. I dati derivanti dai questionari sono stati inseriti su un database creato con il programma Microsoft Excel e strutturato sulle quattro aree identificate per la formulazione del questionario. Nell'ambito dell'area della percezione si sono andate ad analizzare le barriere della comunicazione: il 65% del campione ha risposto che "evitare di trarre conclusioni prima che l'altro abbia finito di parlare" è buona norma per una efficace comunicazione; inoltre durante il colloquio con il paziente per il 54% del campione analizzato sarebbe opportuno "sdrammatizzare". I fattori favorenti/ non favorenti la comunicazione sono risultati invece: la posizione, il 52% dei casi utilizza la distanza interpersonale durante il colloquio, negli atteggiamenti invece, il 65% dei casi ha risposto che gesti come toccare o accudire generano un atteggiamento di fiducia nei confronti del paziente. Nell'ambito dell'area dell'autovalutazione, nella "comunicazione generale" la mediana, valutata su una scala da 0 a 4 è risultata pari a 3 (livello di conoscenza buono), nella "comunicazione terapeutica" pari a 2 (sufficiente), nel counseling pari a 2 (sufficiente), sulle tecniche di comunicazione nella relazione d'aiuto pari a 2 (sufficiente). Infine andando ad indagare la valutazione delle conoscenze possedute nelle stesse aree, nella "comunicazione generale" la mediana, valutata su una scala da 0 a 10, è risultata pari a 0 (livello di conoscenza scarso), nella comunicazione terapeutica pari a 2 (scarso), nel counseling pari a 1 (scarso), nella relazione d'aiuto pari a 1 (scarso).

**LIMITI** Il limite dello studio è rappresentato dal campionamento di convenienza.

**CONCLUSIONI** Lo studio ha mostrato che i comportamenti /atteggiamenti messi in atto durante la comunicazione sono pressoché corretti, le criticità principali emergono dalla discrepanza esistente tra le conoscenze che si ritengono di possedere e la valutazione delle conoscenze emerse dalle risposte degli intervistati. Ne consegue quindi la necessità di migliorare le conoscenze e le competenze a fronte del rischio di diminuire l'efficacia dei percorsi di cura e assistenza. Inoltre si rende necessario progettare e realizzare percorsi formativi che permettano non solo il miglioramento delle conoscenze, ma soprattutto un consolidamento teorico-pratico delle capacità ed abilità di comunicazione, riguardanti le tecniche comunicative, la comunicazione terapeutica, il counseling e gli aspetti comunicativi legati alla relazione d'aiuto.

**Autore per la corrispondenza:** Andreucci Marida – Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno –  
Email: m.andreucci@pm.univpm.it

## 15. Il fenomeno dell'overcrowding in pronto soccorso: un'indagine qualitativa

Andreucci Marida, Traini Tiziana, Troiani Silvano, Giovannini Tania

*Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno*

**BACKGROUND** Il sovraffollamento del PS viene definito da molti autori, come quella situazione, nella quale la richiesta di prestazioni, supera la capacità di fornire assistenza di qualità, in un lasso di tempo ragionevole. Proprio grazie a numerosi studi, sono ormai ben note le cause di questo problema e spesso anche le possibili soluzioni, le quali stentano però ad essere messe effettivamente in pratica dal punto di vista politico, in molte parti del mondo. Fra le varie cause significative dell'overcrowding, vi è il crescente sbilanciamento tra il numero dei posti letto per abitante, e la costante crescita demografica del Paese, dovuta ad un aumento della popolazione anziana, del fenomeno degli immigrati e della richiesta di accesso in PS. I momenti di sovraffollamento sono gravati da ripercussioni negative sui tempi di intervento e sulla stessa capacità del sistema di fornire risposte adeguate. L'accesso improprio infatti, impone agli operatori sanitari di limitare le risorse professionali disponibili per il trattamento dei casi più gravi, ossia le vere emergenze.

**OBIETTIVI** 1. Descrivere la modalità di accesso al PS, se l'utente si sia rivolto in precedenza al Medico di famiglia e se in caso di risposta negativa i motivi per cui abbia scelto di rivolgersi direttamente al PS; 2. Valutare i tempi di attesa al PS; 3. Valutare il codice di priorità assegnato correlato al tempo di attesa; 4. Descrivere le modalità dei mezzi di trasporto per giungere al PS.

**METODI** Lo studio di tipo cross-sectional ha preso in esame la realtà del PS del P.O. "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto e del P.O. "C.&G. Mazzoni" di Ascoli Piceno, attraverso la somministrazione di questionari costruiti dalla sezione Tribunale del Malato dell'Associazione Cittadinanza Attiva", in collaborazione con alcuni studenti del CDL Infermieristica UNIVPM della sede di Ascoli Piceno. Tali questionari, divisi in tre parti, sono stati distribuiti a pazienti che si trovavano in sala d'attesa del PS, il giorno 28 agosto 2017 nel P.O. "Madonna del Soccorso" e il 10 settembre 2017 nel P.O. "C.&G. Mazzoni". Lo studio è stato realizzato previa acquisizione del consenso informato, nel rispetto della riservatezza dei dati e con preventiva autorizzazione della direzione sanitaria.

**RISULTATI** Dai dati del monitoraggio è emerso come la problematica degli accessi non urgenti ed il sovraffollamento, sia presente anche nella realtà dei Pronto Soccorso di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto. La correlazione è data dai codici verdi di priorità, assegnati in totale nei due PP.OO, che sono 46 e dai reali tempi di attesa, dove la percentuale degli utenti in media che stazionano in sala di attesa nei due PP.OO, da più di 1 ora è il 34.43%, dalle 2 alle 5 ore il 46.66%. Nel PO "Madonna del Soccorso" i tempi di attesa sono più lunghi, dato che gli utenti che attendono in sala di attesa oltre le 5 ore, sono il 29.33%. Un altro punto cruciale è la modalità di accesso degli utenti, poiché emerge, che al PO "Madonna del Soccorso", il 40% di essi hanno contattato il MMG (Medico di Medicina Generale) prima di recarsi in PS, rispetto al PO "C.&G. Mazzoni", nel quale solo il 10% degli utenti ha contattato il proprio MMG. Questo fa comprendere come il restante target della popolazione che si reca in PS, non contatta il proprio MMG aumentando così il numero dei codici di bassa/bassissima priorità, che vanno a sovraffollare le sale di attesa dei due Pronto Soccorso.

**LIMITI** Il monitoraggio è stato svolto per sole 3 ore quindi sono stati intervistati solo 45 utenti per ogni P.O.

**CONCLUSIONI** Il sovraffollamento dei PS è un problema diffuso in tutto il mondo. In Italia, il problema non è stato affrontato in modo sistematico ed ha raggiunto proporzioni insostenibili. Le principali strategie di soluzione da adottare per poter ridurre gli accessi impropri e il sovraffollamento in PS sono: il triage FAST TRACK per i codici individuati come bianchi (percorso veloce per ridurre i tempi di attesa), il SEE AND TREAT, modello che abilita l'infermiere più esperto ed adeguatamente formato, a prendersi carico dei pazienti con lesioni minori, il CODICE ARGENTO (dedicato alle persone anziane, il paziente viene accompagnato direttamente al reparto di geriatria per una visita specialistica), l'INFERMIERE DI FAMIGLIA/COMUNITÀ (assistenza domiciliare), l'AMBULATORIO INFERMIERISTICO.

**Autore per la corrispondenza:** Andreucci Marida – Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno –  
Email: m.andreucci@pm.univpm.it

## 16. Intervento del 118 sulla scena del crimine

Angelini Valentina, Traini Tiziana, Pesaresi Mauro, Capecci Ilaria, Amadio Romina, Andreucci Marida

### *Laurea in Infermieristica*

**BACKGROUND** Le cifre riportate su un articolo de “La Repubblica” del 2014 fanno riflettere sulla gestione della scena del crimine da parte delle autorità competenti, tali somme, infatti si riferiscono a 32,5 milioni di euro che sono i risarcimenti spesi dallo stato italiano nel corso del 2014, che entrano a far parte dei 580 milioni di euro impiegati per la medesima causa dal 1991 al 2014 che porta ad un totale di 23230 di persone detenute ingiustamente nell’ultimo decennio. Alla luce di ciò, va preso in considerazione che una sentenza viene formulata sulla biologia della scena, che rappresenta un dato incontrovertibile, e dunque, tale biologia può essere falsata dalla contaminazione della scena stessa.

**OBIETTIVI** Predisporre uno strumento-guida che funga da orientamento per la non contaminazione della scena del crimine, in seguito ad intervento dei sanitari per trattamenti salvavita a vittime di aggressione; divulgazione dei gold standard per la gestione della scena criminis nel ruolo di first responder volta alla consolidazione della best practice al fine di permettere un lineare svolgimento delle indagini successive da parte delle forze dell’ordine.

**METODI** Ricerca da banche dati, consultazione di testi, ricerca del materiale in un uso in diverse U.O delle aziende ospedaliere italiane ed europee. Approccio standardizzato alle Linee Guida in uso nelle Aziende Ospedaliere frutto della collaborazione di vari enti inclusi (Ipsavi, Carabinieri, Polizia di stato, Procura della Repubblica, Centri Antiviolenza, Servizi Sociali Territoriali, ecc.).

**RISULTATI** Durante gli approfondimenti in merito all’impiego di un metodo sistematico e documentato, relativo alla documentazione da utilizzare, fin dal momento dell’ingresso sulla scena del crimine, è stato rilevato che gli strumenti operativi reperiti, presentavano tutti una carenza comune: la consequenzialità. La maggior parte di essi, vengono elaborate secondo un raggruppamento relativo alla conformità di risposte e non alla successione temporale dei rilievi e delle manovre, inoltre, gli accertamenti dedicati alla scena, solitamente si limitano alla descrizione sommaria, se aperta o chiusa e se vi è la presenza di segni di scasso. La scheda proposta è costruita ad hoc, scaturita da un protocollo specifico, che ha condotto alla stesura di una flowchart basata sulla divisione dei compiti, è guidata dal principio temporale e della specificità: nella sezione dedicata alla scena, vengono menzionati, in ordine cronologico, gli elementi di salvaguardia dei quali tener conto, affiancati dagli interventi, volti alla minor contaminazione possibile della scena.

**LIMITI** Mancata somministrazione della scheda ad un campione numericamente rilevante, tale da poter fare delle correlazioni statistiche.

**CONCLUSIONI** La scheda è ispirata a quella in uso dall’UO 118 di Ascoli Piceno per i codici relativi al politrauma, elaborata secondo un protocollo scritto ex novo che presenta come standard la linearità delle indagini successive al soccorso da parte delle forze dell’ordine. In tale protocollo i materiali che vengono specificati comprendono non solo tutto ciò che è contenuto su un’autoambulanza ma include anche i presidi rintracciabili dentro il “kit d’intervento sulla scena del crimine”. L’esigenza di redigere un documento volto a sviluppare sistematicità e conformità negli interventi di tale genere conduce alla progettazione di una scheda atta ad evitare eventuali disattenzioni da parte del sanitario che andrebbero a favorire la contaminazione o la perdita delle prove. Tale scheda è strutturata a sezioni: la prima dedicata interamente alla presentazione della scena all’arrivo del personale, specificando l’ordine esatto con il quale effettuare il controllo e a quali dettagli prestare attenzione, la seconda relativa all’obiettività generale successivamente integrata ad una più specifica e l’ultima volta al personale entrato in contatto con la scena. In tutta la scheda vengono impiegati continui reminder ai gold standard per poter agevolare il personale, la vittima viene sempre analizzata nel prima e nel dopo nelle due sezioni dedicate a lei, rispettivamente con la specificazione tramite descrizione di essa nei primi momenti e con l’utilizzo di una tabella dettagliata riguardante eventuali distretti corporei feriti, il tutto integrato con l’elencazione delle manovre e dei presidi messi in uso. L’ultima sezione invece, rivolta al personale, presenta l’elenco degli enti intervenuti ed i nomi e cognomi dei sanitari e volontari che hanno preso parte all’intervento, specificando l’ora d’ingresso e quella di uscita per poter così favorire il controllo del flusso di persone per poter rendere più semplici e meno confusionari i successivi rilievi.

**Autore per la corrispondenza:** Valentina Angelini – Laurea in Infermieristica – Email: valentinaananche@gmail.com

## 17. L'intervento del 118 sulla scena del crimine

Angelini Valentina, Traini Tiziana, Pesaresi Mauro, Capecci Ilaria, Andreucci Marida, Troiani Silvano

*Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno*

**BACKGROUND** Le cifre riportate su un articolo de "La Repubblica" del 2014 fanno riflettere sulla gestione della scena del crimine da parte delle autorità competenti, tali somme, infatti si riferiscono a 32,5 milioni di euro che sono i risarcimenti spesi dallo stato italiano nel corso del 2014, che entrano a far parte dei 580 milioni di euro impiegati per la medesima causa dal 1991 al 2014 che porta ad un totale di 23230 di persone detenute ingiustamente nell'ultimo decennio. Alla luce di ciò, va preso in considerazione che una sentenza viene formulata sulla biologia della scena, essa rappresenta un dato incontrovertibile, e dunque, tale biologia può essere falsata dalla contaminazione della scena stessa.

**OBIETTIVI** Predisporre uno strumento-guida che funga da orientamento per la non contaminazione della scena del crimine, in seguito ad intervento dei sanitari per trattamenti salvavita a vittime di aggressione; divulgazione dei gold standard per la gestione della scena criminis nel ruolo di first responder volta alla consolidazione della best practice al fine di permettere un lineare svolgimento delle indagini successive da parte delle forze dell'ordine.

**METODI** Ricerca effettuata su banche dati, consultazione di testi, ricerca del materiale in uso in diverse U.O delle aziende ospedaliere italiane ed europee. Approccio standardizzato alle Linee Guida in uso nelle Aziende Ospedaliere, frutto della collaborazione dei vari enti inclusi (Ispasvi, Carabinieri, Polizia di stato, Procura della Repubblica, Tribunale per i Minori, Centri Antiviolenza, Servizi Sociali Territoriali, ecc.).

**RISULTATI** Durante gli approfondimenti in merito all'impiego di un metodo sistematico e documentato, relativo alla documentazione da utilizzare, fin dal momento dell'ingresso sulla scena del crimine, è stato rilevato che gli strumenti operativi reperiti, presentavano tutti una carenza comune: la consequenzialità. La maggior parte delle schede trovate, sono elaborate secondo un raggruppamento relativo alla conformità di risposte e non alla successione temporale dei rilievi e delle manovre, inoltre, gli accertamenti dedicati alla scena, solitamente si limitano alla descrizione sommaria, se aperta o chiusa e se vi è la presenza di segni di scasso. La scheda proposta e costruita ad hoc, scaturente da un protocollo specifico, che ha condotto alla stesura di una flowchart basata sulla divisione dei compiti, è guidata dal principio temporale e della specificità: nella sezione dedicata alla scena, vengono menzionati, in ordine cronologico, gli elementi di salvaguardia dei quali tener conto, affiancati dagli interventi, volti alla minor contaminazione possibile della scena.

**LIMITI** Mancata somministrazione della scheda ad un campione numericamente rilevante, tale da poter fare delle correlazioni di statisticamente significative.

**CONCLUSIONI** La scheda prodotta è ispirata a quella in uso nell'UO 118 dell'Asur Area Vasta 5 di Ascoli Piceno per i codici relativi al politrauma, elaborata secondo un protocollo scritto ex novo che presenta come standard la linearità delle indagini successive al soccorso da parte delle forze dell'ordine. Nel protocollo i materiali che vengono specificati comprendono non solo tutto ciò che è contenuto su un'autoambulanza, ma include anche i presidi rintracciabili dentro il "kit d'intervento sulla scena del crimine". L'esigenza di redigere un documento volto a sviluppare sistematicità e conformità negli interventi di tale genere, viene elaborata tramite la progettatazione di una scheda atta ad evitare eventuali disattenzioni da parte del sanitario che andrebbero a favorire la contaminazione o la perdita delle prove. Tale scheda è strutturata a sezioni: la prima viene dedicata interamente alla presentazione della scena all'arrivo del personale, specificando l'ordine esatto con il quale effettuare il controllo e a quali dettagli prestare attenzione, la seconda è dedicata all'obiettività generale successivamente integrata ad una più specificare l'ultima viene dedicata al personale entrato in contatto con la scena. In tutta la scheda vengono impiegati continui reminder ai gold standard per poter agevolare il personale nel lavoro da svolgere e per poter scongiurare eventuali dimenticanze che potrebbero intralciare o quantomeno rallentare il corso della giustizia. La vittima viene sempre analizzata nel prima e nel dopo nelle due sezioni dedicate a lei, rispettivamente con la specificazione tramite descrizione di essa all'arrivo e con l'utilizzo di una tabella dettagliata riguardante eventuali distretti corporei feriti, il tutto integrato con l'elencazione delle manovre e dei presidi messi in uso. L'ultima sezione invece viene dedicata ai presenti sulla scena: verranno elencati gli enti intervenuti ed infine nomi e cognomi dei sanitari e volontari che hanno preso parte all'intervento, specificando l'ora d'ingresso e quella di uscita per poter così favorire il controllo del flusso di persone per poter rendere più semplici e meno confusionari i successivi rilievi.

**Autore per la corrispondenza:** Traini Tiziana – Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno –  
Email: t.traini@univpm.it

## 18. Efficacia dell'action observation treatment nella riabilitazione di pazienti parkinsoniani con freezing of gait

Angileri Vincenza Valentina<sup>1</sup>, Amendola Filomena<sup>1</sup>, Ferrari Marcella<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Università degli Studi di Parma, <sup>2</sup>ASP Distretto di Fidenza

**BACKGROUND** Il freezing of gait (FOG) è uno dei sintomi più frequenti e invalidanti della Malattia di Parkinson (MP), che colpisce circa la metà di tutti i pazienti, soprattutto nelle fasi avanzate della malattia. È definito come una “breve, episodica assenza o marcata riduzione della progressione in avanti dei piedi nonostante l'intento di camminare” legata ad un transitorio malfunzionamento dei circuiti della locomozione. Data la scarsa efficacia della terapia farmacologica e dei diversi approcci terapeutici, il FOG rappresenta un problema riabilitativo di difficile gestione.

**OBIETTIVI** Recentemente, l'Action Observation Treatment (AOT), basata sul coinvolgimento del sistema dei neuroni specchio, ha assunto un importante ruolo nella riabilitazione in ambito neurologico. Numerosi studi, effettuati su pazienti con stroke, hanno dimostrato come l'AOT, combinata alla pratica delle azioni osservate, permetta un maggiore recupero delle funzioni motorie. Promettenti, ma esigui, risultati sono stati ottenuti anche in pazienti affetti da MP rendendo l'AOT un potenziale strumento riabilitativo in questa tipologia di pazienti. Scopo di questo lavoro è, quindi, quello di indagare l'efficacia e l'affidabilità del suddetto trattamento nella riduzione degli episodi di freezing in pazienti con MP.

**METODI** Lo studio è stato condotto presso il DCP-Servizio di Medicina Riabilitativa del Distretto di Fidenza (Pr), sono stati reclutati 3 pazienti con MP di tipo idiopatico e FOG. Essi sono stati sottoposti a 60 minuti di trattamento riabilitativo, 3 volte a settimana per 4 settimane. Ogni sessione prevedeva la visione di due filmati (ciascuno proiettato tre volte) contenenti strategie utili ad eludere gli episodi di freezing, seguita dalla pratica delle azioni osservate sotto la guida di un fisioterapista. Sono stati proiettati, in totale, 6 diversi filmati, ciascuno della durata di 5 minuti, di complessità motoria progressivamente crescente. Per monitorare gli episodi di freezing nel tempo sono stati utilizzati: il Questionario (FOG-Q) e il Diario del Freezing. Per la valutazione del cammino sono, invece, stati utilizzati: il TIME UP AND GO TEST, il 10-METER WALKING TEST e la TINETTI GAIT SCALE. Per la valutazione dell'equilibrio statico e dinamico si è fatto uso della TINETTI BALANCE SCALE e della BERG BALANCE SCALE. Infine, per rilevare le variazioni nella qualità della vita è stata usata la PDQ-8. Tutte le valutazioni sono state effettuate all'inizio del trattamento (PRE-test T0), alla fine (POST-test T1) e a 4 settimane di distanza (FU-w4).

**RISULTATI** In tutti i pazienti è stata riscontrata una significativa riduzione del punteggio totale ottenuto al FOG-Q sia al PRE-test T0 che al FU-w4. In particolare, l'elemento che ha subito la maggiore riduzione è la durata degli episodi di freezing, nelle sue diverse manifestazioni. Il numero totale degli episodi presenta un andamento decrescente per tutta la durata del trattamento, con una fase pressoché stazionaria nel periodo di follow-up. Dall'analisi separata delle diverse condizioni (avvio della marcia, cambi di direzione, passaggio attraverso spazi stretti e superamento di ostacoli) si evince, invece, una maggiore riduzione degli episodi all'avvio della marcia e nei cambi di direzione rispetto alle altre due manifestazioni. Dalla valutazione dei parametri spazio-temporali del cammino risulta evidente il miglioramento delle capacità motorie e delle prestazioni funzionali ad esse correlate, con conseguenti effetti positivi sulla qualità della vita. Infine, variazioni positive, seppur di modesta entità, sono state osservate anche nell'equilibrio e nel controllo posturale dei tre pazienti.

**LIMITI** Nuovi studi su campioni più grandi, sono comunque necessari per la definizione di un protocollo di trattamento standardizzato (relativamente a contenuto e durata dei filmati, e modalità di somministrazione). Le nuove indagini dovrebbero, inoltre, prevedere l'utilizzo combinato di neuroimaging funzionale o registrazioni elettrofisiologiche per comprendere come l'AOT agisca sull'attività cerebrale e di strumenti di valutazione oggettivi, relativamente al cammino e all'equilibrio, al fine di rendere le misurazioni affidabili e meno operatore-dipendenti.

**CONCLUSIONI** I risultati del nostro studio, sono in linea con i precedenti sull'efficacia dell'AOT nel trattamento del freezing in pazienti con MP, contribuendo così ad accrescere le evidenze scientifiche sull'utilizzo di questa metodica nel campo della neuroriabilitazione.

**Autore per la corrispondenza:** Amendola Filomena – Università degli Studi di Parma – Email: famendola@ausl.pr.it



## 19. La gestione del rischio clinico attraverso il controllo remoto dei POCT emogasanalizzatori (la realtà dell'area livornese nell'Azienda nordovest)

Antonelli Fabio, Vannucci Maura, Fiorini Marcello

*Azienda USL Nordovest Livorno*

**BACKGROUND** Lo scopo della Scienza non è di aprire le porte della saggezza infinita ma di porre un limite all'errore infinito (Brecht). Nel nostro caso abbiamo cercato di ridurre al minimo l'errore infinito. Trattandosi di poct emogasanalizzatori abbiamo voluto applicare quanto presente in linee guida e raccomandazioni sulla gestione dei poct prendendo in carico come Medicina di Laboratorio il controllo di 23 emogas analizzatori Gem 4000 (Werfen) presenti nei reparti dei presidi ospedalieri dell'Azienda USL di Livorno. Per questo si è deciso e implementato un modello organizzativo, finalizzato al miglioramento della qualità dei risultati, alla riduzione del rischio clinico, nel quale l'esecuzione dell'attività analitica è affidata a personale non appartenente o comunque professionalmente non formato nei settori del laboratorio clinico.

**OBIETTIVI** La strumentazione in oggetto richiede particolari precauzioni di utilizzo, sia nelle modalità preanalitiche, sia nelle opportune pratiche qualitative al fine di garantire la precisione e l'accuratezza del dato analitico prodotto. L'accuratezza dei risultati ottenuti con i sistemi di POCT è quindi indispensabile, in quanto errori di significativa entità nella misura possono portare a un errato dosaggio farmacologico, a un'errata terapia e potenzialmente determinare, soprattutto in urgenza, conseguenze molto serie per la salute dei pazienti, tracciabilità il risultato non può essere registrato o trasmesso senza le informazioni collegate che ne consentano la tracciabilità e l'individuazione di tutti gli operatori che hanno contribuito alla produzione.

**METODI** La gestione degli emogasanalizzatori in rete si avvale di un server GEM Web plus (WERFEN) che raccoglie tutte le informazioni degli strumenti, interfacciato al LIS di Laboratorio. È stato creato un gruppo di lavoro organizzato nelle sedi dei Laboratori di Livorno, Cecina Piombino e Portoferraio dove è installata una postazione dedicata per il controllo/supervisione remota degli strumenti. I TLSB hanno la funzione di verificare e garantire il corretto funzionamento degli strumenti, la supervisione della qualità dei risultati attraverso a) la valutazione giornaliera dei CQ (IQM) b) la valutazione delle azioni correttive effettuate in automatico dallo strumento. Ogni gruppo gestisce i propri strumenti ma interagisce e sostituisce se necessario i colleghi delle altre sedi. Le verifiche riguardano inoltre il corretto inserimento dei pazienti tramite l'utilizzo dell'anagrafica aziendale, il controllo dei campioni non processati, l'elaborazione periodica di NC (non conformità) sulla fase preanalitica (ad esempio: campioni coagulati, o con presenza di bolle d'aria). Questa attività può generare alcune segnalazioni di ausilio al reparto, inviate in automatico al reparto tramite e-mail. Tutte le attività di verifica e comunicazione, di eventuali azioni intraprese e note di controllo nell'ambito dell'attività svolta, sono registrate in un programma di gestione presente nel sito intranet di laboratorio, disponibile con accesso dedicato, ai reparti, per visualizzare le azioni intraprese. Nell'ambito della tracciabilità del dato analitico è stato implementato nel server GEM Web Plus un archivio degli utilizzatori identificati con il proprio n° di matricola, questo permette all'operatore di identificarsi allo strumento al momento dell'esecuzione dell'emogas.

**RISULTATI** L'attività del gruppo di controllo in un anno di gestione giornaliera ha permesso di: a) Migliorare il controllo/supervisione degli strumenti intervenendo con competenza e professionalità b) Ottimizzare la gestione economica c) segnalare il ripetersi di errori preanalitici permettendo di formare il personale utilizzatore sia nella gestione dello strumento che del campione fornendo informazioni on line sulla corretta preanalitica del campione. d) Gestire la formazione del personale per l'introduzione della corretta anagrafica del paziente attraverso l'utilizzo del LIS di Laboratorio garantendo la tracciabilità del paziente e l'archiviazione dei dati analitici riducendo notevolmente sui reparti più critici l'anonimato degli esami effettuati. e) Garantire la qualità del risultato in modo continuo grazie all'integrazione del gruppo di controllo remoto in grado di intervenire su tutte le zone, segnalare tramite e-mail all'operatore azioni correttive nella sua gestione del campione. g) Completare la tracciabilità del campione /paziente con l'identificazione dell'operatore.

**LIMITI** Formazione personale non appartenente alla medicina di laboratorio.

**CONCLUSIONI** L'infermiere di reparto e il TLSB possiedono due tipi di professionalità differenti, dal potenziamento di ciascuna di è nato un sinergismo di azione che si è realizzato in un adeguato approccio diagnostico strumentale, la medicina di Laboratorio lo ha realizzato e lo controlla attraverso l'utilizzo di tecnologie all'avanguardia, il tutto nell'interesse della qualità della prestazione e nella corretta gestione del rischio clinico.

**Autore per la corrispondenza:** Antonelli Fabio – Azienda USL Nordovest Livorno –  
Email: fabio.antonelli@uslnordovest.toscana.it



## 20. Efficacia dell'utilizzo delle mappe concettuali nella promozione e nello sviluppo del pensiero critico: una revisione integrativa della letteratura

Aurelio Veneranda

*AOU Ospedali Riuniti di Ancona*

**BACKGROUND** Il pensiero critico viene definito come quel giudizio mirato ed autoregolante che si risolve nell'interpretazione, nell'analisi, nella valutazione e nella capacità deduttiva, ma anche nella spiegazione delle riflessioni probative, concettuali, metodologiche, criterio logico o contestuale su cui quel giudizio si fonda. Le continue trasformazioni che interessano il settore sanitario insieme alla complessità e alla centralità del paziente e alla pratica basata sulle evidenze, fanno emergere il Pensiero Critico come competenza necessaria nel settore dell'istruzione e per la pratica professionale. Le ragioni sono essenzialmente dovute ai mutamenti epistemologici dell'ideologia infermieristica, ai cambiamenti organizzativi e culturali in materia di formazione infermieristica, all'evoluzione del paradigma del nursing che si sposta e si allontana da strategie di ragionamento positivistico orientate al compito, caratterizzate dal distacco emotivo e guidate dalle regole, verso un ragionamento clinico autonomo, basato sulla visione olistica della persona, considerandola nel suo complesso bio-psico e sociale.

**OBIETTIVI** Lo scopo della presente revisione è quello di sintetizzare i risultati delle principali evidenze in letteratura sulla tipologia di interventi messi in atto durante il percorso formativo come strategie per lo sviluppo del Pensiero critico e del Ragionamento diagnostico tra gli studenti di infermieristica.

**METODI** È stata effettuata una revisione integrativa della letteratura (Wittemore & Knalf, 2005) consultando la banca dati di Medline (attraverso Pubmed). La strategia di ricerca ha previsto l'utilizzo di specifici termini MeSH e termini liberi, tra cui "Critical Thinking Disposition Inventory", "Nursing Students", combinati tra loro tramite l'operatore booleano "AND". Nella fase preliminare della ricerca sono stati individuati 34 studi, di cui 30, che rispondevano ai criteri di inclusione prestabiliti, analizzati in full text. Complessivamente, sono stati inclusi nella revisione finale 24 articoli.

**RISULTATI** I risultati degli articoli revisionati concordano sulla necessità di effettuare una valutazione del pensiero critico tra gli studenti ai diversi livelli di formazione come condizione necessaria affinché venga favorito il suo naturale sviluppo. Alcuni autori identificano nell'utilizzo delle mappe concettuali uno strumento utile alla promozione e allo sviluppo del pensiero critico. Le mappe concettuali sono strumenti per l'organizzazione delle informazioni e vengono utilizzate per rappresentare graficamente e in modo conciso le relazioni e i rapporti di gerarchia tra i concetti. Altri risultati confermano che la mappatura concettuale possa essere utilizzata come attività di insegnamento-apprendimento clinico durante il percorso formativo degli studenti di infermieristica. Infine, l'utilizzo delle mappe concettuali, incoraggia gli studenti a elaborare le informazioni in profondità e a permetterne la loro comprensione.

**LIMITI** Il principale limite dello studio riguarda la consultazione di una sola banca dati per il reperimento degli articoli inclusi nella revisione.

**CONCLUSIONI** Il pensiero critico è stato definito come un outcome che misura e giudica la qualità dei percorsi formativi universitari e consente il pieno sviluppo del giudizio clinico e del senso critico tra gli studenti di infermieristica. Poiché l'assistenza infermieristica è una professione e una scienza, gli infermieri devono assumersi la responsabilità delle loro azioni e dell'accuratezza delle proprie interpretazioni dei dati clinici nei confronti delle persone. Uno dei criteri per essere un professionista è essere responsabile del proprio comportamento. La responsabilità dell'infermieristica è rispondere alle persone del lavoro di assistenza infermieristica, ciò significa usare il pensiero critico per giungere a interpretazioni accurate delle risposte umane, che garantiscano appropriatezza degli interventi e il raggiungimento degli obiettivi prefissati. Le abilità di pensiero critico migliorano con l'uso ripetuto di adeguate strategie di pensiero.

**Autore per la corrispondenza:** Aurelio Veneranda – AOU Ospedali Riuniti di Ancona – Email: [vene.aurelio@libero.it](mailto:vene.aurelio@libero.it)

## 21. La comunicazione come strategia per lo sviluppo dell'Health Literacy: revisione integrativa della letteratura

Aurelio Veneranda, Comparcini Dania

*AOU Ospedali Riuniti di Ancona*

**BACKGROUND** L'alfabetizzazione sanitaria, o Health Literacy, è definita come la capacità di un individuo di leggere, comprendere ed usare le informazioni sanitarie per prendere decisioni consapevoli, promuovere e preservare la propria salute. Un basso livello di alfabetizzazione associato ad inadeguate strategie di comunicazione e informazione al paziente, può influenzare negativamente la capacità degli individui di orientarsi e prendere decisioni nei sistemi sanitari, determinando l'insuccesso delle attività di prevenzione/promozione della salute e conseguente incremento della spesa sanitaria. In questo contesto, la comunicazione viene considerata parte integrante del processo di cura e la promozione di interventi educativi/informativi si delinea come uno degli obiettivi principali delle organizzazioni sanitarie.

**OBIETTIVI** Lo scopo della presente revisione è quello di sintetizzare i risultati delle principali evidenze in letteratura sulla comunicazione e informazione in ambito sanitario come strategie per lo sviluppo della health literacy dei cittadini.

**METODI** È stata effettuata una revisione integrativa della letteratura (Wittemore & Knalf, 2005) consultando la banca dati di Medline (attraverso Pubmed). La strategia di ricerca ha previsto l'utilizzo di specifici termini MeSH e termini liberi, tra cui "Health Literacy", "Health Communication", "Health Promotion", combinati tra loro tramite l'operatore booleano "AND". Nella fase preliminare della ricerca sono stati individuati 220 studi, di cui 64, che rispondevano ai criteri di inclusione prestabiliti, analizzati in full text. Complessivamente, sono stati inclusi nella revisione finale 36 articoli.

**RISULTATI** I risultati degli articoli revisionati concordano sulla necessità di effettuare una valutazione del livello di health literacy dei pazienti come condizione necessaria per implementare strategie di promozione della salute. Alcuni autori identificano come prioritario lo sviluppo di interventi educativi e di comunicazione/informazione ai pazienti soprattutto nelle zone rurali, caratterizzate da limitata accessibilità ai luoghi di cura. Alla base di adeguati interventi educativi vi è altresì la valutazione dei fattori che influenzano l'intenzione degli operatori sanitari nella promozione della health literacy. Infine, i servizi sanitari dovrebbero promuovere strategie comunicative basate sulla trasmissione di informazioni comprensibili da persone con differenti culture e abilità linguistiche, al fine di favorire l'aumento dei livelli di health literacy degli utenti nei diversi contesti di cura e assistenza.

**LIMITI** Il principale limite dello studio riguarda la consultazione di una sola banca dati per il reperimento degli articoli inclusi nella revisione.

**CONCLUSIONI** Il livello di alfabetizzazione sanitaria dipende dalle condizioni socio-economiche e culturali dei pazienti; interventi informativi/educazionali promossi dalle organizzazioni sanitarie e supportati da competenze specifiche dei professionisti, potrebbero essere utili per incrementare il livello di health literacy dei pazienti. In generale, promuovere l'alfabetizzazione sanitaria potrebbe migliorare le condizioni di numerosi cittadini che hanno difficoltà a comprendere e ad utilizzare le informazioni necessarie per mantenere un adeguato stato di salute. Nello specifico, il miglioramento delle strategie di comunicazione nella promozione della salute, ottenuto considerando la Health Literacy come outcome dei processi clinico-assistenziali, potrebbe determinare effetti positivi quali ad esempio: ridurre le barriere di accesso ai servizi e migliorare l'equità della salute. Tuttavia, è necessario che tali strategie siano ben organizzate per massimizzare la comunicazione interattiva con i pazienti e per incoraggiare il loro attivo coinvolgimento nel processo di cura.

**Autore per la corrispondenza:** Aurelio Veneranda – AOU Ospedali Riuniti di Ancona – Email: [vene.aurelio@libero.it](mailto:vene.aurelio@libero.it)

## 22. Sorveglianza microbiologica della *Klebsiella Pneumoniae* Resistente ai Carbapenemi in Terapia intensiva: una buona pratica per la gestione del rischio e per la sicurezza del paziente

Baldascino Giada, Petroni Renata, Petroni Salvatore, Fiore Pierluigi, Petroni Angelo

*Casa di Cura Privata "Di Lorenzo"*

**BACKGROUND** Le Enterobacteriaceae resistenti ai Carbapenemi (CRE), il cui esempio più rappresentativo è la *Klebsiella Pneumoniae* Carbapenemi Resistente (KPC), rappresentano uno dei maggiori problemi di sanità pubblica nel mondo. Nonostante il tentativo di controllare la diffusione di questi batteri, il loro isolamento sta diventando sempre più frequente in Europa e l'Italia è uno dei paesi maggiormente coinvolti. Questi agenti patogeni sono resistenti alla maggior parte dei farmaci antibiotici e pertanto sono responsabili d'infezioni ad alto tasso di mortalità.

**OBIETTIVI** Il primo passo nel processo di controllo è ovviamente lo screening nei pazienti ad alto rischio. Nella nostro reparto di Terapia Intensiva, lo screening ha avuto inizio nel 2016 e attualmente fa parte di un più ampio programma di gestione del rischio clinico mirato al controllo e alla gestione delle infezioni nosocomiali. Questo studio vuole proporre il nostro metodo di screening per il controllo delle infezioni da KPC.

**METODI** Lo screening viene condotto sui pazienti ricoverati presso il nostro reparto di Terapia Intensiva, eseguendo tamponi rettali se: - provenienti da centri di riabilitazione e lungo-degenze (sia ospedaliere che domiciliari); - affetti da malattie croniche o immunodeficienze; - portatori di accessi vascolari; - soggetti a ricoveri ripetuti frequenti (es. pazienti dializzati). Il laboratorio interno fornisce i risultati nel più breve tempo possibile ed allerta il Comitato Infezioni Ospedaliere (CIO) in caso di positività. Ogni mese, il CIO si riunisce per analizzare i risultati dello screening e adottare le eventuali misure appropriate. Ogni anno, il CIO si riunisce per verificare l'aderenza alle linee guida interne e generali.

**RISULTATI** Dal mese di gennaio 2016 in tutti i pazienti potenzialmente a rischio di colonizzazione da germi multiresistenti (MDR), ammessi in Terapia Intensiva è stato eseguito un tampone rettale all'ingresso per la rilevazione della KPC (*Klebsiella* Produttore di Carbapenemasi). Dall'inizio del programma di screening sono stati eseguiti 15 tamponi rettali risultati tutti negativi. Qualora avessimo riscontrato la positività avremmo potuto dare luogo all'attivazione di tutte le norme previste dalle linee guida internazionali per l'isolamento del paziente e il contenimento e la cura dell'eventuale infezione.

**LIMITI** Non si ravvisano limiti evidenti alla conduzione dello screening. Non sono state riscontrate difficoltà all'implementazione della pratica, che peraltro ha basso impatto economico e un elevato valore in termini di costi-efficacia.

**CONCLUSIONI** Nei pazienti ricoverati in terapia intensiva, a rischio di colonizzazione da MDR, lo screening mediante tampone rettale per la rilevazione della KPC consente di monitorare la colonizzazione e le infezioni da KPC, contenere la diffusione del batterio, intervenire precocemente in caso di outbreak, gestire in modo opportuno l'antibioticoterapia e le opportune rotazioni farmacologiche.

**Autore per la corrispondenza:** Fiore Pierluigi – Casa di Cura Privata “Di Lorenzo” – Email: pierluigifiore@gmail.com

### 23. La corretta gestione delle lesioni da pressione nella SOD di clinica di anestesia e rianimazione

Bendelari Valentina, Marconi Romina, Boccalini Sara, Cenci Luca

*AOU Ospedali Riuniti di Ancona*

**BACKGROUND** La gestione delle lesioni da pressione, è un problema abbastanza rilevante nella pratica corrente del paziente in terapia intensiva, nonostante l'utilizzo di presi idonei alla prevenzione (materassi a pressione alternata sequenziale) e la mobilizzazione del paziente. Dal confronto tra quanto riportato nelle Linee Guida sulla prevenzione e cura delle LdP con gli attuali processi assistenziali all'interno della SOD è emersa la mancanza di una scala valutativa delle LdP che permettesse di valutare la progressione, verso la guarigione, o la degenerazione della lesione. Al contempo venivano messi in pratica comportamenti difformi verso lesioni della medesima entità.

**OBIETTIVI** Uniformare le prestazioni assicurate all'assistito tramite: \* una corretta valutazione della LDP \* l'uso appropriato delle medicazioni avanzate nel trattamento delle LdP secondo le ultime Evidenze, riducendo il loro utilizzo in modo improprio; \* La verifica dei trattamenti, per valutare se assicurano il processo di guarigione della lesione, a seconda delle condizioni cliniche del paziente.

**METODI** Attraverso la metodologia dell'Audit clinico assistenziale, il gruppo di lavoro ha implementato la scheda della LdP presente nella cartella informatizzata con: 1)la scala BWAT, per valutare la progressione della lesione 2)la stadiazione secondo EPUAP 3)le opzioni di medicazioni, secondo la valutazione del codice colore della lesione. Sono stati individuati, dal gruppo, n. 4 indicatori da monitorare nel bimestre novembre-dicembre 2017. Gli indicatori prendevano in esame: N Scale BATES-JENSEN WOUND ASSESSMENT TOOL compilate/ totale LDP (target 95%) N. Medicazioni in film in poliuretano o idrocolloidi extrasottili /totale medicazioni nelle LDP ROSA - ROSSO (target 90%) N. Medicazioni con idrocolloidi o schiume di poliuretano / totale medicazioni nelle LDP GIALLO (Target 95%) N Medicazioni LDP tallone con escara secca /totale n LDP tallone (Target 5%).

**RISULTATI** Le schede sono in corso di valutazione. Dai primi dati elaborati, che rappresentano solo il 25% delle schede fino ad ora compilate, emerge sicuramente un aumento dei tempi tra le medicazioni (probabilmente per posizionamento di medicazioni più idonee alle lesioni presentate dagli assistiti). La scala BWAT risulta compilata nel 100% delle lesioni. Gli altri indicatori, da una prima osservazione, risultano raggiunti nei target individuati. Una discussione dei risultati più completa viene rinviata al termine dell'analisi di tutte le schede compilate nel bimestre preso in esame.

**LIMITI** Il tempo limitato, individuato per l'analisi dei dati, che include nello studio un numero ristretto di pazienti. l'assenza di un protocollo per gestione a 360° dei pazienti che contempli anche l'adeguato introito calorico e la terapia farmacologia e antibiotica.

**CONCLUSIONI** Sicuramente, ad una prima osservazione sembra che la scheda informatizzata: Uniformi il lavoro degli infermieri, limitando le difformità tra gli stessi; Permette lo studio dell'evoluzione della lesione, aprendo alla necessità di un'assistenza del paziente con lesioni da pressione a 360°.

**Autore per la corrispondenza:** Bendelari Valentina – AOU Ospedali Riuniti di Ancona –  
Email: valentina.bendelari@ospedaliriuniti.marche.it

## 24. La valutazione delle competenze degli studenti nel processo di nursing

Bendelari Valentina<sup>1</sup>, Mercuri Maurizio<sup>2</sup>, Marchetti Mara<sup>2</sup>

<sup>1</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona, <sup>2</sup>Università Politecnica delle Marche

**BACKGROUND** La pianificazione infermieristica rappresenta la scienza e l'arte infermieristica, le diagnosi infermieristiche quindi sono fondamentali per gli infermieri tanto quanto le diagnosi mediche per i medici. Nell'anno 2015/2016, attraverso uno studio qualitativo fenomenologico, ho evidenziato notevoli carenze nelle conoscenze teoriche del processo di nursing e nella sua applicazione pratica tra gli studenti del CdL in Infermiere. D'altra parte è saltato subito all'occhio l'assenza di un processo di valutazione delle competenze sviluppate dagli studenti in tale ambito. Il portfolio formativo progressivo è uno degli strumenti ritenuti più efficaci nel contesto della pratica formativa diretta all'acquisizione di competenze di natura professionale. Questo tipo di portfolio ha come obiettivo quello di seguire i processi formativi durante la loro intera durata, dalla valutazione iniziale a quella continua, a quella finale a quella sommativa, accentuando in tal senso l'aggettivo "Progressivo" che ne costituisce il nome.

**OBIETTIVI** Elaborazione delle griglie ad hoc da inserire nel Portfolio degli studenti per la valutazione delle competenze raggiunte nella pianificazione assistenziale. Applicare lo strumento elaborato nella realtà universitaria per verificarne la fattibilità.

**METODI** Sono state elaborate 3 griglie di valutazione, ognuna delle quali è stata utilizzata per effettuare la valutazione delle competenze raggiunte dallo studente del primo anno di corso, in 3 fasi diverse della loro esperienza di corso: 1. Osservazione sistematica (Griglia "ATTIVITÀ DI LABORATORIO DIDATTICO") 2. Auto descrizione (Griglia "ATTIVITÀ DI TIROCINIO CLINICO") 3. Analisi dei risultati (Griglia "VALUTAZIONE PRODOTTO SCRITTO") Gli studenti durante lo studio hanno lavorato, nella fase di accertamento ed individuazione delle diagnosi infermieristiche, utilizzando una cartella infermieristica ad uso didattico, sviluppata sugli undici (11) modelli funzionali di M. Gordon. Per ogni modello funzionale della Gordon, vi è una prima parte riguardante l'accertamento e una seconda parte con Diagnosi Infermieristiche (D.I.) selezionate secondo tassonomia NANDA-International, per un totale di 100 D.I. Le schede elaborate sono state testate sulle 3 cartelle infermieristiche elaborate da ogni studente, su assistiti incontrati durante il tirocinio clinico, in 3 momenti diversi dell'anno accademico.

**RISULTATI** Nel laboratorio didattico sull'accertamento infermieristico, dove viene illustrata agli studenti la metodica per eseguire l'accertamento secondo Modelli Funzionali di Gordon e la Tassonomia NANDA - International per le Diagnosi Infermieristiche, per agevolare gli studenti al loro primo approccio a tali strumenti sono state osservate due circostanze di lavoro: • lavoro singolo su un caso di loro scelta, che riguardava un loro familiare o conoscente, caso clinico a loro più noto • lavoro di gruppo, su 7 casi differenti, elaborati dalle Guide del Laboratorio didattico (Dott. Andrea Toccaceli e Dott.ssa Mara Marchetti). Nel lavoro individuale è emerso: Difficoltà nella fase di accertamento e scorretto utilizzo delle scale di valutazione. Nel lavoro di gruppo si assiste ad un miglioramento delle performance degli studenti. Dai dati elaborati riguardo la scheda di auto-valutazione, sulla pianificazione è risultato chiaro che spesso gli studenti hanno scarsa consapevolezza dei propri limiti, pensando di avere buona dimestichezza con lo strumento di accertamento. Pochi sono stati nel complesso gli obiettivi futuri che si sono preposti (solo il 19% degli item), accettando come buoni anche valori bassi di competenza. Gli studenti ritengono di saper elaborare correttamente le informazioni raccolte, il dato è sostenuto sicuramente da un miglioramento nella quantità numerica di scale compilate in modo corretto e dalla diminuzione del numero di scale di valutazione utilizzate in maniera errata. Nella valutazione del prodotto scritto, al termine dell'anno accademico, emerge una maggior congruenza tra scale valutazione utilizzate e informazioni ricevute e un maggior numero di DIAGNOSI INFERMIERISTICHE individuate.

**LIMITI** La scarsa capacità degli studenti con strumento dell'autovalutazione, il numero limitato degli studenti inclusi nello studio (54).

**CONCLUSIONI** Le schede elaborate possono essere ritenute uno strumento utile per: Rivalutare le varie fasi della formazione per migliorare il livello di apprendimento, permettendo ai tutor di programmare degli interventi formativi personalizzati sulla base delle lacune evidenziate; Sviluppare cultura di autovalutazione negli studenti; Stimolare al cambiamento e al miglioramento sia lo studente che il tutor.

**Autore per la corrispondenza:** Bendelari Valentina – AOU Ospedali Riuniti di Ancona –  
Email: valentina.bendelari@ospedaliriuniti.marche.it

## 25. Primary Nursing: esplicitazione del Set Minimo di Dati Infermieristici (NMDS) per l'accertamento dei problemi assistenziali del paziente di Neurologia e Stroke Unit nel Presidio Ospedaliero-IRCCS dell'AUSL di Reggio Emilia

Bergamini Sara, Mecugni Daniela, Amaducci Giovanna

*Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia*

**BACKGROUND** La mancanza di un linguaggio disciplinare comune e condiviso per la nomina dei problemi di assistenza, rende, il contributo del nursing "invisibile" all'interno della documentazione clinica (Lunney, 2006; Neela, Scott, Treacy et al., 2006; Clark, 1999; Goossen et al., 1998). Il set minimo di dati infermieristici (NMDS) è stato suggerito come un mezzo per dare visibilità e uno strumento per l'accertamento mirato dei problemi di salute tipici dei pazienti accolti in uno specifico contesto. Esso è definito come: un insieme minimo di elementi di informazione con definizioni uniformi e categorie riguardanti la specifica dimensione di nursing che soddisfa le esigenze di informazione dei dati multipli degli utenti nel sistema sanitario. (Werley, 1991). Il NMDS è stato utilizzato in differenti setting assistenziali in parecchi Paesi Europei, Stati Uniti, Australia e Canada. In Italia, incominciano ad esserci pubblicazioni, ma lontana è l'identificazione di un NMDS nazionale (D'Agostino, Vellone, Tontini et al., 2012; Tomietto, Fabris, Palese et al., 2008). A partire dall'anno 2016 presso il Presidio Ospedaliero – IRCCS dell'AUSL di Reggio Emilia è stato implementato nella Struttura Complessa di Neurologia e Stroke Unit, il Primary Nursing. Il Primary Nursing rappresenta un'alternativa al modello funzionale (per compiti) o per piccola equipe, nell'ambito del quale un infermiere referente o primary è direttamente responsabile della presa in carico, attraverso la progettazione dell'assistenza, di un determinato paziente, dall'ammissione sino alla dimissione (Mattila, Pitkänen, Seija et al., 2014). L'implementazione del Primary Nursing è stata associata ad un percorso di formazione finalizzato alla creazione di strumenti per la presa in carico dei pazienti di Neurologia e Stroke Unit, attraverso l'applicazione della progettazione dell'assistenza: dalla raccolta dati utilizzando il riferimento teorico degli 11 Modelli Funzionali di Salute di Marjory Gordon, sino all'identificazione dei problemi assistenziali attraverso l'uso della tassonomia NANDA e/o dei Problemi Collaborativi con riferimento al modello bifocale di Lynda Juall Carpenito, formulazione degli obiettivi e relative indicatori di risultato e degli interventi assistenziali.

**OBIETTIVI** Lo studio si propone di descrivere il set minimo di dati infermieristici per l'accertamento dei problemi assistenziali comuni ai pazienti ricoverati nella Struttura Complessa di Neurologia e Stroke Unit dell'Azienda Ospedaliera – IRCCS di Reggio Emilia.

**METODI** Studio descrittivo-osservazionale con revisione della documentazione infermieristica di tutti i pazienti ricoverati nella Struttura Complessa di Neurologia e Stroke Unit per più di 24 ore dal 01/06/2017 al 30/09/2017. I dati raccolti sono stati elaborati con funzioni di statistica descrittiva (frequenza, percentuale e media) al fine di identificare i dati dell'accertamento che sostengono i problemi assistenziali comuni ai pazienti dei due setting. Il protocollo di ricerca è stato autorizzato dal Comitato Etico Provinciale.

**RISULTATI** Nel periodo di rilevazione nella Struttura Complessa di Neurologia e Stroke Unit è stato chiesto il consenso ad un totale di 239 pazienti, di questi, 29 hanno rifiutato il consenso e 22 hanno espresso la volontà di interrompere la propria partecipazione allo studio. In totale sono state revisionate le cartelle di 73 donne e 115 uomini. I dati dell'accertamento che consentono di pervenire all'identificazione dei problemi assistenziali: DI e PC/CP fanno riferimento a 7 degli 11 Modelli Funzionali della Salute di Gordon. Non sono raccolti dati relativi ai Modelli di: Percezione di sé-concetto di sé, Sessualità e Riproduzione, Adattamento-tolleranza allo stress, Valori e convinzioni. I problemi assistenziali comuni ai pazienti dei due setting, ancorché con diverse frequenze, sono rappresentati da DI NANDA: Compromissione della mobilità, Compromissione della deglutizione, Compromessa comunicazione, Rischio di caduta, Percezione sensoriale disturbata: Vista, Udito, Equilibrio, Rischio/Compromissione dell'integrità cutanea, Ansia, Stipsi, Compromessa eliminazione urinaria, Inefficace liberazione delle vie aeree, e PC/CP Dolore/Cefalea, Ipo/Ipertensione. A tali problemi assistenziali sono stati ricondotti complessivamente 40 dati dell'accertamento, tutti compresi all'interno dello strumento di raccolta dati alla presa in carico del paziente.

**LIMITI** Lo studio è stato effettuato, per un tempo limitato e su un campione che non possiamo considerare rappresentativo della tipologia di pazienti del contesto.

**CONCLUSIONI** L'identificazione del NMDS comune ai pazienti della neurologia di Reggio Emilia, consente di incominciare a dare evidenza allo specifico ambito di competenza degli infermieri di tali setting assistenziali e di rendere evidente e concreto il loro agire quotidiano. Studi meglio disegnati permetteranno di verificare la validità e affidabilità di tale NMDS.

**Autore per la corrispondenza:** Bergamini Sara – Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia –  
Email: 202028@studenti.unimore.it



## 26. L'attività di supporto e di valorizzazione della ricerca scientifica nelle Aziende Sanitarie Regionali: l'esperienza dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria

Bertolotti Marinella, Dacquino Mariateresa, Ippoliti Roberto, Riva Franca, Antonio Maconi

*Azienda Ospedaliera SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria*

**BACKGROUND** L'Azienda Ospedaliera di Alessandria (A.O.) è riconosciuta nel piano sanitario regionale come ospedale di riferimento per le province di Alessandria e Asti, con i suoi tre presidi: il Santi Antonio e Biagio per acuti, il pediatrico Cesare Arrigo, il Teresio Borsalino, riabilitativo. È sede di Corso di Laurea in Infermieristica dell'UPO, conta circa 600 posti letto, dà lavoro a più di 2300 dipendenti. L'A.O. ha dato avvio nel 2011 al percorso di coordinamento dell'attività scientifica e promozione della ricerca istituendo la Struttura "Sviluppo e Promozione Scientifica" nella quale convergono attività finalizzate alla creazione di una identità aziendale negli ambiti della ricerca, della formazione e dell'innovazione, valorizzate nel corso delle Giornate Scientifiche aziendali.

**OBIETTIVI** -Promuovere, coordinare, supportare l'attività di ricerca e innovazione -Fornire ai dipendenti aziendali strumenti tesi a migliorare le proprie performance nei settori della ricerca, formazione e innovazione -Favorire la condivisione dei progetti di ricerca attivi nelle diverse articolazioni aziendali nell'ambito di un patrimonio comune.

**METODI** Sviluppare attività metodologiche per garantire: 1. Massima integrazione e multidisciplinarietà di approccio alla ricerca attraverso a. attivazione di gruppi di lavoro multidisciplinari b. graduale integrazione delle strutture aziendali nelle reti di ricerca nazionali ed europee, collaborazioni con le Università 2. Promozione e valorizzazione dell'attività scientifica attraverso l'implementazione dell'utilizzo di indicatori oggettivi di monitoraggio 3. Trasferimento dei risultati della ricerca nella pratica clinica ospedaliera e nell'attività assistenziale svolta sul territorio di riferimento 4. Qualità della ricerca.

**RISULTATI** Grazie al coordinamento delle attività di ricerca, formazione, innovazione e comunicazione scientifica da parte di un'unica Struttura, si evidenzia nel periodo 2010-2015 un incremento degli indicatori: 1. Grant Office La Regione Piemonte ha individuato l'A.O. come riferimento a supporto degli uffici regionali per questa attività. Indicativamente, attraverso il Grant Office sono stati raccolti circa 700.000 euro nel periodo considerato 2. Biblioteca Biomedica - Centro Documentazione Aziendale Attraverso la Biblioteca Biomedica, che afferisce alla Biblioteca Virtuale del Piemonte, è stato possibile realizzare il censimento della produzione scientifica aziendale, che ha portato alla realizzazione della rendicontazione scientifica annuale ed al calcolo del relativo Impact Factor (IF): i lavori censiti si registra un incremento dei lavori censiti che passano dai 321 prodotti nel 2010 agli 833 riferiti al 2015, con un analogo andamento dell'IF da 312.23 nel 2010 a 823.79 nel 2015 Nel periodo considerato sono stati realizzati 110 "Working Paper of Public Health (WP)", ovvero pubblicazione online ed Open Access dell'A.O., progressiva e multi disciplinare in Public Health (ISSN: 2279-9761) per una media annuale di 20 lavori. 3. Clinical Trial Center (CTC) Obiettivi: - coordinare gli studi clinici aziendali - favorire l'attivazione in A. O. di studi finanziati attraverso incontri su linee di ricerca specifiche - fornire supporto metodologico ai professionisti aziendali per l'avvio di uno studio e la stesura dei documenti necessari; a questo proposito il CTC ha realizzato corsi di formazione sulla metodologia della ricerca e sulla statistica di base - effettuare il monitoraggio degli studi attivati e dei progetti di ricerca Nel 2015 sono stati attivati un numero di studi doppio rispetto al 2010 4. Coordinamento tecnico-scientifico La Struttura nel periodo considerato ha implementato le seguenti attività: -Nucleo HTA-HTM-HTD ospedaliero: introduzione della metodologia, creazione di un nucleo di valutazione a supporto della Direzione Strategica e di un pool di facilitatori, con percorso di formazione sul campo che ha coinvolto circa 30 figure di diverse professionalità -Unità funzionale Interaziendale Mesotelioma (UFIM): supporto gestionale amministrativo dell'attività di ricerca - Centro Raccolta materiale biologico (Biorepository e Banca Biologica del Mesotelioma) -Registro della Robotica -Casa Domotica 5. Formazione: La Struttura ha preso parte alla costruzione del metodo sperimentale per acquisire i crediti ECM in autoapprendimento, grazie alla collaborazione con la Regione Piemonte.

**LIMITI** La principale criticità riscontrata nell'implementazione di questo modello è stata la difficoltà di interazione e integrazione dei settori coinvolti, ma soprattutto la carenza di una normativa regionale che identifichi un modello unitario per l'attività di ricerca e innovazione.

**CONCLUSIONI** Obiettivo futuro è condividere tale percorso a livello di area funzionale rendendo i risultati ottenuti strumenti di lavoro comuni e patrimonio sovra-aziendale delle tre ASR presenti nel territorio delle province di Alessandria e Asti, zona in cui l'A.O. di Alessandria è Hub di riferimento.

**Autore per la corrispondenza:** Bertolotti Marinella – Azienda Ospedaliera SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo di Alessandria –

Email: mbertolotti@ospedale.al.it

## 27. Allineamento alle evidenze scientifiche in ostetricia: la parte di iceberg che non emerge

Bettin Daiana<sup>1</sup>, Vitulo Anna<sup>1</sup>, Beltramello Claudio<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana, <sup>2</sup>Libero professionista

**BACKGROUND** L'area dell'ostetricia in Italia è tristemente nota per un tasso di parti cesarei primari che va dal 5% di alcune strutture al 93% di altre, con una media nazionale complessiva del 35,7% (uno dei più alti in Europa; soglia massima indicata dal WHO è il 15%). Tale variabilità non giustificabile scientificamente ha, in parte comprensibilmente, monopolizzato l'attenzione dei professionisti che stanno cercando di raggiungere degli standard accettabili secondo i principi dell'Evidence-Based Practice. Tuttavia, analizzando anche altri ambiti dell'ostetricia, emerge che vi sono numerose pratiche non Evidence-Based ancora diffusamente applicate evidenziando un ben più ampio gap tra evidenze scientifiche e pratica clinica.

**OBIETTIVI** Tale studio si configura nell'ambito degli studi qualitativi finalizzati a descrivere l'esistenza di alcuni fenomeni senza arrivarne a quantificarne nel dettaglio la prevalenza. L'obiettivo dello studio è quello di evidenziare un problema generale in ostetricia relativo alla latenza per l'allineamento alle Evidenze Scientifiche in numerose pratiche cliniche legate a gravidanza, parto e puerperio, mettendo in luce soprattutto una non-appropriatezza in eccesso che esita in una generale sovra-medicalizzazione del percorso nascita.

**METODI** Sono state intervistate 10 ostetriche e 10 medici specialisti in ginecologia ed ostetricia di altrettanti differenti punti nascita del nord-est, facendo riferimento alle linee guida "Taglio Cesareo: una scelta appropriata e consapevole. SNLG-ISS", "Gravidanza Fisiologica. SNLG-ISS", "Intrapartum care for healthy women and babies. NICE", "Alimentazione dei lattanti e dei bambini fino a tre anni: raccomandazioni standard per l'Unione Europea." chiedendo se nelle loro realtà lavorative vi erano scostamenti significativi dalle stesse.

**RISULTATI** Dalle interviste è emerso chiaramente che in tutte le 10 strutture sono ancora diffuse le seguenti pratiche che invece le LG sopramenzionate indicano come scorrette: Gravidanza: gestione medica delle gravidanze a basso rischio; numero di ecografie e di visite superiore a quelle previste per le gravidanze a basso rischio; test da carico orale di glucosio proposto di routine; cardiocografia di controllo prima della 41ma settimana gestazionale; mancato tentativo di rivolgimento per manovre esterne del feto podalico a termine; induzione per gravidanza oltre il termine prima della 42ma settimana. Travaglio e parto: non distinzione al ricovero tra pazienti ad alto e basso rischio; cardiocografia in continuum in travagli a basso rischio; digiuno da solidi e liquidi per l'intera durata del travaglio; libere posizioni durante il travaglio non consentite; parto vaginale dopo uno o due precedenti tagli cesarei non supportato; uso improprio di ossitocina in travagli fisiologici senza indicazione medica; esecuzione della manovra di Kristeller; episiotomia con indicazione diversa dalla sofferenza fetale acuta; posizione ginecologica in parto spontaneo; clampaggio precoce prima che il cordone cessi di pulsare; presenza del medico anche nei parti a basso rischio; mancato contatto pelle a pelle nel parto vaginale e nel taglio cesareo in anestesia locoregionale; mancato attacco al seno del neonato entro mezz'ora dal parto. (Oltre al già noto tasso eccessivo di Tagli Cesarei). Puerperio: rooming-in assente o parziale; allattamento a orario e non esclusivo; utilizzo di ciucci e biberon ad allattamento non avviato.

**LIMITI** Tale studio non è quantitativo pertanto non misura precisamente la diffusione di tali pratiche rimandando ad uno studio di prevalenza.

**CONCLUSIONI** Gli ambiti di scostamento dalle evidenze scientifiche in ostetricia sono numerosi e da alcuni dei quali derivano gravi conseguenze per la salute materno-infantile. Il senso medio di urgenza e preoccupazione tra ostetriche e ginecologi non sembra proporzionale al problema. Probabilmente la proliferazione dei contenziosi medico-legali in tale settore stanno contribuendo a mantenere pratiche non Evidence-Based alcune delle quali, paradossalmente, aumentano il rischio di danno evitabile per madre e bambino. Probabilmente rispetto ad altre discipline della medicina vi sono in tale settore maggiori resistenze all'allineamento alle evidenze proprio perché esse indicano pratiche volte a ridurre la medicalizzazione e a limitare gli interventi. Peraltro l'attuale sovra-medicalizzazione del percorso nascita risulta essere in netto contrasto con la sempre maggior consapevolezza delle donne rispetto alla naturalità dell'evento parto alimentando mancanza di fiducia e scarsa collaborazione tra sanitari e pazienti. È necessario agire per modificare tali comportamenti attraverso formazione di base e continua, simulazioni, attuazione di clinical audit, applicazione di tutti gli strumenti propri dell'implementation science e corretta informazione e coinvolgimento delle madri.

**Autore per la corrispondenza:** Bettin Daiana – Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana – Email: daiana.bettin@gmail.com



## 28. Trasporti secondari per pazienti pediatrici: audit clinico-organizzativo

Bianchi Margherita, Irico Laura, Gramatica Paolo, Visentin Raffaella, Fiore Domenica, Garufi Francesco, Trimarchi Antonino, Caruso Giovanni, Guala Andrea

ASL VCO

**BACKGROUND** Il trasporto in emergenza/urgenza del paziente pediatrico è un processo sanitario complesso che richiede diverse competenze cliniche e modelli gestionali-organizzativi integrati e predefiniti tra diverse aree sanitarie (Spoke, CO118, Hub). L'ASL VCO ha messo a punto due procedure per il trasporto secondario pediatrico (STEN e Non-STEN) al fine di garantire la tempestività e la sicurezza dei trasporti intra ed extra-aziendali (Ospedale-Ospedale, Ospedale-Centro di Riferimento).

**OBIETTIVI** Scopo dell'audit clinico-organizzativo è verificare e valutare l'applicazione e l'efficacia delle procedure "Servizio di Trasporto Emergenza Neonatale" (STEN) e "Procedura per i Trasporti Secondari" attivate sulla base delle indicazioni regionali. Obiettivo generale dell'audit è verificare e migliorare la sicurezza dei trasporti pediatrici intra ed extra-aziendali. Obiettivo specifico è garantire l'appropriatezza delle modalità di trasferimento, sulla base della valutazione dei rischi, identificando il personale e il mezzo più idoneo al trasporto in sicurezza.

**METODI** L'audit clinico-organizzativo è parte degli obiettivi aziendali affidati ai Direttori di Struttura Complessa nell'ambito della Scheda di Budget. Per facilitare la realizzazione dell'audit l'Ufficio Qualità mette a disposizione un format predefinito. Nel caso in oggetto sono stati pianificati, programmati ed effettuati 4 incontri della durata media di 90' cui hanno partecipato i Direttori e i Coordinatori delle SOC coinvolte nel processo (Pediatria, MCU, CO 118, DSPO) e la Responsabile Qualità che ha coordinato il gruppo di lavoro e redatto la relazione finale. L'Audit ha previsto l'analisi delle Cartelle Cliniche (CC) e la redazione di una griglia di raccolta dati con gli standard indicati dalle procedure aziendali. Nella griglia sono indicati i seguenti campi: Anno di osservazione, N° casi trasferiti (CC da esaminare), Età pz 0-18 aa (gg/mesi/anni), Motivo del trasferimento presso Hub Presenza del consenso informato al trasferimento, Presenza della Classe Ehrenwerth/Scheda STEN Presenza delle modalità di attivazione del trasferimento e del personale che effettua il trasferimento, Autorizzazione al trasferimento della DSPO, Scheda di monitoraggio durante il trasferimento. Considerata la numerosità della casistica (1% dei ricoveri ordinari della pediatria) semestralmente sono visionate tutte le CC dei pazienti trasportati presso gli HUB e, per ogni singolo caso, è compilata la griglia di monitoraggio trasporti redatta ad hoc.

**RISULTATI** Dalla raccolta dati del triennio 2014-16 e primo semestre 2017 è risultato che il n. medio di trasporti di pazienti pediatrici presso l'Hub è di 15 casi/anno di cui 3 neonati. Nell'82% dei casi è presente il motivo del trasferimento, nel 58% è indicata la modalità di trasferimento, nel 49% è presente il consenso informato firmato, nel 60% dei casi è compilata la scheda Ehrenwerth/Scheda STEN, nel 62% dei casi è individuato il personale che trasporta, nel 60% è presente l'autorizzazione della DSPO e solo nel 7% dei casi è presente e compilata la scheda di esito del trasporto. Confrontando i dati 2014-15-16 e il primo semestre 2017 si osserva, nell'ultimo anno, una maggiore aderenza alle indicazioni aziendali per quanto riguarda la presenza nelle Cartelle Cliniche dei consensi informati, delle autorizzazioni della DSPO, della diagnosi/sospetto diagnostico e delle schede di Ehrenwerth/STEN che consentono di stabilire la composizione del Team di Trasporto. Resta da migliorare la tracciabilità del monitoraggio durante il trasferimento all'Hub.

**LIMITI** Sebbene gli audit richiedano tempo e disponibilità del personale in ambiti spesso a scarse risorse, sono necessari al fine della verifica degli esiti a breve e medio termine consentendo azioni proattive. I risultati delle verifiche e delle valutazioni devono essere condivisi e discussi per la più ampia condivisione al fine del miglioramento dei processi sanitari grazie ad azioni correttive.

**CONCLUSIONI** Il rispetto delle indicazioni contenute nelle procedure aziendali ed in particolare la compilazione della scheda di valutazione dei rischi (scheda di Ehrenwerth modificata) consente, grazie ad un ragionamento clinico dello specialista pediatra, di valutare la classe di priorità e quindi di stabilire con chiarezza chi (personale medico, infermieri, volontari, etc.) debba effettuare il trasporto, come debba essere effettuato il trasporto e quali siano le caratteristiche e le attrezzature sanitarie del mezzo di soccorso. Il trasporto pediatrico di casi complessi richiede specifiche competenze e capacità che necessitano di esperienza e formazione dedicata.

**Autore per la corrispondenza:** Bianchi Margherita – ASL VCO – Email: [margherita.bianchi@aslvc.it](mailto:margherita.bianchi@aslvc.it)

## 29. La Contenzione Meccanica in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura: Audit Clinico-Organizzativo

Bianchi Margherita, Trimarchi Antonino, Zeppetelli Ermelinda, Caruso Giovanni

ASL VCO

**BACKGROUND** Nel 2011 la Direzione Sanitaria Aziendale, in seguito ad una segnalazione di evento sentinella pervenuta all'Unità di Gestione Rischio Aziendale, dà mandato alla Referente Qualità Aziendale di coordinare un Gruppo di Lavoro per la redazione e la validazione di una procedura per la "Corretta gestione della contenzione fisica nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC)" con lo scopo di aumentare la sicurezza dei pazienti e ridurre la contenzione a casi selezionati come "eccezionali" non diversamente trattabili.

**OBIETTIVI** Obiettivo dell'audit clinico-organizzativo è stato verificare l'applicazione della procedura come previsto dalla Scheda di Budget a firma del Direttore Generale e del Responsabile della SOSD SPDC, secondo gli indicatori stabiliti all'interno della procedura stessa e, nello specifico: 1. % Contenzioni effettuate nel rispetto della procedura / Anno - Standard > 90% 2. % Contenzioni effettuate/Anno - Standard < 6% Obiettivo finale della procedura aziendale era la riduzione progressiva del 10%/anno degli episodi di contenzione meccanica rispetto all'anno precedente, fino all'abrogazione entro l'anno 2018.

**METODI** La raccolta e la valutazione degli indicatori attività sono a carico del Responsabile Qualità Aziendale che li richiede al Controllo di Gestione, la raccolta degli indicatori di processo è a carico dal Coordinatore Infermieristico che utilizza apposite schede. Annualmente il Responsabile del Reparto trasmette al Responsabile Qualità Aziendale i dati di monitoraggio con una relazione motivata in caso di non raggiungimento del target previsto. I dati di processo della Contenzione meccanica sono estrapolati dalle tre schede previste dalla procedura (scheda per la prescrizione medica, scheda per il monitoraggio della contenzione, scheda di fine contenzione su prescrizione medica) presenti nelle Cartelle Cliniche dei Pazienti oggetto di contenzione meccanica. Tutti gli episodi di contenzioni sono tracciati su un registro cartaceo dedicato. Il Responsabile Medico del SPDC indice e coordina semestralmente la valutazione collegiale dei dati per le azioni migliorative/correttive e per la relazione annuale da trasmettere al Responsabile Qualità Aziendale.

**RISULTATI** Sono stati analizzati, confrontati e valutati i dati di attività del Reparto (dati correnti) e di processo (dati contenzioni) a partire dal 1° gennaio 2012 al 30 settembre 2017. Dai dati di attività risulta che il 90 % dei ricoveri è in regime d'urgenza e nel 6% per TSO. Il Tasso Medio di Occupazione dei posti letto è del 78% (standard 85%), la degenza media è di 11 giorni (Standard 12 giorni) e il peso medio (complessità) dei DRG è basso (<0,9). Dalla verifica degli indicatori di processo (dati contenzioni meccaniche) emerge che su una media di 300 ricoveri l'anno ci sono 67 episodi (22%) di contenzione che hanno coinvolto una media di 22 pazienti (7%). Tutte le contenzioni meccaniche sono state attuate secondo i criteri di sicurezza stabiliti dalla procedura (controllo infermieristico del paziente ogni 30' e scontenzione a rotazione degli arti ogni 2 due ore per un minimo di 10' per arto, monitoraggio dei parametri vitali e stato degli organi, assistenza). Le cause ricorrenti che hanno indotto alla contenzione sono: prevenzione delle cadute in stati confusionali da malattie esogene, tentativi anticonservativi, stato di alterazione da alcool/sostanze, garantire/favorire il riposo notturno, richiesta del Paziente per «gestire la rabbia». Si evidenzia che il target di riduzione scalare (10%/anno) delle contenzioni secondo quanto indicato in procedura non è stato raggiunto e che, al contrario, il numero delle contenzioni/anno è stabile.

**LIMITI** L'attività di audit con verifica delle cartelle cliniche e la raccolta sistematica degli indicatori di processo con schede cartacee è impegnativa e richiede un aggravio di lavoro anche per carenza di flussi informatizzati. La complessità della gestione di Pazienti con comportamenti pericolosi auto/eterodiretti merita ulteriori approfondimenti sia in relazione alla tipologia dei Pazienti che afferiscono al SPDC (Patologia Psichiatrica, Organica, Psico-Sociale, Dipendenza da Alcool/Sostanze Psicotrope, etc.) che alla possibilità di validi e sicuri trattamenti terapeutici alternativi alla contenzione. Il frequente turnover di personale è un ulteriore elemento critico per la coesione del Team e, quindi, per il recepimento e la condivisione di ambiziosi obiettivi qualitativi.

**CONCLUSIONI** La verifica da parte del Team degli indicatori selezionati ha consentito una valutazione dello stato dell'arte della procedura, dei motivi di ricovero in SPDC e delle diagnosi di dimissioni da cui emergono possibili elementi di inappropriatazza. Dalla riflessione collegiale è ribadita la volontà di eliminare la contenzione meccanica quale strumento di "Cura". È emersa la necessità di promuovere momenti formativi, di aggiornamento dedicato e di autovalutazione.

**Autore per la corrispondenza:** Bianchi Margherita – ASL VCO – Email: [margherita.bianchi@aslvc.it](mailto:margherita.bianchi@aslvc.it)

### 30. Migliorare l'appropriatezza del Triage Riabilitativo in Ospedale per acuti attraverso un progetto formativo multi-professionale

Biscontini Devid, Saiu Maria Pia, Ontari Gianluca, Mancinelli Luciano, Pettinacci Luciano, Mencacci Marco, Carnio Gabriella, Vafiadaki Adamantia, Rosi Piero, Pacchiarini Diamante

*Azienda Ospedaliera di Perugia*

**BACKGROUND** L'applicazione di un'organizzazione di tipo triage nell'Area Riabilitativa dell'Azienda Ospedaliera di Perugia è motivata dallo sviluppo di un processo di gestione informatizzata della consulenza riabilitativa per il raggiungimento e la migioria dell'appropriatezza organizzativa. L'assetto organizzativo del triage riabilitativo prevede tre diverse fasi di urgenza: codice Rosso, indica che entro 1 ora il paziente deve ricevere una valutazione ed eventuale trattamento riabilitativo; codice Giallo, viene applicato quando la valutazione deve essere effettuata entro le 12 ore e non oltre se la richiesta viene inviata entro le ore 12:00, altrimenti entro le 24 ore; infine, il codice Bianco, viene erogato entro le 24/48 ore. Per ridurre l'errore di richiesta di consulenza riabilitativa è stato costituito un progetto formativo che prevedeva l'individuazione di gruppi di lavoro multi-professionali, composti da personale della riabilitazione, medici ed infermieri delle strutture di degenza dell'Azienda Ospedaliera di Perugia. Lo scopo ultimo dei gruppi di lavoro era quello di condividere percorsi e tipologia di intervento riabilitativo per patologie di pertinenza riabilitativa esitali, con attenzione particolare alla definizione dei criteri di priorità che determinano il grado di urgenza.

**OBIETTIVI** L'obiettivo del progetto è stato quello di orientare gli interventi riabilitativi ai principi dell'appropriatezza e dell'efficacia secondo un modello di triage riabilitativo, attraverso un'implementazione di strumenti della Evidence- Based Practice.

**METODI** È stato realizzato un progetto della durata complessiva di 35 ore, che ha previsto una metodologia blended con 5 ore di formazione residenziale e 30 ore di formazione sul campo, strutturata in gruppi di lavoro/miglioramento/studio sui criteri di appropriatezza nella presa in carico dei pazienti affetti da differenti esiti, quali: trauma cranio-encefalico medio grave con mobilitazione precoce in Unità di Terapia Intensiva (UTI), esiti di interventi di cardiocirurgia, percorso del paziente con BPCO riacutizzata, esiti di patologie oncoematologiche nel bambino e nell'adulto, insufficienza respiratoria nell'immaturo e percorso del paziente con ICTUS ischemico ed emorragico. Il metodo di lavoro prevedeva che ogni gruppo provvedesse all'analisi della letteratura e delle linee guida di riferimento confrontandole con le procedure operative adottate, per identificare lo scostamento della practice aziendale da quanto raccomandato, e soprattutto, gli eventuali ostacoli esistenti all'applicazione delle raccomandazioni nel modello di triage riabilitativo. Alla fine di tale analisi ogni gruppo provvedeva all'elaborazione di un diagramma di flusso o flowchart.

**RISULTATI** È stata realizzata un'analisi retrospettiva delle codifiche attribuite ai diversi codici (Rosso/Giallo/Bianco) di consulenza per il triage riabilitativo, mettendo a confronto il primo quadrimestre del 2016 (da Gennaio ad Aprile), antecedente al corso di formazione, rispetto al primo quadrimestre del 2017, periodo successivo all'evento formativo. L'analisi ha evidenziato come nel primo quadrimestre del 2016 su un totale di 3.698 richieste di consulenza riabilitativa, la stadiazione complessiva di triage si presentava suddivisa con lo 0% per il codice Rosso, il 7,7% per il codice Giallo e il 92,3% per il codice Bianco. Dopo il periodo di evento formativo (da Maggio a Dicembre 2016), analizzando il primo quadrimestre del 2017, si nota che su un totale di 3.898 richieste di consulenza riabilitativa la stadiazione complessiva secondo il modello triage mostrava lo 0% per il codice Rosso, il 6,5% per il codice Giallo e il 93,5% per il codice Bianco. Si evince come l'evento formativo abbia portato a un incremento delle richieste di consulenza riabilitativa, ma soprattutto a una maggiore appropriatezza rispetto al codice Giallo, in quanto molte delle richieste di consulenza del 2016 risultavano inappropriate e attribuibili al codice Bianco, con una discordanza tra il professionista che richiedeva la consulenza e il professionista che la espletava.

**LIMITI** L'analisi portata in esame ha un campione e un periodo limitato di valutazione. Una compliance non omogenea dei partecipanti al corso in quanto dei 36 convocati, lo stesso è stato portato a termine da 28 professionisti, i quali hanno preso parte almeno al 90% delle 35 ore.

**CONCLUSIONI** I risultati più rilevanti sono quelli inerenti la richiesta di consulenza riabilitativa per codice Giallo di urgenza. Inoltre il risultato ottenuto dalla modalità formativa proposta, alla quale ha partecipato solo un esiguo campione di partecipanti se relazionato alla numerosità dei professionisti di una Azienda Ospedaliera di terzo livello, è ancor più significativo quando si considera che tale dato non è andato disperso nel momento in cui la valutazione dell'appropriatezza delle richieste sarà effettuata considerando la globalità dei professionisti operanti in Azienda. Riteniamo che alla luce di questi risultati, la condivisione multidisciplinare e multiprofessionale secondo un modello formativo volto all'implementazione degli strumenti della Evidence-Based Practice costituisce il primo passo per il miglioramento e adeguamento dell'appropriatezza e dell'efficacia del triage riabilitativo in ospedale.

**Autore per la corrispondenza:** Biscontini Devid – Azienda Ospedaliera di Perugia – Email: [devidbiscontini@yahoo.it](mailto:devidbiscontini@yahoo.it)

### 31. Rilettura organizzativa della rete consultoriale e della ginecologia territoriale in ASL TO4

Bogliatto Fabrizio, Miletta Michela, Traina Mario, Di Gioia Salvatore

ASL TO4

**BACKGROUND** L'ASL TO4 si distingue per l'ampia estensione territoriale, che abbraccia territori con caratteristiche molto differenti tra loro in termini di popolazione ed esigenze, passando da territori montani alla prima cintura torinese. Dalla complessità del sistema territoriale nasce l'esigenza strutturale di ridefinire un modello omogeneo, efficace ed efficiente di Cure dei consultori e della ginecologia specialistica territoriale.

**OBIETTIVI** Efficientizzazione della rete consultoriale, mediante l'applicazione di un modello di governance Creazione di percorsi assistenziali trans-murali territorio-ospedale: produzione, implementazione e monitoraggio di 10 PDTA ostetrico-ginecologici Introduzione di un modello valutativo della performance clinico organizzativa Valorizzazione del capitale umano: progetti di formazione e sviluppo professionale continui finalizzati al miglioramento della qualità dell'assistenza e all'implementazione di percorsi assistenziali possibili, ma mai avviati prima Incremento dei servizi con modalità iso-risorse, mediante una rimappatura organizzativa di risorse tecno-strutturali e umane.

**METODI** Ricognizione e lettura analitica del fabbisogno e dei servizi a tempo t0 (febbraio 2017) valutazione delle attività in termini di appropriatezza delle prestazioni erogate ed equità di erogazione in ambito territoriale riorganizzazione strutturale delle attività con ridefinizione delle modalità clinico-assistenziali ricognizione e lettura analitica dei servizi a tempo t1 (novembre 2017).

**RISULTATI** La ricognizione e lettura analitica dei servizi consultoriali di tutti i distretti dell'ASL TO4 ha evidenziato un'eterogeneità organizzativa ed assistenziale, che, nel corso degli anni, ha condotto a disuguaglianza assistenziale per l'utenza, in termini di modalità di accesso e di fruizione dei servizi stessi. In particolare l'assenza della figura ostetrica in alcune sedi, la mancanza di spazi ad accesso libero, l'attività programmata con sovrapposizione di prestazioni consultoriali e di ginecologia sono risultate le criticità più rilevanti. Sono stati posti in essere i seguenti correttivi: - istituzione di fasce di accesso libero quotidiano per l'utenza in ogni distretto - presenza della figura ostetrica in tutte le realtà, con mobilitazione volontaria delle unità ostetriche dai distretti a numerosità superiore - gestione della gravidanza fisiologica da parte della professionista ostetrica attraverso l'utilizzo di procedure standardizzate e codificate da parte del controllo di gestione in accordo con gli standard qualitativi ISO9000 - valorizzazione dello specialista ginecologo in attività specifiche di competenza con istituzione di servizi ecografici ostetrici e di diagnostica prenatale, di uroginecologia, di ecografia ginecologica - creazione di percorsi di invio ai presidi ospedalieri di competenza dopo valutazione del ginecologo - ampliamento dei servizi consultoriali mediante link con la Rete di Patologia del Basso Tratto Anourogenitale già presente in ASL TO4 (riabilitazione perineale e uro ginecologia ambulatoriale) - predisposizione di percorsi di cura basati su evidenze scientifiche e omogenee in ciascuna area del territorio - programmazione dell'attività dello screening del cervico-carcinoma con modalità congrua alla popolazione target di ciascun distretto con calibrazione degli inviti sulla base delle donne invitabili per area - valorizzazione di specifiche competenze degli operatori dei consultori per sviluppo e implementazione di progettualità assistenziali (es. riabilitazione perineale, consultorio giovani) - implementazione delle risorse strumentali con acquisizione di ecografi e apparecchi per il biofeedback nelle sedi principali - messa in rete delle prestazioni attraverso agende informatizzate con sostituzione delle agende cartacee e utilizzo di cartelle cliniche digitalizzate. La ricognizione e lettura analitica dei servizi al tempo t1 ha evidenziato la ridefinizione delle prestazioni erogate con razionalizzazione delle risorse e loro allocazione. Si è assistito ad una implementazione della ginecologia specialistica ambulatoriale con abbattimento delle liste d'attesa. La presa in carico da parte dell'ostetrica delle gravidanze fisiologiche ha permesso di incrementare l'attività ginecologica da parte degli specialisti territoriali a isorisorse. L'utilizzo delle procedure ha portato ad una equità procedurale. È stato possibile reinvestire la professionalità medica in servizi e prestazioni dall'elevato *value* prima sottoutilizzate.

**LIMITI** La carenza di risorse umane aggiuntive al personale assegnato al tempo t0 rappresenta la criticità principale nella programmazione di nuove attività.

**CONCLUSIONI** Garantire equità di accesso all'utenza, definire uno standard qualitativo per le prestazioni erogate comune su tutto il territorio di competenza, ottenere trasversalità e omogeneizzazione con l'organizzazione di una SSD Dipartimentale Consultori, ha permesso di incrementare la cura della popolazione target.

**Autore per la corrispondenza:** Bogliatto Fabrizio, Medico Chirurgo – ASL TO4 – Email: fbogliatto@aslto4.piemonte.it

## 32. Incident reporting e audit gestione chiamate di emergenza: il modello N.U.E. 1.1.2. regioni Piemonte e Valle d'Aosta

Bono Danilo<sup>1</sup>, Occeili Walter<sup>1</sup>, Marchese Irene<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ASL CN2, ASL TO3

**BACKGROUND** Le Regioni Piemonte e Valle d'Aosta, nel periodo 31 gennaio 2017 – 13 giugno 2017, hanno dato avvio al Numero Unico di Emergenza Europeo (NUE) 1.1.2., secondo il modello della Centrale Unica di Risposta (CUR). Sono state individuate, per un bacino di utenza complessivo di 4.573.532 abitanti, n. 2 CUR: - CUR 1 Torino, con sede a Grugliasco e 2 postazioni remotizzate ad Aosta e 2.438.648 abitanti di riferimento - CUR 2 Cuneo, con sede a Saluzzo e 2.134.884 abitanti di riferimento. L'obiettivo perseguito con l'introduzione del NUE 1.1.2. è quello di incrementare l'efficacia nella gestione delle chiamate d'emergenza, attraverso la realizzazione di un funzionale punto di contatto, ossia la CUR, tra l'utente e le centrali operative di secondo livello (PSAP 2) Arma dei Carabinieri, Emergenza Sanitaria, Polizia di Stato, Polizia Locale (solamente se operativa H24), Vigili del Fuoco. Le CUR si occupano della ricezione delle chiamate provenienti sia da rete fissa che mobile, della localizzazione del chiamante, della gestione del primo contatto con l'utente, dello smistamento della fonia e della scheda contatto verso il PSAP 2 competente, ovvero del filtro delle chiamate improprie. È esclusa la competenza della CUR relativamente alla gestione operativa dell'emergenza sul territorio, compito esclusivo dei PSAP2.

**OBIETTIVI** Al fine di garantire una risposta efficace ed omogenea agli utenti si è rivelato indispensabile introdurre un sistema strutturato di identificazione ed analisi di eventuali aree di criticità, sia attraverso segnalazioni da parte degli Operatori/Capi Turno di eventi indesiderati (eventi significativi e quasi-eventi) riconducibili ad ipotesi codificate, sia attraverso una attività di audit da parte dei Responsabili, della corrispondenza della performance della chiamata a standard di gestione predefiniti.

**METODI** L'Operatore/Capo Turno che, durante lo svolgimento della propria attività, incorre in eventi avversi (eventi che comportano una conseguenza non intenzionale e non desiderabile) o in quasi-eventi (accadimenti che hanno la potenzialità di causare un evento avverso, che non si verifica per caso fortuito, o perché intercettato, o perché non ha comportato conseguenze avverse), su base volontaria ed eventualmente anonima, compila la scheda di Incident Reporting. La suddetta scheda si compone di due parti: - generale: C.U.R. di appartenenza, Operatore (dato facoltativo), turno, numero scheda, data ed ora - specifica: individuazione di ipotesi tipiche di evento (errata localizzazione, errata individuazione Ente competente, modifica PSAP2 a seguito di primo inoltro, violazione procedure, altro) o quasi-evento (errata o incompleta comunicazione da parte dell'utente con localizzazione corretta, errore di sottocategorizzazione con individuazione corretta PSAP2, attribuzione schede per conoscenza al di fuori delle ipotesi previste, altro); spazio dedicato ad una breve descrizione dello stesso; elenco di fattori che possono aver contribuito al verificarsi del medesimo e di fattori che ne hanno minimizzato l'esito ed, infine, uno spazio rivolto ad accogliere proposte di percorsi di miglioramento. A seguito della compilazione della scheda di Incident Reporting, oppure in occasione dei riascolti delle chiamate in numero standard e casuale per ogni Operatore/turno o della ricerca di tracce telefoniche ai fini di rilascio agli aventi diritto, i Responsabili N.U.E. procedono con l'attività di audit di gestione della chiamata. Viene, in questo modo, verificata l'aderenza alle procedure operative (risposta standard, localizzazione, conduzione intervista telefonica), comportamentali (irrepreensibilità dell'intervista all'utente e del passaggio al PSAP2), tecnologiche ed il rispetto delle tempistiche standard. I Responsabili effettuano, infine, una valutazione di esito, da una situazione pericolosa o di danno potenziale/ evento non occorso, ad una di danno grave occorso (esito significativo), determinando una stima della probabilità di riaccadimento e dando evidenza dei provvedimenti intrapresi.

**RISULTATI** I benefici attesi sono i seguenti: - collaudare lo strumento di rilevazione degli eventi/quasi eventi e di audit di gestione della chiamata - costruire una banca dati ai fini della gestione del rischio - individuare aree di criticità organizzative ed eventuali carenze di sistema con conseguente attivazione di percorsi di miglioramento - coinvolgere gli operatori e sensibilizzarli anche attraverso attività formative.

**LIMITI** Attraverso la previsione di un'attività di audit da parte dei Responsabili, il modello ha avviato al limite rappresentato dalla volontarietà della segnalazione da parte degli Operatori Capi Turno.

**CONCLUSIONI** Il modello di Reporting&Learning ha rappresentato uno strumento particolarmente utile nella fase di identificazione ed analisi di aree di criticità ed attivazione di percorsi di miglioramento, al fine di individuare eventuali difetti di sistema che favoriscano l'insorgere di eventi, prima che questi si manifestino con conseguenze dannose.

**Autore per la corrispondenza:** Marchese Irene – ASL TO3 – Email: irene\_marchese@libero.it

### 33. Ridurre i ricoveri evitabili e migliorare la performance ospedaliera: il modello delle cure intermedie come scelta strategica aziendale in ASL TO3

Boraso Flavio<sup>1</sup>, Passi Stefano<sup>1</sup>, Minniti Davide<sup>1</sup>, Morelli Pamela<sup>1</sup>, Galassi Roberto<sup>2</sup>, Occhi Mauro<sup>1</sup>, Rebora Monica<sup>1</sup>, Siliquini Roberta<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ASL TO3, <sup>2</sup>Cooperativa Sociale PG Frassati, <sup>3</sup>Università degli Studi di Torino

**BACKGROUND** L'attuale scenario demografico-epidemiologico ha costretto, in questi ultimi anni, ad una necessaria rimodulazione dell'organizzazione del setting ospedaliero e di quello territoriale nell'ottica del rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e dell'ottimizzazione di costi e risorse correlate alla degenza ospedaliera. Le attuali criticità, alla base di una sostanziale e necessaria implementazione dell'organizzazione dell'area delle cure intermedie, si riferiscono in particolare ad una reale difficoltà alla dimissione dalla fase acuta ospedaliera e all'insufficiente governo clinico-assistenziale nelle fasi di integrazione tra i servizi ospedalieri e territoriali. Nonostante le azioni intraprese, tra cui si annovera la creazione di posti letto a valenza territoriale per la continuità delle cure (CAVS), l'analisi di tali processi non ha evidenziato i benefici sperati in termini economici e di esito clinico.

**OBIETTIVI** L'obiettivo consiste nell'elaborazione di un modello innovativo (basato sui principi di domiciliarità, modularità assistenziale e gestione mista) per la gestione del paziente in dimissione ospedaliera.

**METODI** È stata condotta una valutazione sul campione arruolato nel progetto pilota per il periodo dicembre 2016-giugno 2017. È stato realizzato un modello di ospedalizzazione a domiciliare modulare. Sono stati analizzati outcomes di tipo economico e di esito clinico.

**RISULTATI** Nel periodo pilota sono stati arruolati N.17 pazienti dimessi dall'Ospedale di Susa e residenti nel distretto omonimo, di cui N. 9 dimessi dal reparto di medicina, N. 5 dall'area chirurgica e N. 3 presi in carico dal Pronto soccorso. La degenza media si è attestata a 28.4 giorni con tempo di attesa medio tra valutazione territoriale e presa in carico di 2.6 giorni. L'82% presentava un score assistenziale a T0 di grado elevato (>15) ed uno score sanitario di grado medio nel 47%. Nel 24% dei pazienti lo score assistenziale a T0 ha avuto un miglioramento nei 30 giorni mentre nel restante 76% è rimasto invariato. Lo score sanitario è migliorato nel 20% dei pazienti mentre nel restante 80% il carico sanitario è rimasto invariato. Solo due pazienti hanno richiesto l'invio in regime di urgenza al pronto soccorso. La spesa media, sostenuta dall'azienda sanitaria, per la gestione di tali pazienti si è attestata a 2.700€/pz (95€/die/pz), mentre la spesa totale relativa alla farmaceutica erogata in regime domiciliare è stata di 1.465,27€ (di cui 624,43€ per i farmaci e 840,84€ per i presidi). Modello decisamente "concorrenziale se paragonato ai 130€/die/pz che normalmente vengono spesi per pazienti con le stesse caratteristiche trasferiti nei CAVS aziendali, tenuto altresì conto del grande valore etico-sociale nel poter essere assistiti e curati nella propria abitazione. Infatti la customer satisfaction, valutata mediante questionario anonimo, mostra un'elevata percentuale di gradimento (>90%) sia da parte dell'utente sia del care giver.

**LIMITI** L'attuazione del progetto ha permesso di individuare due aspetti fortemente critici perché necessari e fondamentali per la realizzazione del progetto stesso, rappresentati dalla necessità di una figura infermieristica con valenza di case manager ed il secondo elemento dalla scelta del setting territoriale più appropriato per la sperimentazione di tale modello, che a nostro avviso si concretizza nel territorio montano a forte dispersione demografica. Infine va evidenziata la "resistenza" di molti pazienti nella scelta di un modello non residenziale.

**CONCLUSIONI** Numerose sono le esperienze nazionali, ma tale progetto rappresenta a livello aziendale un modello organizzativo unico nel suo genere e con caratteri innovativi rispetto all'attuale scenario organizzativo. A seguito degli ottimi risultati di esito relativi allo studio pilota l'ASL TO3 ha deciso di istituzionalizzare tale home care nel territorio di competenza.

**Autore per la corrispondenza:** Alesina Marta – Università degli Studi di Torino – Email: marta.alesina@unito.it



### 34. Is less always more? L'appendicetomia videolaparoscopica con stapler o con endoloop, due tecniche a confronto nella AUSL di Bologna

Brigati Giovanni, Ortolani Elisa, Zuccheri Paola, Sarchione Nicoletta, Falcone Patrizia, Cotti Fortunata, Di Sanza Giusy, Borsari Morena, Di Saverio Salomone, Jovine Elio

*Azienda USL di Bologna*

**BACKGROUND** L'approccio laparoscopico per il trattamento della appendicite è ormai ampiamente accettato a livello clinico, e rappresenta uno degli interventi più comuni in chirurgia generale. L'appendicectomia laparoscopica consente una riduzione delle infezioni della ferita, tempi di recupero più rapidi, ed un più veloce rientro alla vita attiva da parte del paziente rispetto alla classica chirurgia "open". La tecnica chirurgica prevede la chiusura della base dell'appendice utilizzando o una suturatrice meccanica (stapler) o mediante legatura con filo di sutura riassorbibile conformato a loop (endoloop). La suturatrice meccanica presenta il vantaggio della facilità di utilizzo, di essere meno operatore dipendente, e di consentire una vera e propria sigillatura della appendice grazie alla apposizione di una doppia fila di punti metallici; d'altra parte sono stati riportati in letteratura casi di ostruzione intestinale attribuibili all'uso delle stapler. L'endoloop ha il vantaggio di essere più economico (28.5€ vs 394 € della stapler), di essere riassorbibile, ma richiede una maggiore manipolazione della appendice, inoltre potrebbe cedere, causando ascessi intra-addominali.

**OBIETTIVI** Questo lavoro preliminare ha l'obiettivo di presentare lo stato dell'arte dell'AUSL Bologna e indagare sulle possibili implicazioni, in termini di risparmio economico, derivanti da azioni di governo clinico sul tema.

**METODI** L'analisi è stata effettuata considerando gli interventi chirurgici di appendicectomia videolaparoscopica (VLP) eseguiti negli anni 2013-2016 nei blocchi operatori in cui il grado di informatizzazione permette il collegamento del materiale a singolo paziente e tracciatura dello stesso con codifica ICD9 dal verbale operatorio. I dati di attività sono stati estrapolati utilizzando il software modulare UMS Digistat che gestisce tutti gli eventi intra-operatori (pianificazione, cartella anestesiológica, scarico dei materiali per intervento chirurgico, refertazione) dall'ingresso del paziente nel blocco operatorio alla sua uscita. Siamo quindi andati ad estrarre ed analizzare l'utilizzo di suturatrici meccaniche ed endoloop da parte dei due blocchi operatori di due diversi ospedali della AUSL di Bologna, che avevano la maggiore casistica per questa tipologia di intervento.

**RISULTATI** Nel periodo 01/01/2013-31/12/2016, l'equipe chirurgica A, ha effettuato 406 interventi di appendicectomia VLP; complessivamente la stapler è stata utilizzata nel 56% degli interventi (N= 406), mentre l'endoloop nel 22% delle procedure (N=88); in 30 interventi sono stati utilizzati entrambi i device. Nel periodo 30/04/2015-31/12/2016, l'equipe chirurgica B, ha effettuato 156 interventi di appendicectomia VLP; complessivamente la stapler è stata utilizzata nel 6% degli interventi (N=9), mentre l'endoloop nel 78% delle procedure (N= 122); in 10 interventi sono stati utilizzati entrambi i device. Ipotizzando che la equipe A non avesse una casistica di pazienti più complessa della equipe B, abbiamo intervistato i clinici per capire l'origine tali differenze, ed abbiamo rilevato che la preferenza dell'endoloop da parte della equipe B originava da una maggiore confidenza con la tecnica in oggetto derivante da anni di formazione sul campo. Mentre nell'equipe A l'utilizzo della suturatrice era riconducibile al maggiore turn-over di chirurghi, alla presenza di medici in formazione ed alla maggiore confidenza con questo dispositivo.

**LIMITI** L'analisi sugli interventi della equipe B, ha una casistica inferiore in quanto l'informatizzazione del blocco operatorio è avvenuta in un secondo tempo rispetto alla equipe A.

**CONCLUSIONI** Questo lavoro preliminare mostra la non omogeneità di utilizzo di due tecniche chirurgiche tra due diverse equipe appartenenti alla stessa Azienda. Considerando le differenze di costi tra i due dispositivi, sarebbe possibile, qualora si dimostrasse la non inferiorità di una tecnica rispetto all'altra, razionalizzare ed ottimizzare le risorse sanitarie, coniugandole con le esigenze del paziente. Stiamo infatti disegnando uno studio retrospettivo di confronto per valutare se le due tecniche chirurgiche siano sovrapponibili da un punto di vista clinico per trovare una risposta a tale quesito.

**Autore per la corrispondenza:** Brigati Giovanni – Azienda USL di Bologna – Email: g.brigati@ausl.bologna.it

## 35. Misure preventive e strategie di intervento negli incidenti stradali

Bulgheroni Paolo, Aimetti Daniela, Ciarlo Immacolata, Cherchi Laura, Tettamanzi Elena

*ATS Insubria*

**BACKGROUND** In tutti i Paesi occidentali gli eventi incidentali della strada rappresentano un rilevante problema sanitario e sociale. Nei Paesi europei oltre 120.000 individui ogni anno perdono prematuramente la vita a causa di incidenti stradali mentre nel mondo si calcola che annualmente le vittime siano oltre 1.200.000. In tutto il mondo, gli incidenti stradali rappresentano una delle principali cause di morte nella fascia di popolazione compresa tra 5 - 44 anni. In Italia, nel 2014, si sono verificati 177.031 incidenti stradali con lesioni a persone, che hanno provocato la morte di 3.381 individui e il ferimento di altri 251.147. I fattori di rischio degli incidenti stradali sono legati principalmente alla guida distratta, al mancato rispetto delle regole di sicurezza e di precedenza, alla velocità troppo elevata, all'uso dei cellulari e al mancato utilizzo di sistemi di protezione (cinture, casco, seggiolini). Comportamenti ad alto rischio riguardano la guida in stato di ebbrezza alcolica e sotto l'effetto di sostanze stupefacenti, mentre importanti fattori individuali riguardano le condizioni di salute, l'età, l'assunzione di farmaci che compromettono l'attenzione. La scarsa sicurezza dei veicoli e l'inadeguatezza delle infrastrutture stradali costituiscono ulteriori elementi di rischio per gli incidenti stradali. Il Programma Europeo della Sicurezza Stradale 2011-2020 prevede un dimezzamento dei morti sulle strade nel periodo 2011-2020 e una riduzione complessiva dei feriti gravi. La prevenzione degli incidenti stradali e la riduzione della gravità dei loro esiti costituiscono un'area di intervento prioritario del Piano Nazionale della Prevenzione 2014-2018.

**OBIETTIVI** Ridurre i decessi e i ricoveri correlati ad incidenti stradali e aumentare il numero di soggetti con comportamenti adeguati sotto il profilo della sicurezza stradale.

**METODI** Esistono numerosi interventi che possono essere attuati in modo efficace per limitare gli effetti degli incidenti stradali. Priorità di intervento: migliorare la base di dati sugli effetti sanitari degli incidenti stradali; migliorare le conoscenze in tema di sicurezza stradale, specie nei giovani, e la consapevolezza dei rischi correlati a comportamenti inadeguati alla guida; coinvolgere scuole, famiglie, Uffici e Enti Pubblici (Prefettura, Motorizzazione Civile, Comuni), scuole guida; promuovere stili di vita corretti nella popolazione, con particolare attenzione alle fasce più fragili; promuovere interventi intersettoriali finalizzati a migliorare la sicurezza dei veicoli e delle strade; promuovere una politica mirata alla mobilità sostenibile.

**RISULTATI** Le misure di prevenzione e le strategie di intervento per ridurre gli effetti sanitari degli incidenti stradali si basano su un approccio integrato che prevede il coinvolgimento di numerose istituzioni e attori sociali. Il ruolo della sanità pubblica per la prevenzione degli incidenti stradali prevede una attenta informazione/formazione della popolazione sui fattori che possono influenzare lo stato psicofisico alla guida (es., alcol, droghe, farmaci) e sui rischi correlati alla guida senza sistemi di protezione (casco, cinture, sistemi di ritenuta per i bambini). Ulteriore ambito di intervento è una attività di sensibilizzazione e indirizzo verso la popolazione e le istituzioni per la promozione di una mobilità sostenibile e sicura (es., trasporto pubblico, car-pooling, car-sharing, pianificazione territoriale, ecc.).

**LIMITI** In generale, non sempre la sicurezza è adeguatamente considerata quale elemento essenziale dagli utenti della strada. Non appare del tutto riconosciuta la percezione del rischio sanitario da eventi incidentali, specie nelle situazioni dove atteggiamenti imprudenti possono prevalere.

**CONCLUSIONI** Il costante miglioramento delle condizioni di sicurezza degli utenti della strada rimane un obiettivo significativo di sanità pubblica. Se è vero che il fenomeno della incidentalità stradale assume oggi nel nostro Paese una rilevanza particolarmente preoccupante, ogni misura deve essere adottata per prevenire, con strumenti efficaci, il rischio di una quota di mortalità e morbosità francamente evitabile nella popolazione. La medicina preventiva, in tutte le sue diverse articolazioni, potrebbe anche in questo ambito fornire supporto, ad esempio, agli organismi preposti alla sicurezza, alle scuole, agli Enti locali per promuovere una cultura della sicurezza sulla strada, fornendo anche un contributo per il dimensionamento del fenomeno sotto il profilo sanitario ed epidemiologico. Anche in questo caso, la prevenzione deve essere adeguatamente enfatizzata in considerazione della sua notevole importanza.

**Autore per la corrispondenza:** Bulgheroni Paolo – ATS Insubria – Email: bulgheronip@ats-insubria.it



## 36. Progetto REACT (Registro Accessi Continuità Assistenziale Toscana)

Calusi Giovanni<sup>1</sup>, Capodarca Cosimo<sup>1</sup>, Celotto Stefano<sup>2</sup>, Demurtas Jacopo<sup>3</sup>, Barnini Tommaso<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Azienda USL Toscana Centro, <sup>2</sup>Movimento Giotto, <sup>3</sup>Azienda USL Toscana Sudest

**BACKGROUND** La sempre maggiore integrazione tra la Medicina Generale e la Continuità Assistenziale, tramite la formazione sul territorio delle AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali) ha permesso in questi anni una migliore gestione dei bisogni di salute della popolazione in carico alla medicina generale, permettendo ai due servizi di lavorare in maniera non indipendente l'uno dall'altro, ma ancora oggi, il lavoro della Continuità Assistenziale, rischia di essere sottostimato. Dall'analisi di questi dati possono essere individuate necessità specifiche su cui intervenire per ridefinire i bisogni di salute.

**OBIETTIVI** Obiettivo primario Analisi dei tassi di ospedalizzazione vs. accessi Obiettivi secondari ¥ Analisi dei correlati clinico-epidemiologici raccolti per valutare in determinate sottopopolazioni ¥ Le principali cause di accesso al servizio (acute vs croniche), ¥ Le principali fasce orarie di presentazione (notturni vs diurni), ¥ Le principali fasce di popolazione che afferiscono al servizio ¥ Valutazione dell'appropriatezza dell'accesso da parte del medico.

**METODI** Studio di valutazione trasversale descrittivo della qualità della cura. Eseguito mediante una CRF elettronica contenente i seguenti dati: • Aft di registrazione • Modalità di presentazione: Telefonica, Ambulatoriale, Domiciliare • Fascia oraria di presentazione: Diurno 8-20 notte 20-24 e notte 24-08 /Festivo o Feriale • Fascia di età, scolarizzazione (facoltativo) e sesso • Terapia già in atto: numero di farmaci complessivo da 0 a =5 • Patologia cronica: anamnestico suddiviso in campi (es. Pat Cardiovascolare, Diabete) • Motivo di presentazione: Per sintomatologia di nuova insorgenza / Per sintomatologia cronica • Ragione di accesso espressa tramite criteri dell'ICPC 2 modificato per lo studio e ridotto alla casistica di più frequente riscontro nel servizio. • Terapia prescritta: principali principi attivi e classi di farmaci (es Cortisonici, FANS) • Esito dell'intervento: Consiglio Telefonico / Trattamento Ambulatoriale – Domiciliare / Ricovero in PS con o senza visita medica / Consiglio accesso in PS senza attivazione DEA, Constatazione di decesso. • Giudizio personale del sanitario sull'appropriatezza dell'accesso: Proprio / Improprio differibile / Improprio di pertinenza del DEA • Campo relativo alla presenza di ILI (INFLUENZA LIKE ILLNESS) da segnalare in base ai criteri del protocollo Influnet.

**RISULTATI** Lo studio REACT è attualmente al suo sesto mese di attività e ha oltrepassato i 5000 contatti. Attualmente il servizio di CA Toscano, ospedalizza un numero molto limitato di contatti, circa il 7% degli accessi totali. Numero che diminuisce ulteriormente, relativamente ai soli casi di riacutizzazione di Patologia Cronica e che si attesta intorno al 3% Circa il 75% degli accessi, si presenta per Paologie riferite di Nuova Insorgenza. Tra i sintomi che portano maggiormente ad usufruire del servizio vi sono, tra le patologie acute, in ordine di frequenza: la febbre con il 15%, la tosse con l'11%, la faringodinia con il 9%. Per quanto riguarda la prescrizione figura al primo posto la prescrizione di Antibiotici con il 19%, al secondo posto si trova il campo Nessuna Prescrizione con il 18% (indice a nostro avviso di un bisogno di salute che si espleta meramente con richiesta di visita medica) e al terzo posto i FANS con l'11%.

**LIMITI** Essendo condotto in forma anonima lo studio ha dei limiti di valutazione sulla performance, allo stato attuale del progetto non risulta possibile: 1. Controllo dell'esito delle ospedalizzazioni 2. Anonimizzazione non permette controllo del fenomeno del "revolving door" e dei pazienti con "accessi multipli" 3. Anonimizzazione non permette di fare valutazioni su incidenza e prevalenza 4. Farmaci suddivisi in classi non permette studio sull'appropriatezza prescrittiva.

**CONCLUSIONI** Attraverso la realizzazione di questo registro elettronico, siamo in grado di ottenere uno spaccato dell'attività del servizio, che ci consente di formulare alcune ipotesi, volte a migliorare e rendere più efficace l'assistenza. Il dato che mostra come circa il 75% degli utenti si rivolga al servizio per patologie di nuova insorgenza, quindi "acute" ci impone di riflettere sul fatto che la gestione dell'evento acuto debba essere in qualche modo recuperata dalle cure primarie, per evitare che il SSN deleghi questo servizio a soggetti privati o terzi. Questo dato corroborato anche dall'analisi delle fasce di età, ci permette di sospettare che sia presente una difficoltà di alcuni soggetti ad accedere alle Cure Primarie per sintomatologia acuta in tempi brevi (24-48 h). Siamo convinti che un potenziamento nelle ore diurne del servizio permetterebbe di affrontare questi bisogni di salute, aumentando la fiducia della popolazione nel servizio e contemporaneamente riducendo il numero di accessi impropri nei PS. Ovviamente sono necessarie norme di accesso e valutazioni di appropriatezza per regolamentare gli accessi al servizio che non sono banalmente lo shift delle ore di attività del servizio.

**Autore per la corrispondenza:** Barnini Tommaso – Azienda USL Toscana Sudest – Email: [tommasobarnini@gmail.com](mailto:tommasobarnini@gmail.com)

### 37. L'Etica del Fine Vita e la percezione dei professionisti sanitari. Uno studio osservazionale

Capecchi Ilaria, Amadio Romina, Angelini Valentina, Traini Tiziana, Pesaresi Mauro

*AOU Ospedali Riuniti di Ancona*

**BACKGROUND** In Italia al dibattito sul fine vita ed eutanasia, manca ancora un tassello fondamentale: quello di avere a disposizione dati certi e capillari sulla diffusione del fenomeno. La sospensione di trattamenti o il rifiuto, la sedazione terminale, l'ordine di non rianimazione, sono pratiche diffuse, testimoniate anche attraverso studi recenti, svolti da decine di ricercatori italiani. Ad oggi, non esiste purtroppo uno studio nazionale, che possa dare realmente conferma di quanto tale fenomeno sia presente nella nostra quotidianità.

**OBIETTIVI** Indagare le conoscenze, le percezioni e i comportamenti dei professionisti sanitari, in merito ai temi riguardanti l'accanimento terapeutico e l'eutanasia; valutare le conoscenze rispetto alle percezioni etiche di fine vita di Medici ed Infermieri, che operano nelle Unità Operative dell'Asur Area Vasta 5 contestualmente a tali tematiche.

**METODI** Indagine osservazionale di tipo trasversale per la quale sono stati arruolati Infermieri e Medici di due presidi ospedalieri: Stabilimento Ospedaliero "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto e "C&G Mazzoni" di Ascoli Piceno (U.O. Anestesia/Rianimazione, Ematologia, Geriatria, Medicina, Oncologia, Utic/Cardiologia, Neurologia). È stato utilizzato un questionario costruito ad hoc, gentilmente concesso dalla Dott.ssa Patrizia di Giacomo (PhD in epidemiologia e prevenzione, indirizzo nursing, Università di Bologna). Sono stati distribuiti 250 questionari: 150 per gli infermieri e 100 per i medici. La compilazione è avvenuta nel periodo: 20 agosto 2017 – 10 ottobre 2017. L'elaborazione dei dati del questionario è stata realizzata tramite il programma Microsoft Excel®.

**RISULTATI** Hanno risposto al questionario 85 infermieri e 33 medici, l'età degli intervistati varia da 25 a 63 anni, con una media di 43,6 anni. La media degli anni di servizio degli Infermieri è di 23,8 anni, mentre dei Medici è di 16,5 anni. Tutti i Medici sono in possesso del titolo di specializzazione; il 49% degli infermieri ha frequentato il Corso Triennale Regionale, mentre il 37% ha una Laurea Triennale. Dallo studio è emerso che il 43% degli Infermieri e il 45% dei Medici, risulta conoscere cosa si intende per accanimento terapeutico. Nonostante si abbia la conoscenza di cosa sia l'accanimento terapeutico, il 60% degli Infermieri e il 64% dei Medici, si è trovato nella posizione di prescrivere o eseguire/assistere a trattamenti sproporzionati, in eccesso ai risultati attesi, o alle condizioni del paziente. È emersa una forte lacuna sull'argomento eutanasia, soprattutto tra gli Infermieri; solo il 27% di essi ha dato la giusta definizione di eutanasia. Dall'intervista è emerso che al 30% degli Infermieri e al 48% dei Medici è stato richiesto di anticipare la fine della vita da parte di pazienti. Il 7% degli Infermieri ha somministrato una terapia con l'intenzione di anticipare il fine vita del paziente, e il 15% dei Medici ha prescritto una terapia con la stessa intenzione.

**LIMITI** Studio monocentrico.

**CONCLUSIONI** Lo studio evidenzia quanto già emerso dallo studio coordinato dal Dott. Cocconi, National survey of medical choices in caring for terminally ill patients in Italy (2010). Il riferimento, va, in particolare, al fatto che un medico su due, il quale ha in trattamento dei pazienti terminali, abbia ricevuto, almeno una richiesta d'interruzione della terapia. In merito alle conoscenze dei professionisti sanitari, risulta chiaro il concetto di accanimento terapeutico, ma nonostante ciò, tale comportamento risulta, purtroppo, far parte della quotidianità di Infermieri e Medici. Risultano meno chiari, invece, il concetto di eutanasia e gli interventi configurati come eutanasi, con opinioni discordanti tra le due professioni. La confusione è dovuta anche alla difficoltà di comprendere la distinzione tra accanimento terapeutico ed eutanasia, apparentemente distanti a livelli teorico, ma vicini nella clinica, tanto da non trovare un confine tra l'inizio dell'uno e la fine dell'altro. Si può dedurre, quindi, che in Italia emerge il problema sul fine vita, sia in ambito normativo, a causa del vuoto legislativo in materia, sia nella pratica clinica di tutti i giorni, poiché i professionisti non hanno la presa di coscienza che dovrebbe appartenere al loro ambito lavorativo. Tutto il personale dovrebbe essere formato a far fronte alle necessità fisiche e spirituali del malato terminale; potrebbe, quindi, essere utile mettere a disposizione dei professionisti sanitari, corsi di formazione specifici sui temi trattati in questo studio, e potrebbe essere proficuo identificare una figura professionale specifica, che possa rispondere ai bisogni e alle richieste più delicate dei pazienti, alla fine della loro vita. Una soluzione, proposta nel marzo scorso, che potrebbe evitare sia forme di accanimento terapeutico che di eutanasia, è quella delle dichiarazioni anticipate di trattamento.

**Autore per la corrispondenza:** Capecchi Ilaria – AOU Ospedali Riuniti di Ancona – Email: [ilaria.c95@icloud.com](mailto:ilaria.c95@icloud.com)

### 38. Diffusione e comunicazione delle evidenze scientifiche nel campo della salute. Risultati della ricerca sociale, aspetti socio-culturali, sfide per il futuro

Carla Collicelli, Ludovica Durst, Andrea Di Leo

CNR-ITB

**BACKGROUND** I successi conseguiti dalla ricerca biomedica rispetto alle evidenze scientifiche per le cure sanitarie sono evidenti, ma è altrettanto evidente che la loro messa in pratica non può essere considerata in maniera automatica, né legata esclusivamente al valore scientifico delle innovazioni, in quanto un ruolo fondamentale è giocato dalle dinamiche sociali di contorno e dalle questioni che attengono alla valorizzazione, informazione, comunicazione e relazione terapeutica, nonché alle relative politiche di accompagnamento. I nuovi protocolli, procedure e prodotti in campo sanitario sono quasi sempre portatori di una innovazione che amplia gli strumenti a disposizione del clinico e la qualità delle cure, ma la loro applicazione è legata al buon uso, alla appropriatezza, alla compliance, e dunque in ultima analisi al clima sociale che si riesce a costruire attorno ad esse ed al valore sociale che viene loro attribuito. Ne consegue che i meccanismi di diffusione dell'innovazione e delle evidenze scientifiche costituiscono un'area particolarmente critica e delicata sulla quale riflettere, in particolare per quanto riguarda: - la fiducia dei soggetti sociali nella ricerca scientifica e nelle evidenze in campo biomedico; - i meccanismi di comunicazione ed informazione sui risultati della ricerca e sulle evidenze scientifiche, al di là della cerchia degli addetti ai lavori; - il ruolo dei media, ed in particolare di Internet; - la questione della post-verità e delle fakenews; - i meccanismi di incentivazione della innovazione e della applicazione delle evidenze in termini di policies e di governance.

**OBIETTIVI** Se dunque gli aspetti tecnici della questione rappresentano il cuore del problema, è necessario allargare lo sguardo agli aspetti sociali, ai comportamenti degli stakeholder e all'insieme del percorso terapeutico nel contesto sociale dato, assumendo un approccio olistico ed interdisciplinare. Un contributo in questo senso deriva dal portato della ricerca interdisciplinare sulle questioni etiche, giuridiche e sociali che riguardano la costruzione della fiducia nella innovazione e nelle evidenze scientifiche ed il ruolo di comunicazione, informazione e relazione interpersonale. Obiettivo del presente contributo è quello di evidenziare gli elementi più significativi emersi nell'ambito della ricerca interdisciplinare sul tema della diffusione e comunicazione delle evidenze scientifiche nel campo della salute e della sanità, sia in ambito anglo-sassone che in ambito italiano.

**METODI** Dal punto di vista metodologico, si farà riferimento alla letteratura internazionale nonché ad alcuni specifici studi condotti sulla innovazione in ambito farmacologico e le dinamiche sociali (2015), sulla fiducia nella ricerca biomedica, sul management sanitario e sui meccanismi di diffusione dell'innovazione biomedica (2017).

**RISULTATI** I risultati degli studi condotti consistono in una serie di elementi che delineano un quadro logico di riferimento per la comprensione della realtà odierna della moderna domanda di salute e dei processi che sottendono alla valorizzazione e corretta utilizzazione ed applicazione delle scoperte scientifiche, in particolare quelli comunicativi ed informativi. Ulteriori risultati attengono ad alcune indicazioni propositive rispetto alle azioni da mettere in campo per superare gli effetti perversi e le criticità del processo studiato. Particolare attenzione viene dedicata tra i risultati al tema della sostenibilità ed eticità del sistema sanitario italiano e dei suoi processi di regolazione e management.

**LIMITI** I limiti del lavoro proposto attengono allo scarso investimento in ricerca scientifica soprattutto nel contesto italiano su ambiti tematici quali quello indicato, per sua natura interdisciplinare, complesso ed articolato, e soprattutto sul tema della sostenibilità sanitaria e dei fattori sociali, etici, economici e giuridici che la condizionano.

**CONCLUSIONI** Le conclusioni riguardano le azioni necessarie da mettere in campo a livello di politiche pubbliche e di ruolo degli stakeholder per promuovere una più adeguata diffusione e comunicazione del portato delle evidenze scientifiche in ambito biomedico, da vari punti di vista: la regolazione della informazione e comunicazione sulla scienza biomedica, sia in ambito mass-mediale che della comunicazione digitale; l'implementazione di misure di corretta e capillare diffusione ed applicazione delle evidenze scientifiche in campo sanitario; empowerment dei cittadini, dei pazienti e delle loro famiglie e miglioramento della health-literacy; competenze dei operatori, ed in particolare dei medici, nel trasmettere informazioni e valori di riferimento.

**Autore per la corrispondenza:** Collicelli Carla – CNR-ITB – Email: c.collicelli.17@gmail.com

### 39. Corso di Formazione in Riconciliazione Farmacologica per Medici Ospedalieri

Carrieri Vito<sup>1</sup>, Lefons Marialuisa<sup>2</sup>, Manca Roberta<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ASL Brindisi, <sup>2</sup>Ospedale "S. Caterina Novella" Galatina

**BACKGROUND** La raccomandazione ministeriale n. 17 fornisce indicazioni sul processo di riconciliazione della terapia farmacologica nei passaggi tra ambiti di cura diversi. La letteratura riporta che circa il 70% dei pazienti nel momento del ricovero in ospedale presenta discrepanze nella terapia rispetto alla terapia domiciliare e che tali discrepanze possono verificarsi anche al momento del trasferimento in altri reparti oppure al momento della dimissione. Pertanto si può evidenziare sia una omissione prescrittiva sia una prescrizione ed assunzione non necessaria. Spesso la scarsa o assente comunicazione tra medici di ambiti diversi oppure tra medici-pazienti-familiari determina scarsa aderenza alla terapia ed eventi avversi.

**OBIETTIVI** Obiettivi del lavoro sono: 1. Illustrare un corso di formazione per medici ospedalieri finalizzato alla applicazione della procedura di Riconciliazione Farmacologica; 2. Confrontare i comportamenti prescrittivi dei medici del reparto di Geriatria prima della partecipazione al corso e nei 6 mesi successivi al termine del corso; 3. Verificare eventuali variazioni nelle modalità di comunicazione tra medici ospedalieri e medici del territorio.

**METODI** Sono stati selezionati otto medici del reparto di Geriatria motivati nell'apprendimento della procedura di Riconciliazione Farmacologica e sono stati individuati due docenti (un farmacista ed un internista esperti). Il corso è stato effettuato in ospedale nel reparto di Geriatria, per 3 giorni consecutivi, 2 ore al giorno, con lezioni frontali di un'ora seguite da un'ora di esercitazioni pratiche su casi clinici reali (pazienti ricoverati,degenti e dimessi). Sono stati identificati preliminarmente, in un'incontro tra docenti e discenti, gli obiettivi conoscitivi, pratici e relazionali che era indispensabile raggiungere al termine del percorso formativo. In particolare è stato concordato che era utile stilare una lista dei farmaci più frequentemente prescritti in medicina interna ed in geriatria, con particolare riguardo ai Look-Alike e Sound-Alike, per prevenire efficacemente errori terapeutici; inoltre si è proceduto ad utilizzare sempre la scheda di ricognizione farmacologica per tutti i nuovi ricoveri ed a corredare la lettera di dimissione ospedaliera con la scheda di riconciliazione farmacologica; infine è stato previsto di illustrare,comunicando in modo comprensibile ed efficace sia ai pazienti e familiari sia ai medici curanti, sia con contatti telefonici sia con relazioni scritte, i criteri utilizzati nella prescrizione terapeutica alle dimissioni.

**RISULTATI** La partecipazione al corso ha motivato tutti i discenti nel raggiungere conoscenze teoriche adeguate per prescrivere con appropriatezza i farmaci, tenendo conto della disponibilità nella farmacia ospedaliera e valutando, in ogni caso clinico reale, anche la compliance del paziente in presenza di variazioni terapeutiche. Gli obiettivi pratici sono stati raggiunti mediante la sistematica compilazione sia della scheda di ricognizione sia della scheda di riconciliazione farmacologica per tutti i pazienti. Le abilità relazionali sono state incrementate dalla sistematica comunicazione medico ospedaliero-paziente-familiari-medico curante, al momento della dimissione. Sono stati evidenziati risultati molto positivi soprattutto nella prescrizione di terapie complesse in pazienti anziani con pluripatologie croniche (diabete mellito, scompenso cardiaco, broncopatia cronica, insufficienza renale cronica, epatopatia cronica). È stato rilevato nei 6 mesi successivi al corso che l'applicazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali aziendali previsti per le patologie croniche elencate è stato facilitato dall'utilizzo delle schede di riconciliazione farmacologica.Le modalità di comunicazione tra medici ospedalieri e medici del territorio sono risultate più frequenti,soprattutto con scambio di nformazioni con telefono e mail.

**LIMITI** I limiti nell'effettuare il Corso di Formazione in ospedale sono rappresentati soprattutto dalla carenza di tempo dei medici ospedalieri nel corso della attività lavorativa routinaria e quotidiana in reparto.Tuttavia è stato preferito lo svolgimento nel reparto sia per facilitare la loro partecipazione sia per utilizzare casi clinici reali.

**CONCLUSIONI** Il Corso di Formazione in Riconciliazione Farmacologica si è rivelato un'ottima strategia per migliorare non solo le conoscenze teoriche dei medici ospedalieri in ambito farmacologico con particolare riguardo al prontuario ospedaliero ma anche in tema di appropriatezza prescrittiva tenendo conto delle molteplici note e limitazioni prescrittive che spesso costituiscono motivo di conflitto con i medici di medicina generale.È auspicabile un coinvolgimento nel programma formativo anche dei medici curanti che devono affrontare sia a domicilio sia negli ospedali di comunità sia nelle strutture previste dal piano di riordino ospedaliero numerose problematiche non solo prescrittive ma anche relazionali con i pazienti,soprattutto anziani, e con i loro familiari.

**Autore per la corrispondenza:** Carrieri Vito – ASL Brindisi – Email: scuolasumbbrindisi@libero.it

## 40. Percorso assistenziale per la gestione delle patologie croniche dell'anziano basato sulla partecipazione attiva di pazienti e familiari

Carrieri Vito<sup>1</sup>, Lefons Marialuisa<sup>2</sup>, Garcia Fernandez Cesar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ASL Brindisi, <sup>2</sup>Ospedale "S. Caterina Novella" Galatina

**BACKGROUND** Le patologie croniche dell'anziano rappresentano un impegno assistenziale gravoso sia per il medico di medicina generale (MMG) sia per il medico ospedaliero. Il numero di pazienti con età superiore a 65 anni ed affetti da patologie croniche è in progressivo incremento e le richieste di prestazioni sanitarie, spesso complesse e costose, da parte sia dei pazienti sia dei familiari, sono frequentemente causa di ricoveri ospedalieri inappropriati, con esecuzione di indagini diagnostiche e di procedure terapeutiche che non modificano, a parere del paziente e dei familiari, in modo significativo la sintomatologia e il decorso della patologie croniche.

**OBIETTIVI** Obiettivo del lavoro è quello di illustrare un programma assistenziale, per pazienti con età superiore a 65 anni affetti da una o più patologie croniche, con attività formative ed educative che coinvolgano pazienti anziani, familiari, MMG, infermieri e medici ospedalieri. I pazienti a cui è indirizzata l'attività assistenziale sono affetti da scompenso cardiaco cronico (SCC), insufficienza cerebrale cronica con declino cognitivo o demenza (ICV), epatopatia cronica o cirrosi (CIRR), insufficienza renale cronica (IRC), insufficienza respiratoria cronica o broncopatia cronica ostruttiva (BPCO), Diabete mellito (DM). Poiché è necessario ridurre i ricoveri inappropriati o frequenti, accorciare la durata della degenza ospedaliera ed effettuare un frequente monitoraggio dei pazienti l'obiettivo del programma assistenziale è quello di evitare riacutizzazioni o complicanze delle patologie croniche. L'obiettivo del programma formativo è quello di coinvolgere in un percorso ospedale-territorio tutte le figure professionali in collaborazione con il nucleo familiare.

**METODI** Sono stati selezionati 30 pazienti affetti dalle 6 patologie croniche considerate, 5 per ogni patologia, 18 D e 12 U, età tra 65 ed 85 anni. Per ognuno dei pazienti è stato effettuato un Day Hospital o un Day Service nel reparto di Geriatria, seguendo Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) concordati. Successivamente i risultati sono stati discussi con MMG, paziente e familiari ed è stato programmato un percorso assistenziale domiciliare ed un programma di educazione (informazione e formazione sull'autogestione della patologia cronica) con paziente e familiari. Dopo 6 mesi e dopo 12 mesi dal primo DH o DS sono stati valutati gli effetti del programma assistenziale e formativo considerando alcuni indicatori: numero di chiamate per visita domiciliare al MMG, numero di ricoveri in ospedale, numero di prescrizioni di esami diagnostici, numero di variazioni di prescrizione terapeutica. È stato anche sottoposto un questionario al paziente per valutare la qualità di vita ed un questionario al care giver per valutare lo stress assistenziale. Infine sono stati confrontati i risultati ottenuti con gli indicatori riferiti ai 12 mesi precedenti l'inizio del percorso assistenziale e formativo. È stato anche proposto un questionario a medici ospedalieri, infermieri e MMG.

**RISULTATI** La valutazione degli indicatori prescelti ha evidenziato: riduzione del 30% del numero di richieste del paziente e familiari per visita domiciliare del MMG, riduzione del 50% del numero di ricoveri ospedalieri, riduzione del 40% del numero di prescrizioni diagnostiche, riduzione del 50 % del numero di variazioni di prescrizioni terapeutiche. La valutazione dei questionari relativi alla qualità di vita del paziente ha dimostrato un significativo miglioramento a 12 mesi rispetto ai 6 mesi dall'inizio del percorso, così come il questionario al care giver ha evidenziato una significativa riduzione dello stress a 12 mesi, rispetto allo stress iniziale. È incrementata nel paziente e nei familiari la conoscenza della patologia cronica e soprattutto la consapevolezza che l'autogestione della patologia consente una migliore accettazione della sintomatologia. Inoltre pazienti e familiari hanno acquisito adeguate competenze per una appropriata gestione della terapia farmacologica e per il periodico monitoraggio domiciliare. In particolare i migliori risultati sono stati rilevati nei pazienti affetti da DM (miglior controllo della glicemia), da SCC (miglior controllo della diuresi-peso corporeo). I risultati meno soddisfacenti sono stati evidenziati nei pazienti affetti da ICV e demenza poiché per i pazienti il programma formativo è limitato dalla patologia e per i familiari lo stress assistenziale permane elevato. I MMG ed i medici ospedalieri hanno valutato positivamente l'esperienza. Gli infermieri hanno evidenziato il positivo clima di collaborazione con le altre figure professionali.

**LIMITI** I limiti del programma assistenziale formativo educativo per i pazienti affetti da ICV e demenza suggeriscono di elaborare un PDTA che coinvolga altre figure professionali (sociologo, psicologo, fisioterapista).

**CONCLUSIONI** Un programma assistenziale e formativo per anziani affetti da patologie croniche è particolarmente efficace se coinvolge familiari ed equipe sanitaria multiprofessionale, consentendo gestione appropriata ed umanizzazione delle cure.

**Autore per la corrispondenza:** Carrieri Vito – ASL Brindisi – Email: scuolasiumbbrindisi@libero.it

## 41. L'Unione Europea riconosce la giusta importanza alla produttività scientifica?

Carta Mauro Giovanni

*Università degli Studi di Cagliari*

**BACKGROUND** L'eccellenza è stata un obiettivo del FP7 e dell'Horizon 2020. La pubblicazione di risultati nella letteratura scientifica è considerata come indicatore di eccellenza da documenti ufficiali della Unione. Le pubblicazioni derivate da FP7 mostravano infatti le migliori prestazioni bibliometriche se comparate con altre pubblicazioni di stati membri, di Svizzera, Stati Uniti e Giappone (relazione annuale HOR2020, 2015). Le pubblicazioni scientifiche sono un punto cruciale anche nelle strategie di innovazione volte a migliorare la collaborazione tra l'industria e l'università. Nell'ambito specifico dei trattamenti psico-sociali e sanitari, le pubblicazioni relative a un progetto sono strettamente correlate al marketing perché un trattamento può passare dalla sperimentazione all'uso generalizzato solo dopo che sono stati pubblicati convincenti studi di efficacia. Pertanto, la pubblicazione di studi di efficacia con metodologie robuste e risultati convincenti è necessaria per l'approvazione di un trattamento sia da parte dell'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) sia della Food and Drug Administration (FDA). Con la differenza che la FDA ha anche messo a punto un'unità che studia nella stessa maniera l'approvazione delle tecnologie biomediche. Tuttavia, sono stati sollevati dubbi circa l'importanza data al livello della competitività internazionale delle pubblicazioni e, più in generale, sulla pertinenza del ruolo della ricerca in relazione all'innovazione e alla competitività nelle richieste dell'innovazione dell'Unione europea.

**OBIETTIVI** Lo scopo è quello di illustrare i risultati di alcune ricerche relative allo studio dell'impatto sulla letteratura scientifica di progetti finanziati da FP7 (molti Horizon non sono ancora conclusi) in un campo di nostro interesse e definito cruciale nelle strategie di ricerca dell'Unione: l'Active Aging.

**METODI** La presentazione sintetizza i risultati di due studi condotti su due campioni di progetti conclusi ad Agosto 2017 (la prima su 15, la seconda su 20) selezionati random dalle banche dati FP7 sulla base di parole chiave e confrontati con campioni con uguale numerosità di progetti, finanziati nello stesso periodo e scelti con gli stessi criteri e con uguale metodologia sulle banche dati dei progetti NHI degli Stati Uniti. Il primo studio ha preso in esame 4 indicatori di impatto: numero di pubblicazioni in riviste recensite; numero di pubblicazioni in riviste recensite Q1 SCImago; numero di citazioni attratte dalle rispettive pubblicazioni su Scopus e Scholar. Il secondo lavoro oltre ai precedenti indicatori ha confrontato i costi medi dei progetti.

**RISULTATI** La prima ricerca ha riscontrato una piena omogeneità nel confronto dei due campioni di progetto EU/US relativamente ai quattro indicatori di impatto. Il secondo studio ha confermato i risultati del primo ma ha evidenziato che mentre il costo medio delle ricerche europee risultava di 3,184,104±1,940,232 USDollari; quello dei progetti americani era di 315,813±242,656 USDollari ( $P<0.0001$ ).

**LIMITI** Lo studio è stato condotto su un campione limitato di progetti, tutti relativi ad un uguale argomento. Il fatto che il tema considerato risulta essere più rilevante nelle strategie della innovazione della Unione Europea rispetto a quelle degli Stati Uniti (che infatti mostrano una popolazione più giovane) e non toglie importanza ai risultati e sottolinea l'importanza che questo tipo di ricerche dovrebbero essere estese anche ad altri campi.

**CONCLUSIONI** Lo studio suggerisce che la pubblicazione dei risultati di ricerca non sia importante nella Unione Europea come negli Stati Uniti. Questo è un dato allarmante se si considera che stati non europei riconoscono alla ricerca un giusto rilievo, al punto che non solo paesi tradizionalmente alti produttori di ricerca come gli Stati Uniti ma anche paesi "nuovi" produttori come la Cina investono nella ricerca porzioni di PIL più alte di quelle allocate dai paesi dell'Unione. Le conseguenze negative riguardano il mercato, ma non solo. La produttività scientifica è anche uno degli indicatori di eccellenza degli atenei: dei primi 100 atenei del celebre Shanghai Ranking solo 18 sono europei (escluso UK), il che rende gli atenei europei meno attrattivi rispetto a studenti extra unione con evidenti conseguenze negative a lungo termine. Lo stesso mercato dell'editoria scientifica vede restringersi la visibilità degli stati europei: dei primi 100 giornali scientifici del ranking SCImago solo 11 sono europei, il che lascia presagire un'ulteriore regressione futura della visibilità della ricerca. D'altro canto è difficilmente spiegabile come paesi altamente competitivi nella produttività scientifica si collochino nel ranking delle maggiori percentuali di successi ai bandi Horizon in posizione subalterna (UK 10° e Italia 24° su 28). Questi risultati se confermati indicherebbero una situazione allarmante e un rischio di competitività con conseguenze sul mercato e sulla formazione delle generazioni future.

**Autore per la corrispondenza:** Carta Mauro Giovanni – Università degli Studi di Cagliari – Email: mgcarta@tiscali.it



## 42. Un esempio virtuoso di integrazione tra Ospedale e Territorio: gestione di un test di screening delle aneuploidie con esito di rischio intermedio per Sindrome di Down

Cassina Elisa, Pagano Arianna, Miletta Michela, Bogliatto Fabrizio

ASL TO4

**BACKGROUND** Il modello di “Care” richiede una presa in carico globale del paziente con una forte integrazione tra risorse ospedaliere e territoriali: ricoveri ospedalieri limitati alle fasi iniziali diagnostiche e terapeutiche acute e gravi, sviluppo di strutture low care, ambulatori dedicati per il follow-up, assistenza domiciliare integrata, sviluppo delle cure primarie e dell’integrazione socio-sanitaria a livello distrettuale.

**OBIETTIVI** La riorganizzazione della realtà assistenziale materno-infantile dell’ASLTO4 a partire dalla SSD Consultori prevede la messa in campo di modelli sperimentali, tra cui il fondamentale ausilio di protocolli diagnostico terapeutici condivisi da tutto il personale sanitario, con lo scopo di superare la dicotomia Ospedale-Territorio, fornendo all’assistita uno standard di cura elevato e basato sulla Evidence Based Medicine.

**METODI** Utilizzo di una procedura organizzativa finalizzata alla diagnostica ecografica e al counselling prenatale per le situazioni a rischio clinico intermedio. Valutazione della efficacia della gestione clinico-terapeutica integrata.

**RISULTATI** Primigravida (BN) con problematiche sociali e personali, seguita da educatrice da ormai molti anni, accede ad uno dei consultori dell’ASLTO4 per effettuare i controlli in gravidanza. Dopo adeguato triage ostetrico (vengono offerti gli esami di routine con una prima consulenza sui test di screening per la Sindrome di Down e per i difetti del tubo neurale), la paziente viene sottoposta ad approfondita anamnesi da cui emerge un rischio di patologie genetiche a causa della sindrome dismorfica con disabilità intellettiva di cui è affetto il partner. Si invita la coppia ad effettuare la consulenza genetica nella quale si conclude un rischio di anomalie cromosomiche del feto paragonabile a quello della popolazione generale, mentre il rischio di ricorrenza di disabilità intellettive è verosimilmente aumentato (circa 5%). A seguito della consulenza genetica il ginecologo del servizio consultoriale rinnova alla paziente, mediante counselling, i test di screening a disposizione come SSN (test integrato, test combinato) e non SSN (ricerca DNA fetale su sangue materno). La coppia decide di effettuare la diagnosi prenatale con l’esecuzione del test integrato, il quale pur con esito negativo presenta un rischio intermedio di Sn. Down, a causa del peggioramento del rischio in base alla sola età materna; rischio pre-test in base alla sola età materna (1/1300), rischio post test 1/650 per la Sn. Down, 1/5400 per i difetti del tubo neurale. Il rischio è stato peraltro confermato in un secondo prelievo di controllo, sempre effettuato mantenendo contatto diretto tra struttura ospedaliera e territorio. Alla luce della situazione clinica del compagno della paziente e del rischio di S. di Down calcolato dal Test Integrato aumentato rispetto a quello per età, seppure il Test Integrato sia risultato negativo, è stato discusso con la paziente (accompagnata dall’educatrice) il rischio di anomalie fetali rispetto alla popolazione generale e sono state offerte le seguenti possibilità: 1) Non effettuare alcun ulteriore test di screening né diagnostico 2) Effettuare l’amniocentesi: non garantita dal SSN in quanto il test di screening (Test Integrato è risultato negativo. Si spiega che il test è diagnostico, ma correlato ad un rischio abortivo dello 0.5-1%. 3) Effettuare il NIPT (ricerca DNA fetale su sangue materno), che rimane ad oggi un test di screening, quindi non invasivo e con sensibilità relativa alla Trisomia 21 del 99% circa ed in caso di positività del NIPT Sn. Di Down successiva amniocentesi garantita dal SSN. Dopo adeguato colloquio effettuato questa volta dal ginecologo ospedaliero, si invita la coppia a comunicare al più presto la propria decisione, in modo da poter terminare al in tempi brevi l’iter e comunque non oltre le 22 settimane, come da legge (194/78 ITG). La paziente, supportata dalla famiglia e dall’educatrice decide per l’esecuzione dell’amniocentesi, la quale dà come esito un cariotipo normale maschile. Intanto veniva anche eseguita l’ecografia di screening del II trimestre che non mostrava anomalie strutturali. Ad oggi la paziente continua il suo percorso di gestione territoriale della gravidanza, seguita da ginecologi ed ostetriche.

**LIMITI** Necessità di un accesso diretto coordinato agli ambulatori di gravidanza a rischio ed ecografico delle strutture ospedaliere.

**CONCLUSIONI** Il caso della paziente BN dimostra come una corretta concertazione tra il personale territoriale ed ospedaliero possa portare ad un’offerta di servizi di eccellenza alle pazienti che accedono agli ambulatori dell’ASLTO4. L’azione coordinata tra tutte le componenti e tra tutti gli attori del sistema assistenziale, che, con responsabilità diverse, devono essere chiamati a sviluppare interventi mirati a obiettivi comuni, ha permesso di supportare la coppia al meglio delle evidenze scientifiche e dei percorsi diagnostico assistenziali condivisi per un percorso comune tra ospedale e territorio.

**Autore per la corrispondenza:** Bogliatto Fabrizio – ASL TO4 – Email: fbogliatto@aslto4.piemonte.it



### 43. Farmacovigilanza: monitoraggio retrospettivo e valutazione delle segnalazioni spontanee di sospette reazioni avverse, presso la Città della Salute e della Scienza di Torino, nel triennio 2015-2016-2017

Castellana Eleonora, Chiappetta Maria Rachele, Cattel Francesco

*AOU Città della Salute e della Scienza di Torino*

**BACKGROUND** Secondo definizione AIFA, la farmacovigilanza (FV) è l'insieme delle attività finalizzate all'identificazione, valutazione, comprensione e prevenzione degli effetti avversi o di qualsiasi altro problema correlato all'uso dei medicinali, al fine di assicurare un rapporto beneficio/rischio favorevole per la popolazione. È stato stimato che il 5% di tutti gli accessi in ospedale sono dovuti a reazioni avverse (ADRs), che il 5% di tutti i pazienti già ricoverati in ospedale presenta una ADR, che le ADRs sono al quinto posto tra le cause di morte in ospedale. Per poter garantire una costante e tempestiva valutazione del rapporto rischio/beneficio dei farmaci è necessario aumentare la consapevolezza di coloro che sono i diretti attori del processo di segnalazione e porre al centro dell'attività di Farmacovigilanza il cittadino stesso. Con la Direttiva n. 2010/84/UE e il Regolamento UE n. 1235/2010 si assiste all'ampliamento del concetto di reazione avversa, intesa come reazione nociva e non voluta, derivante non solo dall'uso autorizzato di un medicinale secondo i termini dell'AIC, ma anche dagli errori terapeutici, dall'uso improprio, dall'abuso, misuse, uso Off Label, sovradosaggio ed esposizione professionale. In questo ambito è di fondamentale importanza la cosiddetta segnalazione spontanea in quanto consente di raccogliere importanti informazioni sulla sicurezza dei medicinali e di rilevare precocemente possibili segnali di allarme correlati al loro uso. Il monitoraggio e valutazione delle reazioni avverse è uno strumento fondamentale per definizione del profilo di sicurezza di un farmaco, migliorandone la appropriatezza prescrittiva e la prevedibilità delle ADRs.

**OBIETTIVI** Obiettivo dello studio retrospettivo è stato quello di monitorare e valutare le ADRs inserite in Rete Nazionale di Farmacovigilanza, raccolte presso la struttura ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino, nel triennio 2015-2016-2017.

**METODI** È stata condotta una analisi retrospettiva delle segnalazioni spontanee pervenute presso la struttura ospedaliera Città della salute e della scienza di Torino nel triennio 2015-2016-2017, tramite interrogazione della Rete Nazionale di Farmacovigilanza. I dati raccolti sono stati suddivisi per sesso, gravità, outcome, segnalatore ed ATC (Anatomical Therapeutic Chemical classification system).

**RISULTATI** Nel triennio le segnalazioni risultano essere 743 di cui 51% a carico del sesso maschile, il 45% a quello femminile e 4% non definito. Il 58% delle ADRs sono non gravi mentre il 36% gravi ed il 6% non definito. I maggiori outcome rilevati vedono il 34% delle reazioni con risoluzione completa ed il 24% con miglioramento. I maggiori segnalatori sono risultati gli operatori sanitari quali data manager, 46%, 36% medici e 10% i farmacisti. I farmaci maggiormente segnalati risultano essere quelli appartenenti alle seguenti classi ATC: farmaci antineoplastici e immunomodulatori 59% e antimicrobici generali per uso sistemico 21%.

**LIMITI** Sottosegnalazione.

**CONCLUSIONI** Al momento della commercializzazione di un nuovo farmaco il suo profilo rischio/beneficio è noto solo in parte in quanto le evidenze sono limitate agli studi registrativi che, generalmente, sono di breve durata. Il monitoraggio attivo delle ADRs risulta essere uno strumento fondamentale per delineare il profilo di sicurezza dei farmaci che vengono quotidianamente utilizzati nella pratica clinica, potendo così apportare interventi terapeutici efficaci con un rapporto rischio/beneficio sempre più favorevole. L'analisi delle ADRs riscontrate nei pazienti trattati presso la struttura ospedaliera Città della salute e della scienza di Torino ha permesso di ampliare le conoscenze circa la sicurezza dei farmaci utilizzati nel contesto ospedaliero. I risultati ottenuti sottolineano l'importanza di monitorare i farmaci antineoplastici e immunomodulatori, i più segnalati, evidenziando che la maggior parte delle segnalazioni risultano essere non gravi con outcome positivi per i pazienti. In monitoraggio effettuato mette in luce l'importanza della segnalazione di sospette reazioni avverse ai farmaci e della loro successiva indagine. <http://www.temasis.it> <http://www.agenziafarmaco.gov.it/>.

**Autore per la corrispondenza:** Castellana Eleonora – AOU Città della Salute e della Scienza di Torino –  
Email: [ecastellana@cittadellasalute.to.it](mailto:ecastellana@cittadellasalute.to.it)

## 44. Applicazione del RAPEX in Italia per la prevenzione dei rischi derivanti dall'uso di prodotti di consumo pericolosi

Ciarlo Immacolata, Sturaro Patrizia, Redaelli Massimo, Tettamanzi Elena, Cherchi Laura, Bulgheroni Paolo

ATS Insubria

**BACKGROUND** Con l'acronimo RAPEX si indica un sistema europeo di allerta rapida per i prodotti che rappresentano un grave rischio per la salute e la sicurezza dei consumatori. Vengono esclusi dal campo di applicazione del RAPEX alimenti, mangimi, farmaci e dispositivi medici, per i quali sono attivi specifici sistemi di allerta. Quando all'interno di uno Stato membro dell'UE si accerta la pericolosità di un prodotto di consumo (es. giocattolo, scarpa, elettrodomestico, ecc.), l'Autorità nazionale competente interviene al fine di evitare che si realizzi un rischio concreto per la popolazione. I provvedimenti a tutela della salute pubblica possono essere ad es.: divieto di vendita, ritiro del prodotto dal mercato, richiamo al consumatore, avvertimento. Il Punto di contatto Nazionale dello Stato Membro, tramite una scheda di notifica standardizzata, segnala il caso di "allarme consumatori" alla Commissione Europea, che, dopo aver validato le informazioni, le diffonde a sua volta ai Punti di contatto nazionali degli altri Stati membri, i quali si assicurano che le rispettive autorità competenti controllino se il prodotto pericoloso notificato è presente sul territorio nazionale. In caso di "reazione" positiva alla notifica RAPEX, si procede al ritiro del prodotto dalla rete distributiva con il relativo blocco della vendita, eventuali esami analitici di conferma ed eventuale segnalazione all'Autorità Giudiziaria. In Italia il Punto di contatto che coordina il funzionamento del sistema a livello nazionale è istituito presso il Ministero dello Sviluppo Economico, mentre la rete di controllo comprende le amministrazioni pubbliche che, secondo le rispettive competenze per materia, controllano la sicurezza dei prodotti immessi sul mercato. Tra queste vi è il Ministero della Salute, che a livello centrale vigila sulla sicurezza chimica e microbiologica dei prodotti in vendita a libero consumo. Per la ricerca attiva dei prodotti segnalati come pericolosi dal RAPEX e per la ricezione delle segnalazioni/denunce da parte dei consumatori, il Ministero opera a livello territoriale attraverso i Comandi dei carabinieri per la sanità (NAS), cui si affiancano i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende sanitarie locali, coordinati dagli Assessorati della salute delle regioni interessate.

**OBIETTIVI** Valutare l'efficacia del sistema di allerta RAPEX nella realtà italiana.

**METODI** Sono stati analizzati i dati relativi alle notifiche di allarme estrapolabili dall'archivio on-line "Allarmi consumatori e reazioni a notifiche di prodotti non alimentari pericolosi" sul sito web del Ministero della Salute.

**RISULTATI** Dal 2006 al 2016 l'Italia ha diramato un totale di 373 notifiche di allarme, che vanno da un minimo di 0 nel 2006 a un massimo di 84 nel 2010, con una media di 33,9 all'anno, corrispondente a una notifica ogni 10 giorni circa. Le maggiori segnalazioni di non conformità hanno riguardato le seguenti categorie di prodotto: giocattoli (110 notifiche), prodotti chimici (71 notifiche), abbigliamento (70 notifiche), casalinghi (62 notifiche), laser pointer (28 notifiche), cosmesi (14 notifiche), accendini (9 notifiche), hobby (5 notifiche), articoli puericultura (2 notifiche), dispositivi di sicurezza (1 notifica), utensili professionali (1 notifica). Sul totale delle segnalazioni nel decennio considerato, più della metà ha riguardato non conformità di prodotti a diretto contatto con la pelle e le mucose (abbigliamento tra cui vestiti, scarpe, bigiotteria, prodotti cosmetici), oppure destinati ad un'utenza particolarmente sensibile come l'infanzia (articoli puericultura e giocattoli). I giocattoli si confermano anche come categoria di prodotto con il maggior numero di follow up in Italia (58 reazioni alla notifica in 10 anni). Si osserva inoltre che sul totale delle notifiche di allarme, il 16% circa ha riguardato segnalazioni di non conformità relative a prodotti utilizzati nelle attività di tatuaggio e piercing e in modo particolare: pigmenti/inchiostri per tatuaggi (n° 57 notifiche), grip ed aghi non ammessi in Italia (2 notifiche), monili per piercing (1 notifica). Si rilevano altresì alcuni casi di segnalazione per incensi e sigarette elettroniche.

**LIMITI** I dati si riferiscono esclusivamente alle informazioni entrate nel RAPEX a seguito di controllo d'iniziativa da parte delle Autorità o su segnalazione dei consumatori, per cui è possibile che le non conformità evidenziate dal sistema siano sottostimate.

**CONCLUSIONI** Le notifiche di allarme sulle non conformità di prodotto riscontrate nell'ultimo decennio in Italia destano preoccupazione in quanto hanno riguardato generi di largo consumo nella popolazione o comunque a rilevante impatto sanitario. Occorre sensibilizzare i consumatori perché si rendano parte attiva del sistema, segnalando alle Autorità di controllo eventuali anomalie riscontrate in fase di acquisto o durante l'uso.

**Autore per la corrispondenza:** Bulgheroni Paolo – ATS Insubria – Email: bulgheronip@ats-insubria.it

## 45. Analisi dei programmi del Corso di Laurea in Infermieristica per l'ottimizzazione della qualità dell'Offerta Formativa: la realtà dell'Università Politecnica delle Marche

Ciarpella Francesca<sup>1</sup>, Rippon Maria Rita<sup>2</sup>, Pelusi Gilda<sup>2</sup>, Santarelli Adoriano<sup>2</sup>, Marcelli Stefano<sup>3</sup>, Tufoni Simona<sup>2</sup>, Cicchitti Chiara<sup>4</sup>, Rasetti Carlo<sup>3</sup>, Gatti Chiara<sup>5</sup>

<sup>1</sup>ASUR - Area Vasta N. 4, <sup>2</sup>Università Politecnica delle Marche, <sup>3</sup>ASUR - Area Vasta N. 5, <sup>4</sup>Casa di cura Villa dei Pini di Civitanova Marche, <sup>5</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona

**BACKGROUND** Il Corso di Laurea (CdL) in Infermieristica in Italia ha durata triennale e possono essere ammessi i candidati che siano in possesso del diploma di scuola media superiore o di altro titolo di studio conseguito all'estero, riconosciuto idoneo secondo le normative vigenti (D.M. 22 ottobre 2004 n.270 e Decreto attuativo del 19 febbraio 2009) e che siano qualificati in posizione utile all'esame di ammissione. L'università ha lo scopo di formare i professionisti, cui competono le attribuzioni previste dal D.M.739/94, dalla L.42/99 e successive modifiche. I regolamenti didattici dell'Università Politecnica delle Marche (Univpm) prevedono piani di studi curriculari che possono essere monodisciplinari o integrati, attività professionalizzanti che comprendono laboratori e tirocinio clinico, attività didattica elettiva. Essa deve garantire una periodica revisione dei regolamenti didattici e dei piani di studio, anche come richiesto dall'ANVUR. I 5 poli diversi (Ancona, Pesaro, Macerata, Ascoli, Fermo) dell'Univpm condividono lo stesso impianto organizzativo così come obiettivi, offerta formativa e modalità di verifica. Per favorire l'integrazione tra docenti ed in seguito alla segnalazione da parte di alcuni studenti della presenza di argomenti ripetuti durante il triennio, è nata l'idea di intraprendere un'analisi qualitativa e quantitativa dei contenuti dei programmi didattici, allo scopo di ottimizzare la formazione infermieristica e di valorizzare il capitale umano, ossia gli studenti, diretti fruitori dell'offerta formativa.

**OBIETTIVI** Individuare le ripetizioni e sovrapposizioni di argomenti all'interno dei programmi dei moduli didattici del CdL Infermieristica dell'Univpm.

**METODI** Nei mesi di aprile-luglio 2017, è stata condotta un'analisi qualitativa e quantitativa dei programmi dei 45 moduli didattici (4 corsi monodisciplinari e 41 moduli contenuti nei 14 corsi integrati) costituenti il piano di studio dei 5 poli dell'Univpm. L'oggetto dell'osservazione riguardava il nuovo ordinamento didattico in vigore dall'A.A.2011/2012. Dapprima, sono stati visionati dal sito [www.univpm.it](http://www.univpm.it) i programmi di ogni modulo didattico del triennio; successivamente, in un database Excel, ne sono stati trascritti i contenuti (n.533) evidenziando, senza riscriverli, quelli ripetuti nei diversi insegnamenti (n.126). Infine, è stata svolta un'analisi crociata tra gli argomenti ed i rispettivi moduli che presentavano sovrapposizioni.

**RISULTATI** Dei 533 argomenti trascritti sono stati presi in considerazione i 126 risultati ridondanti. È stato descritto il numero delle ripetizioni per ciascun argomento: maggiormente trattato, in 5 moduli, risulta essere "Insufficienza respiratoria", mentre in 4 moduli "Significato di salute e malattia", "Promozione della salute e prevenzione primaria, secondaria e terziaria", "Infezioni correlate all'assistenza", "Shock", "Embolia – Embolia polmonare", "Sepsi", "Patologie del colon retto, neoplasie intestinali" e "Patologie dell'esofago e gastroduodenali, neoplasie gastriche". A seguire sono stati identificati i restanti 117 argomenti: 32 affrontati in 3 moduli e 85 in 2 moduli. Tra i 45 moduli didattici analizzati è stata stilata una graduatoria dei 39 che presentavano sovrapposizioni: emerge "Infermieristica clinica applicata alla medicina specialistica e pediatrica" con 23 contenuti ripetuti, seguita da "Infermieristica applicata alla medicina interna" e "Medicina interna, geriatria e nefrologia" con 17, "Oncologia medica" con 16, per terminare con i moduli che presentavano un solo contenuto in comune con altri programmi. Infine, per avere una visione più dettagliata delle ripetizioni presenti in ogni corso, è stata realizzata una tabella ad hoc per ciascun modulo didattico. Essa può aiutare i docenti ed i coordinatori dei corsi integrati ad individuare le suddette ridondanze ed a relazionarsi tra loro per eventuali azioni correttive.

**LIMITI** Il rischio di considerare come sovrapposizioni argomenti che non vengono ripetuti, ma solo citati come ripasso, ripresi per un approfondimento, o trattati da docenti in maniera diversa e complementare, è elevato. Al contrario, potrebbero esserci contenuti affrontati più volte in diversi moduli didattici in modo ridondante, ma che non sono emersi da questa analisi, in quanto un docente potrebbe ritenere opportuno approfondire un argomento, deviando così dal programma, generando ripetizioni non volute.

**CONCLUSIONI** Il lavoro svolto e la procedura utilizzata per lo screening dei programmi hanno permesso di evidenziare diversi contenuti che vengono ripetuti nei moduli dell'attuale piano di studi, ma i limiti presentati dalla ricerca richiedono un secondo approfondimento di tipo osservazionale e fenomenologico, che coinvolga studenti e docenti. L'obiettivo finale non è mettere in discussione l'attuale programma didattico, ma ottimizzare la qualità dell'offerta formativa, promuovendo una più appropriata ed efficiente formazione diretta agli studenti, futuri professionisti preposti alla salvaguardia di un caring di qualità.

**Autore per la corrispondenza:** Gatti Chiara – AOU Ospedali Riuniti di Ancona – Email: [chiaragatti91@libero.it](mailto:chiaragatti91@libero.it)

## 46. Monitoraggio e governo del sovraffollamento dei Pronto Soccorso con lo sviluppo e l'applicazione di un sistema di analisi e controllo multimodale nell'ASL TO3

Cibinel Gian Alfonso, Argenta Salvatore, Civita Marina, Saltarelli Marco, Bellina Maurizio, Minniti Davide, Rebora Monica, Boraso Flavio

ASLTO3

**BACKGROUND** Il sovraffollamento dei PS è associato alla compromissione della qualità delle cure prestate, ad un gradimento ridotto da parte dei pazienti, ad un'incidenza elevata di burn-out del personale e ad una perdita di efficienza dei sistemi ospedalieri. Per poter intervenire sul sovraffollamento è necessario individuarne le cause e disporre di strumenti di misura per monitorizzare l'andamento del fenomeno e verificare l'effetto delle azioni correttive. Le cause, correlate agli accessi (input), al processo interno al PS (throughput) o alle dinamiche di uscita (output), hanno peso variabile nelle diverse strutture ospedaliere, e richiedono interventi mirati. Tutti i sistemi di misura proposti, basati su indicatori singoli (come il tasso di diversione delle ambulanze, il tempo di permanenza in PS, il tasso di rientro) o su scores aggregati (come il NEDOCS, il CEDOCS e il SONET) necessitano di un adattamento e di una validazione locale prima di essere applicati.

**OBIETTIVI** Scelta e validazione degli indicatori per la valutazione e il monitoraggio dell'impegno e del sovraffollamento dei PS/DEA di un'Azienda Sanitaria con un totale annuale di circa 138000 accessi. Correlazione dello stato di sovraffollamento con variabili di input, throughput e output, per l'individuazione delle cause radice. Governo del sistema PS-ospedale in base ai dati ottenuti sull'impegno dei PS/DEA.

**METODI** Analisi della letteratura e scelta degli indicatori e dello score più adatti alla realtà aziendale. Applicazione sperimentale e affinamento dello score dal marzo al giugno 2015 in uno degli ospedali aziendali (ospedale di Pinerolo, sede di DEA di 1° livello, con 48000 accessi annui), con valutazione congiunta da parte degli operatori del DEA e della Direzione di Presidio. Individuazione dell'indicatore singolo più accurato di sovraffollamento, da impiegare in tutti i presidi aziendali (Pinerolo, Rivoli, Susa e Venaria). Scelta e monitoraggio delle variabili relative all'input (volume di accessi, epidemiologia influenzale, temperature medie ambientali), al throughput (tempi di processo in PS) e all'output (tempi boarding: attesa in PS per il posto letto nei reparti dopo la decisione di ricovero), per individuare le cause radice del sovraffollamento. Elaborazione del piano aziendale di gestione del sovraffollamento (PGS) 2016-2017 e allocazione delle risorse nell'ambito del Dipartimento di Emergenza in base ai dati rilevati.

**RISULTATI** Tra i diversi sistemi di misura è stato scelto, sperimentato e validato lo score NEDOCS, con regolare determinazione (ogni ora) e monitoraggio nell'ospedale di Pinerolo a partire dal 2° semestre 2015. L'indicatore singolo di sovraffollamento più accurato è risultato il n° di pazienti in attesa di ricovero alle 9 del mattino. Tale indicatore è stato registrato e monitorizzato nei tre ospedali aziendali a decorrere dall'inizio del 2016, correlandolo con le variabili di input, throughput e output. Il blocco dell'output (impossibilità di ricoverare i pazienti dai PS/DEA nei reparti ospedalieri, con boarding protratto) è stata la causa più importante del sovraffollamento. Il volume di accessi, come variabile di input, ha dimostrato un effetto limitato sul sovraffollamento, solo nelle due settimane di picco massimo dell'epidemia influenzale; nessuna correlazione è stata dimostrata con l'ondata di caldo estiva valutata con le temperature medie; non sono state evidenziate correlazioni significative con le variabili di throughput. I PGS 2016-2017 e 2017-2018 sono stati elaborati e aggiornati in base ai dati di monitoraggio dell'impegno e del sovraffollamento dei PS/DEA. Le risorse di personale sono state ridistribuite considerando non solo il numero e la tipologia di accessi, ma anche l'impegno complessivo del sistema di emergenza ospedaliera, misurato con lo score NEDOCS e con l'indicatore singolo di riferimento.

**LIMITI** La validazione dello score NEDOCS è stata attuata confrontando i dati sullo stato di impegno dei PS/DEA con la percezione degli operatori; si tratta del metodo applicato abitualmente nella ricerca sul tema, che presenta i limiti relativi alla mancanza di uno standard esterno; per controllare tale bias nel presente studio è stata introdotta anche una valutazione indipendente da parte della Direzione di Presidio. Il funzionamento di un sistema complesso, come un PS/DEA, è influenzato da molte variabili; nel presente studio solo alcune sono state considerate. Non sono stati ancora valutati gli effetti a lungo termine del nuovo sistema di governo sul sovraffollamento; il tema sarà oggetto di uno studio successivo.

**CONCLUSIONI** Nell'ambito dei PS/DEA è possibile elaborare e impiegare regolarmente un sistema di analisi e monitoraggio dell'impegno e del sovraffollamento, che permette di individuare le cause radice più importanti e di informare le decisioni strategiche e quelle operative.

**Autore per la corrispondenza:** Alesina Marta – Università degli Studi di Torino – Email: [marta.alesina@unito.it](mailto:marta.alesina@unito.it)

## 47. Promozione dell'impiego appropriato delle risorse diagnostiche in Pronto Soccorso attraverso il benchmarking inter-ospedaliero e la produzione di raccomandazioni condivise basate sull'evidenza

Cibinel Gian Alfonso, Cavallo Maria Rita, Griot Giulietta, Dequino Giovanna, Minniti Davide, Morelli Pamela, Bisanti Francesca, Rebora Monica, Boraso Flavio

ASLTO3

**BACKGROUND** In PS l'impiego delle risorse diagnostiche di laboratorio e di radiologia è associato ad una rilevante probabilità di over-use, e in minor grado di under-use, con conseguenti sprechi e rischi di gestione inadeguata dei pazienti. La verifica dell'appropriatezza diagnostica, più facilmente attuabile nei singoli casi, è molto complessa a livello di sistema, in particolare con riferimento a popolazioni eterogenee. La modifica dei comportamenti diagnostici, spesso non facile, si può ottenere attraverso la responsabilizzazione dei professionisti coinvolti nei processi di cura.

**OBIETTIVI** Valutazione dell'appropriatezza dei percorsi diagnostici strumentali nel sistema di emergenza ospedaliera di un'azienda sanitaria, articolato in due DEA di 1° livello (Rivoli e Pinerolo), un PS di zona disagiata (Susa) e due PPI (Venaria e Giaveno), con un totale annuale di circa 138000 accessi. Miglioramento dei comportamenti diagnostici dei professionisti, con riduzione dell'over-use ed eliminazione dell'under-use, senza effetti negativi per i pazienti.

**METODI** Analisi nel 1° semestre 2016 dell'impiego dei test diagnostici di laboratorio e delle indagini radiologiche di base (Rx ed ecografia) e avanzate (TAC) nei tre presidi ospedalieri aziendali con oltre 10000 accessi/anno, con indicizzazione per il numero di passaggi. Confronto dei dati di utilizzo nei tre presidi e riesame degli ambiti di discordanza, con riferimento alle evidenze e alle linee guida disponibili. Produzione di raccomandazioni condivise sull'impiego della diagnostica in PS, attraverso il confronto tra i medici d'urgenza e i professionisti operanti nei servizi, e con successiva revisione da parte degli altri specialisti ospedalieri. Ridefinizione dei profili diagnostici attivabili attraverso il sistema informatico e applicazione delle raccomandazioni. Analisi nel 1° semestre 2017 del consumo di risorse diagnostiche e degli eventi avversi per i pazienti, in termini di diagnosi mancate con ricaduta negativa.

**RISULTATI** Sono stati individuati un ospedale a basso consumo di risorse diagnostiche (Pinerolo) e due ospedali ad alto consumo di risorse (Rivoli e Susa), sia per il laboratorio sia per la radiologia, con alcuni test impiegati da 2 a 10 volte di più negli ospedali ad alto consumo. Nell'ospedale di rivoli, ad alto consumo, due test specifici (emogasanalisi ed esami colturali) sono risultati poco utilizzati. Il riesame critico degli ambiti di discordanza ha portato a concludere per un over-use generale negli ospedali di Rivoli e Susa, in parte legato ad automatismi nella richiesta di profili diagnostici aggregati, e per un under-use degli esami colturali e dell'emogasanalisi nell'ospedale di Rivoli. Nel 2° semestre 2016 sono state elaborate raccomandazioni aziendali condivise sull'impiego della diagnostica per immagini e di laboratorio, riguardo alle principali sindromi di presentazione in PS, con riferimento alle evidenze disponibili in letteratura (ricerca primaria), alle revisioni sistematiche (della Cochrane Collaboration e di altri gruppi) e alle linee guida prodotte da società scientifiche di riferimento (in particolare American College of Radiology, American Heart Association ed European Society of Cardiology). Le raccomandazioni sono state diffuse e applicate dall'inizio del 2017, congiuntamente alla revisione e alla limitazione dei profili diagnostici aggregati. L'analisi dei dati di utilizzo delle diagnostiche nel 1° semestre 2017, rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente ha evidenziato: una riduzione delle richieste di indagini di laboratorio pari al 12% nell'ospedale di Rivoli e dell'8% nell'ospedale di Susa, un incremento degli esami colturali del 13% nell'ospedale di Rivoli, una riduzione delle indagini Rx del 5% nell'ospedale di Rivoli e del 3% nell'ospedale di Susa, una riduzione delle indagini TAC del 3% nell'ospedale di rivoli e del 4% nell'ospedale di Susa. Contestualmente non è stato rilevato un aumento degli eventi sentinella di diagnosi mancate.

**LIMITI** Gli eventi sentinella "diagnosi mancate" sono poco numerosi e possono sottostimare eventuali conseguenze negative di un ridotto impiego della diagnostica strumentale. La domanda ridotta al laboratorio e alle radiologie da parte dei PS/DEA si può tradurre in un aumento di attività per altri clienti interni o esterni, ma è necessario un controllo di appropriatezza per evitare un impiego inadeguato.

**CONCLUSIONI** Il benchmarking inter-ospedaliero per i PS/DEA è un buon punto di partenza per la valutazione dell'appropriatezza nell'ambito della diagnostica strumentale, che favorisce il coinvolgimento dei professionisti e permette di evidenziare aree di potenziale over-use e under-use. La conseguente produzione di raccomandazioni aziendali basate sulle evidenze consente di migliorare l'appropriatezza e di ridurre il consumo di risorse, senza impatto negativo per i pazienti.

**Autore per la corrispondenza:** Alesina Marta – Università degli Studi di Torino – Email: [marta.alesina@unito.it](mailto:marta.alesina@unito.it)

#### 48. Il modello teorico come riferimento per un'assistenza appropriata e di qualità: studio osservazionale descrittivo sulla realtà Marchigiana, vista dagli studenti dell'Università Politecnica delle Marche.

Cicchitti Chiara<sup>1</sup>, Gatti Chiara<sup>2</sup>, Pelusi Gilda<sup>3</sup>, Santarelli Adoriano<sup>3</sup>, Marcelli Stefano<sup>4</sup>, Ciarpella Francesca<sup>5</sup>, Tufoni Simona<sup>3</sup>, Pioli Fabia<sup>6</sup>, Rasetti Carlo<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Casa di cura Villa dei Pini di Civitanova Marche, <sup>2</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona, <sup>3</sup>Università Politecnica delle Marche, <sup>4</sup>ASUR - Area Vasta N. 5, <sup>5</sup>ASUR - Area Vasta N. 4, <sup>6</sup>Ospedali Riuniti Marche Nord

**BACKGROUND** La teoria è un costrutto sistematico, fondato scientificamente e logicamente correlato ad un insieme di concetti che identificano gli elementi essenziali della pratica infermieristica con basi teoriche e valori richiesti per l'agire professionale. In ambito assistenziale, le teorie descrivono l'oggetto di studio della disciplina, ne identificano lo scopo specifico, parlano del metodo e delle sue applicazioni. L'interpretazione di alcuni principi quali persona, salute/malattia, ambiente e caring, vengono assunti come riferimenti filosofici che delimitano il campo di elaborazione del pensiero infermieristico. Il modello teorico e l'uso di strumenti per la pianificazione, favoriscono l'appropriatezza delle cure, determinando risultati sulla qualità. La formazione dell'infermiere avviene attraverso lezioni didattiche, laboratori pre-clinici e tirocini che devono permettere allo studente di sperimentarsi nelle tecniche manuali e nelle pianificazioni concettuali. Ancora oggi, in molte realtà ospedaliere, la presa in carico del paziente basata su un modello di riferimento risulta essere carente o quasi assente, diminuendo così l'autonomia del professionista. Tale situazione emerge soprattutto dalle esperienze di tirocinio affrontate dagli studenti, i quali sostengono di essere disorientati e di voler maggiore coerenza tra il sapere teorico imparato all'università e quello professato nella pratica del tirocinio.

**OBIETTIVI** Valutare la coerenza del modello teorico di riferimento per la pianificazione assistenziale tra università e sede di tirocinio. Individuare la tipologia di documentazione infermieristica e di modello organizzativo attualmente in uso negli ospedali della Regione Marche.

**METODI** È stato condotto uno studio di tipo osservazionale descrittivo su tutti i 342 studenti del terzo anno appartenenti alle 5 sedi del Corso di Laurea (CdL) in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche, nel periodo marzo-giugno 2017. È stato somministrato un questionario costruito ad hoc formato da 13 domande a risposta chiusa (11) ed aperta (2): 7 item erano inerenti i laboratori didattici e 6 item il tirocinio clinico. Infine, per l'analisi dei dati è stato creato un database Excel suddiviso in fogli per modello organizzativo e documentazione infermieristica.

**RISULTATI** Il response rate è stato del 70%. I 241 studenti che hanno partecipato allo studio risultano così suddivisi: Ascoli Piceno - AP (9), Fermo - FM (36), Macerata - MC (51), Ancona - AN (99) e Pesaro Urbino - PU(46). I CdL in Infermieristica esaminati adottano omogeneamente un modello di riferimento teorico (100%), il modello di M. Gordon (100%) e su questo attuano laboratori didattici (98%). La pianificazione assistenziale, quando adottata nelle Unità Operative sedi di tirocinio, avviene utilizzando proprio questo modello (97%). Il 42% degli studenti afferma che gli infermieri non utilizzano alcuna pianificazione concettuale: la pratica clinica si discosta ampiamente dalla teoria insegnata durante la formazione (83%). Per quanto concerne la tipologia in uso della cartella infermieristica, risulta essere cartacea per il 50%, per il 47% mista ed il 3% interamente informatizzata. Per il 62% degli studenti tale documentazione non è appropriata al modello utilizzato. Il modello organizzativo adoperato è principalmente per compiti, pari al 70%. Il modello "Piccole equipe" risulta in uso per un 13%; il "Case Management" per un 10% ed infine per il "Primary Nursing" un 7%.

**LIMITI** Uno dei limiti dello studio è rappresentato dall'aver utilizzato un questionario costruito ad hoc per la rilevazione dei dati. La distribuzione disomogenea degli studenti tra le sedi può rivelarsi un bias nella valutazione dei dati.

**CONCLUSIONI** Gli studenti del CdL in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche pur avendo un'uniforme formazione su un preciso modello teorico di riferimento, non trovano in tutte le unità operative, un modello concettuale su cui costruire la pianificazione. La documentazione infermieristica ancora cartacea allunga i tempi della pianificazione, quando presente, rendendola difficoltosa. Il modello organizzativo per compiti non favorisce la personalizzazione e la visione olistica del paziente. Pertanto, si ritiene opportuno che, per promuovere un caring efficiente e di qualità, la politica assistenziale debba evolvere verso un modello concettuale anche diverso a seconda del setting, strumenti informatizzati, tecnologie sanitarie ed un modello organizzativo appropriato per la presa in carico dell'assistito.

**Autore per la corrispondenza:** Gatti Chiara – AOU Ospedali Riuniti di Ancona – Email: chiaragatti91@libero.it



## 49. Sviluppo ed implementazione di un PDTA per il trattamento dei disturbi da uso di alcol

Cioncolini Leonardo, Nasi Annamaria, Bassi Rita, Ruffini Paolo, Gentili Marco, Pellegrino Salvatore, Catellani Carlo, Mazzi Rosita, Zannini Angela, Mancuso Pamela

*Azienda USL Reggio Emilia*

**BACKGROUND** I disturbi da uso di alcol rappresentano per l'intera popolazione mondiale un problema di salute ad elevata rilevanza e dall'elevato costo sociale. Nel 2014 In Italia, secondo i dati del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, risultavano oltre 3.400.000 consumatori a rischio nella fascia di età compresa tra 18 e 65 anni, ed oltre 700.000 consumatori dannosi di età superiore ad 11 anni. Inoltre, secondo il rapporto ISTISAN, nel 2014 si sono verificati oltre 16.800 decessi correlabili direttamente o indirettamente al consumo di sostanze alcoliche. Alla luce di quanto appena esposto, è di primaria importanza definire, nei servizi per le dipendenze del SSN delle metodologie di erogazione delle cure che garantiscano l'utilizzo appropriato delle risorse a disposizione, e l'utilizzo delle migliori evidenze scientifiche reperibili.

**OBIETTIVI** Costruire ed implementare un percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) per il trattamento dei disturbi da uso di alcol, al fine di uniformare i comportamenti dei professionisti, ridurre le diseguità, applicare le migliori evidenze disponibili, favorire l'integrazione multiprofessionale e riportare quindi la persona assistita al centro del percorso di cura.

**METODI** Nel mese di maggio del 2015 il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSMDP) dell'Azienda USL di Reggio Emilia ha avviato un itinerario di formazione e di supervisione con la fondazione GIMBE, finalizzato alla costruzione di un PDTA per la gestione della persona assistita con disturbi da uso di sostanze alcoliche. A tale scopo è stato creato un gruppo multidisciplinare-multiprofessionale con il compito di ricercare le migliori evidenze disponibili (linee guida), provvedere all'adattamento locale e determinare gli indicatori di processo necessari alla valutazione del buon funzionamento. Nel mese di gennaio 2016, al termine del percorso di affiancamento con la fondazione GIMBE, il lavoro del gruppo è continuato in collaborazione con il servizio epidemiologico aziendale che ha fornito il suo aiuto per la definizione delle modalità di estrazione dati e verifica degli indicatori. Contestualmente il PDTA è stato presentato agli stakeholder (utenti ed associazioni di auto mutuo aiuto in ambito alcologico), per la revisione finale precedente all'implementazione nei servizi.

**RISULTATI** Nel periodo compreso tra luglio e dicembre 2016 il PDTA è stato implementato nei servizi per le dipendenze patologiche (SerDP) provinciali, effettuando 10 incontri conoscitivi e formativi che hanno avuto come argomento principale l'utilizzo delle scale di valutazione raccomandate dalla linea guida utilizzata (Audit, LDQ, APQ, CIWA-ar). Nel mese di febbraio 2017 ha avuto inizio l'applicazione preliminare delle raccomandazioni previste, ed è stata effettuata una prima raccolta dati con intervallo semestrale. A Luglio 2017 53 utenti risultavano arruolati nel percorso, avendo soddisfatto i criteri di esclusione/inclusione. Di questi, l'86,8% ha ricevuto i test di valutazione previsti dalla linea guida adottata ed ha iniziato il piano di cura personalizzato. L'approccio assistenziale proprio del PDTA, che tende a ripristinare la centralità della persona assistita rispetto al percorso di cura, ha consentito anche di migliorare la compliance dell'utenza verso l'offerta dei servizi. Come indicatore esplicativo si riporta la percentuale di drop-out, passata dal 9,8% del primo semestre 2016 al 2% dello stesso periodo del 2017. Nel mese di dicembre dell'anno in corso sarà effettuata la prima verifica degli indicatori di processo definiti, ed il PDTA sarà sottoposto a revisione da parte del gruppo di lavoro.

**LIMITI** Il coinvolgimento degli stakeholders nella costruzione del percorso è stato limitato alla fase di revisione finale, a causa della difficoltà incontrata nell'individuazione di un referente univoco per le varie associazioni durante la costruzione del percorso.

**CONCLUSIONI** Le aziende sanitarie sono sistemi con un elevato livello di complessità, che può favorire la variabilità, i difetti di continuità assistenziale e di insufficiente integrazione delle cure. I PDTA utilizzano la logica di gestione per processi per ricostruire l'iter assistenziale, visto come insieme di processi, procedure, attori, confini e responsabilità, ed hanno il vantaggio di favorire la continuità degli interventi e l'integrazione tra unità organizzative di interfaccia. Il PDTA per il trattamento dei disturbi da uso di alcol, eliminando il concetto di assistenza per singole prestazioni, ha consentito ai servizi di adattarsi maggiormente alle esigenze dell'utenza e migliorare al contempo l'appropriatezza sul piano assistenziale ed organizzativo.

**Autore per la corrispondenza:** Cioncolini Leonardo – Azienda USL di Reggio Emilia – Email: leonardo.cioncolini@ausl.re.it



## 50. Non Conformità come strumento di miglioramento della pratica clinica: un caso concreto nella diagnostica di laboratorio

Colla Rossana, Storchi Incerti Silvia, Teodori Elvira, Chiodino Caterina, Frattolillo Daniele, Peruzzi Simona, Sartori Umberto

*Azienda USL Reggio Emilia*

**BACKGROUND** Le “Non Conformità” (NC) sono uno strumento fondamentale del sistema qualità per il miglioramento continuo dei processi di lavoro, che risulta realmente efficace solo se il personale che ha prodotto l’evento di NC è coinvolto nel processo di miglioramento della qualità. In passato, nel nostro laboratorio, le NC relative alla modalità di raccolta di campioni destinati ad indagini microbiologica, dove il mancato rispetto di idonee prescrizioni di raccolta può portare ad un inquinamento del campione, con la conseguente impossibilità di individuare il vero germe responsabile dell’infezione, venivano elaborate annualmente e poi condivise retrospettivamente in incontri di formazione con il personale infermieristico dei reparti ospedalieri che aveva prelevato il campione. Questa metodica di analisi delle NC, effettuata a posteriori in modo cumulativo a fine anno e a tutto il personale nel suo insieme, ha sortito pochi miglioramenti stabili della pratica clinica, soprattutto a causa del grande turnover del personale infermieristico.

**OBIETTIVI** Per questo motivo, insieme ai coordinatori dei reparti internistici e chirurgici del nostro Ospedale, nel 2014 si è pensato di sperimentare una nuova modalità formativa, più incisiva, puntuale, personalizzata al singolo operatore responsabile e ravvicinata all’evento della NC. Abbiamo individuato come ambito di miglioramento le NC relative all’urocoltura da mitto intermedio, che risulta essere l’indagine microbiologica più frequentemente richiesta. Nell’urocoltura l’inquinamento porta al riscontro di una flora microbica mista (cioè più di 3 microorganismi isolati in carica significativa), che non permette l’identificazione del germe responsabile dell’infezione e quindi la prescrizione di una corretta terapia antibiotica. In questo caso si rende necessaria la ripetizione di una nuova raccolta urine, con un ritardo nella diagnosi e nella corretta prescrizione di antibiotici di almeno 2-3 giorni; inoltre se il paziente ha già iniziato terapia con antibiotici a largo spettro, soprattutto in pazienti in condizioni critiche, non è nemmeno possibile nell’immediato ripetere il campione (falsi negativi da terapia). Sono da considerare anche i costi materiali legati alla doppia esecuzione del test e del tempo del personale sanitario coinvolto.

**METODI** Nel progetto sono stati coinvolti 6 reparti: Medicina A, Medicina B, Lungodegenza, Ortopedia, Chirurgia e Urologia. Abbiamo considerato come indice di sospetto inquinamento lo sviluppo di flora microbica mista: in questi casi il microbiologo in fase di refertazione ha inserito anche un commento precodificato con le istruzioni per una corretta raccolta del campione urine. Si è utilizzato il software di elaborazione dati “Virtuoso” abbinato al sistema informatico di laboratorio (LIS Dedalus), in grado di inviare automaticamente messaggi a indirizzi email associati ai reparti richiedenti l’analisi, in presenza di commenti precodificati nel referto. In questo caso sono stati inseriti gli indirizzi email dei coordinatori dei reparti coinvolti nel progetto, con l’invio contestuale ad ogni refertazione di un messaggio con tutti i dati del paziente, il commento relativo al sospetto inquinamento e le istruzioni per una corretta raccolta del campione urine. Questo ha permesso ai coordinatori di intervenire immediatamente con gli operatori responsabili della raccolta delle urine, per rivedere i passaggi e le idonee modalità, con una formazione puntuale personalizzata. Ogni anno, inoltre, è stato promosso un incontro con i coordinatori, in cui sono stati presenti i dati relativi alle NC. Il progetto è stato portato avanti a costo zero, sfruttando le tecnologie informatiche presenti in laboratorio.

**RISULTATI** Il progetto di miglioramento è stato attivato nel 2014: complessivamente nel 2014 sono state analizzate 1135 urocolture di cui 68 inquinate (6%), nel 2015 urocolture 1183 di cui 51 inquinate (4.3%), nel 2016 urocolture 1505 di cui 48 inquinate (3.1%), nel 2017 urocolture 1585 di cui 35 inquinate (2.2%). I risultati indicano una riduzione significativa, progressiva anno per anno, con un trend costante sempre in decremento del numero delle urocolture inquinate, che sono passate da un 6% ad un 2.2%. Il dato numerico è ancor più significativo se rapportato all’aumento complessivo del numero delle urocolture eseguite.

**LIMITI** Necessità di sistema informatico.

**CONCLUSIONI** Riteniamo di poter concludere che l’analisi e utilizzo delle Non Conformità si conferma uno strumento indispensabile per il miglioramento continuo della pratica clinica, che può essere modificata in modo “stabile” se viene coinvolto direttamente l’operatore che ne è stato responsabile, che ne deve acquisire consapevolezza, a distanza ravvicinata dall’evento; la facile reperibilità delle corrette istruzioni semplifica il tutto. Questa tecnica può essere estesa ad altre tipologie di NC legate a pratiche cliniche non corrette, ad esempio abbiamo iniziato un nuovo progetto relativo ai casi di sospetto inquinamento delle emocolture.

**Autore per la corrispondenza:** Colla Rossana – Azienda USL Reggio Emilia – Email: collar@ausl.re.it

## 51. Aspirazione endotracheale: studio osservazionale sulle conoscenze e competenze degli infermieri di terapia intensiva.

Comparcini Dania<sup>1</sup>, Speranza Giulia<sup>1</sup>, Messi Daniele<sup>1</sup>, Cotticelli Federico<sup>2</sup>, Galli Francesco<sup>3</sup>, Simonetti Valentina<sup>4</sup>

<sup>1</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona, A.O.U. "Ospedali Riuniti" di Ancona, A.O.U. "Ospedali Riuniti" di Ancona, <sup>2</sup>ASUR - Area Vasta N. 3, <sup>3</sup>ASUR - Area Vasta N. 2, <sup>4</sup>Università Politecnica delle Marche

**BACKGROUND** L'aspirazione endotracheale, ovvero l'aspirazione delle secrezioni per mezzo di una via respiratoria artificiale, è una delle più comuni manovre eseguite nei pazienti con vie aeree artificiali e la sua gestione è diventata una pratica consolidata tra il personale infermieristico delle unità di terapia intensiva. Pertanto, per garantire contestualmente efficacia nella pratica e sicurezza del paziente è importante monitorare in maniera sistematica la compliance degli infermieri di terapia intensiva con le recenti linee guida, partendo da un'analisi delle conoscenze e competenze acquisite attraverso il percorso formativo di base e successivamente consolidate e aggiornate attraverso l'esperienza clinica e la formazione continua.

**OBIETTIVI** Determinare le conoscenze degli infermieri di terapia intensiva sulle recenti raccomandazioni inerenti la gestione dell'aspirazione endotracheale nel paziente adulto.

**METODI** Lo studio, osservazionale cross-sectional monocentrico, è stato condotto coinvolgendo tutti gli infermieri in servizio presso quattro Unità di Terapia Intensiva di una Azienda Ospedaliera della regione Marche. Non essendo stato reperito in letteratura uno strumento validato adatto allo scopo di studio, per la raccolta dati è stato elaborato un questionario ad hoc composto da una prima parte per la raccolta delle variabili socio-demografiche e una seconda parte composta da 14 domande a risposta multipla elaborate sulla base delle recenti Linee Guida per la gestione dell'aspirazione endotracheale, volte ad esplorare le fasi di esecuzione e pre-post procedura. La validità di facciata del questionario è stata preliminarmente effettuata da un panel di esperti; successivamente per valutare la qualità e la bontà dello strumento stesso (determinazione degli indici di discriminatività e facilità) è stata effettuata l'Item Analysis utilizzando il software "SITA V1.0" (Sistema per l'Item Analysis) – Istituto Superiore di Sanità.

**RISULTATI** Il campione finale è costituito da 85 infermieri, di cui il 53.6% di genere femminile; con un'età media di 36 anni (min=22, max=50) e, in media, 10.08 anni di servizio con una media di 7 anni lavorativi nell'unità di terapia intensiva. La media percentuale complessiva di risposte corrette nell'intero questionario è stata del 65.8%, tuttavia, analizzando le singole risposte, si osserva un alto tasso di risposte errate rispetto alle domande inerenti: la valutazione del paziente post-aspirazione (72.9%); l'istillazione di soluzione salina (69.4%); limite temporale entro il quale va eseguita l'aspirazione (62.4%); misura del sondino di aspirazione rispetto al tubo endotracheale (60%). L'analisi di regressione multipla ha evidenziato che il maggior contributo all'espressione di risposte corrette da parte dei partecipanti è stato dato dal maggior numero di anni di esperienza come infermiere in terapia intensiva ( $\beta=0.626$ ,  $p=0.022$ ).

**LIMITI** Il principale limite dello studio è rappresentato dal disegno monocentrico dello studio. Inoltre, in questo studio non è stata prevista una fase di osservazione della procedura nella pratica clinica, ma solo l'utilizzo di un questionario auto-somministrato, pertanto, è possibile che si siano verificate distorsioni valutative involontarie da parte dei partecipanti con conseguente sovrastima o sottostima delle conoscenze e competenze auto-dichiarate. Infine, nonostante lo strumento di raccolta dati sia stato sottoposto al parere degli esperti ed effettuata l'Item Analysis per esplorare preliminarmente la qualità dello stesso, ad oggi, non è stato sottoposto a un processo di validazione.

**CONCLUSIONI** Nonostante i limiti sopradescritti, il presente studio ha permesso di valutare le conoscenze e le competenze percepite dagli infermieri rispetto alla procedura della broncoaspirazione tracheale attraverso l'utilizzo di un questionario specifico per il contesto italiano. I risultati ottenuti riportano discrepanze notevoli tra le conoscenze auto-dichiarate dalla maggioranza dei partecipanti e le recenti linee guida. In questo contesto, quindi, assume particolare importanza il ripensamento di una formazione continua orientata al miglioramento della qualità assistenziale; pertanto, sarebbe auspicabile, sviluppare una progettazione formativa fondata sull'analisi sistematica delle conoscenze, che si correlano ai bisogni formativi impliciti degli infermieri, per favorire una formazione basata sulle reali esigenze dei professionisti nei singoli contesti clinici.

**Autore per la corrispondenza:** Comparcini Dania – AOU Ospedali Riuniti di Ancona – Email: da.comparcini@gmail.com

## 52. Analisi degli Accessi in Codice Giallo in un Pronto Soccorso di Area Vasta 5: “Over/Under Triage”

Cosignani Emanuela, Traini Tiziana, Isopi Roberta, Galeone Fabiana, Simonetti Anna Laura, Scaramucci Silvia, Ferracuti Martina, Pignotti Paolo, Troiani Silvano

*Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno*

**BACKGROUND** Nell’ultimo decennio l’incremento delle richieste di prestazioni di Pronto Soccorso, ha portato all’attivazione del triage nei DEA, per poter gestire e ottimizzare il servizio, ma, anche, all’aumento del potenziale rischio di errore ai danni dell’utenza; questo perché la valutazione della priorità di triage, con conseguente codifica del codice colore, è alla base del processo decisionale e le scelte assistenziali perseguite, possono influenzare in modo determinante i risultati dell’assistenza. Pertanto tale attività infermieristica, non è esente da errori e conseguenti eventi avversi, come l’assegnazione ai pazienti di un codice di priorità inferiore-sottostima-o superiore-sovrastima.

**OBIETTIVI** Analizzare l’attività di triage globale del P.O. “Madonna del Soccorso”, attraverso un’indagine osservazionale, con particolare attenzione ai casi di undertriage, che potrebbero esporre i pazienti al rischio di peggioramento delle proprie condizioni cliniche ed all’overtriage, che potrebbe influire sul sovraffollamento del servizio erogato dal PS.

**METODI** Studio monocentrico osservazionale, realizzato attraverso un’analisi retrospettiva delle schede di triage, alle quali era stato attribuito il codice giallo in un periodo dell’anno 2016 (1-15 giugno, 1-15 luglio, 1-15 agosto, 1-15 settembre), mediante la rilevazione di casi (452), secondo un campionamento non probabilistico, la quale codifica di accesso era attinente con il protocollo di triage avanzato adottato nell’UO di Pronto Soccorso. Indicatori specifici: • Modello di riferimento utilizzato: attività di Triage globale; • sistema di codifica delle priorità assistenziali: quattro codici colore • adeguata formazione dell’Infermiere; • corretta individuazione del sintomo principale; • corretta compilazione della scheda infermieristica di triage • corretta rivalutazione del codice. L’elaborazione dei dati è stata realizzata mediante il foglio di calcolo Microsoft Excel®. Criteri di inclusione • pazienti > 18 anni di entrambi i sessi • presenza di almeno uno dei segni o sintomi peculiari (come da protocollo specifico in uso). Criteri di esclusione • neonati; bambini; • schede dove mancano segni o sintomi; • problematiche riguardanti patologie oculistiche o di otorino, previste nel percorso Fast-Track; • utenti in codice giallo che hanno abbandonato il PS prima della visita medica; non congrui al protocollo secondo il problema principale; per richiesta di ricovero; per dolore toracico dove manca il CPS; per ipertensione dove manca la TC; per dolore addominale o trauma minore dove manca lo score NRS.

**RISULTATI** Nel periodo considerato i codici gialli rappresentano il 33% del totale; gli accessi in PS in codice giallo risultano aumentati per entrambi i sessi, rispetto al totale, nella fascia di età >61 anni. La quasi totalità dei pazienti è di nazionalità italiana, con una percentuale del 10% di stranieri. L’afflusso dei pazienti è più elevato durante le ore del giorno (8.00-19.59), rispetto alle ore notturne (20.00-7.59) e gli uomini sono coloro che si recano in percentuale maggiore al Pronto Soccorso, in entrambe le fasce orarie. È emerso che circa il 50% dei pazienti giunge in Pronto Soccorso con attribuzione di codice giallo, dopo la chiamata di soccorso al 118 e di conseguenza barellato. Tra tutti i problemi clinico-assistenziali, in entrambi i sessi, che generano codici gialli di priorità, i più frequenti sono in ordine: dolore addominale(70), trauma(68), dolore toracico-epigastria (62), dispnea(40), altri sintomi e disturbi(44), febbre(27).

**LIMITI** Tipologia retrospettiva del disegno di studio e, in parte, sia eventuali imprecisioni nella compilazione della scheda di triage, sia l’esclusione dei pazienti.

**CONCLUSIONI** Nell’analisi condotta, i casi sovrastimati rappresentano il 2,0 %, mentre quelli sottostimati costituiscono una percentuale del 4,9%; tali dati sono correlabili agli standard di appropriatezza dell’attività di Triage e quindi l’attività dell’Infermiere, di riconoscimento di segni e sintomi e di attribuzione del codice di priorità all’ingresso, seguendo il protocollo in uso, risulta coerente con quest’ultimo. Poiché tale attività rientra tra le competenze infermieristiche “moderne”, potrebbero essere necessarie ulteriori ricerche e studi scientifici, al fine di migliorare l’appropriatezza delle performances e la qualità dell’assistenza erogata nel percorso di presa in carico del paziente afferente al PS.

**Autore per la corrispondenza:** Traini Tiziana – Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno –  
Email: t.traini@univpm.it

### 53. Il Problema del Sovraffollamento in Pronto Soccorso: una procedura in aiuto di Paziente e Infermiere

Cotticelli Federico<sup>1</sup>, Comparcini Dania<sup>2</sup>, Baglioni Isabella<sup>1</sup>, Turri Giorgio<sup>1</sup>, Buccolini Mara<sup>1</sup>, Vitali Roberta<sup>1</sup>, Garbuglia Giordano<sup>1</sup>, Torresi Elisa<sup>1</sup>, Galli Francesco<sup>3</sup>, Simonetti Valentina<sup>4</sup>

<sup>1</sup>ASUR - Area Vasta N. 3, <sup>2</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona, <sup>3</sup>ASUR - Area Vasta N. 2, <sup>4</sup>Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno

**BACKGROUND** Il problema del sovraffollamento in Pronto Soccorso (PS) si realizza quando il numero di pazienti in attesa di visita, in corso di valutazione/trattamento o in attesa di collocamento appropriato, sovraccarica la disponibilità di letti e/o le capacità operative del servizio, limitandone seriamente le funzioni. La maggior responsabilità del fenomeno è riconducibile all'output (capacità del PS a dimettere, ricoverare o trasferire), rispetto all'input (accesso dei pazienti in PS) e al throughput (processi di cura all'interno del PS) che pur hanno un ruolo importante nel determinare il sovraffollamento. Influiscono sull'input: • Invecchiamento della popolazione. • Aumentate volontà di ottenere una risposta in tempi brevi a problemi sentiti come urgenti dal paziente. • Carezza (o assenza) di percorsi alternativi alle cure primarie, (errata concezione dei cittadini di un modello di salute centrato sull'Ospedale rispetto al modello centrato sul Territorio). • Mancato ricorso al Medico di base. • Accesso da parte di categorie socialmente più deboli che vedono nel PS la possibilità di una soluzione temporanea ai loro problemi. L'overcrowding (sovraffollamento) in PS determina un cambiamento dell'organizzazione con conseguente modifica dell'approccio terapeutico-assistenziale. Ne derivano: insoddisfazione degli utenti e del personale in servizio; erogazione di cure longitudinali tipiche dei reparti di degenza con diminuzione della qualità assistenziale, modifica dei criteri di triage (? sovrastima), aumento dei tempi di attesa per la valutazione medica.

**OBIETTIVI** Creare percorsi efficaci per gestire i pazienti in attesa di prima visita, come risposta al fenomeno dell'overcrowding, diminuendo i possibili fattori di rischio clinico per il paziente e medico-legale per l'Infermiere di Triage.

**METODI** È stato effettuato uno studio retrospettivo (6 mesi) allo scopo di dimensionare il fenomeno che ha evidenziato una situazione di access block in media ogni 5-6 giorni, con attese al triage superiori ai valori di sicurezza previsti, con indici NEDOX oscillanti fra i tre valori massimi. È stato stabilito, di concerto con la Direzione Medica Ospedaliera, il criterio che prevede, qualora il tempo di attesa dei codici gialli superi i 60 minuti, l'attivazione formale da parte del triagista di un'area di valutazione medica virtuale, coinvolgendo uno dei Dirigenti Medici del PS secondo un meccanismo a cascata prestabilito, che prenderà in carico i pazienti, procedendo ad un primo inquadramento clinico, iniziando terapie e prescrivendo eventuali esami urgenti. Terminato il momento critico, sarà lo stesso Medico che assegnerà i pazienti agli ambulatori di PS, con formale passaggio di consegne.

**RISULTATI** La procedura, attivata circa 20 volte in poco più di quattro mesi di sperimentazione per un totale di 90 pazienti visitati, ha determinato buoni risultati sia da un punto di vista clinico che organizzativo. Da un punto di vista clinico i vantaggi ottenuti riguardano: • Nel 12% dei casi (n=11) l'inizio precoce di terapie antibiotiche che, come è noto, in alcune patologie, specialmente nel paziente anziano, abbattano sia i tempi di ricovero che la mortalità. • Nel 42% dei casi (n=38) l'inizio di terapie anti-dolorifiche, che in situazioni di sovraffollamento risultano impraticabili al triage. • Lieve flessione (- 3%) del fenomeno di abbandono dalla sala di attesa, ovvero prima di visita medica. Da un punto di vista organizzativo, invece, è stato rilevato un buon livello di soddisfazione tra gli Infermieri, soprattutto perché ritengono di avere a disposizione un valido riferimento come soluzione a gravose problematiche in triage; inoltre, seppur difficilmente misurabile, un altro risultato ottenuto riguarda la diminuzione dei conflitti in sede triage.

**LIMITI** L'introduzione della nuova procedura ha sicuramente permesso di arginare ma non di risolvere completamente la problematica dell'overcrowding che richiede lo sviluppo di una strategia più complessa nella quale, oltre alla procedura descritta, vengano attuati ulteriori e più importanti interventi organizzativi.

**CONCLUSIONI** Gli effetti negativi dell'overcrowding si ripercuotono a 360° su inizio terapie, prolungata degenza, mortalità, soddisfazione dell'utente e clima di reparto a causa dell'aumentata complessità dei pazienti e della riduzione dei posti letto per acuti. Dai risultati di questa indagine è possibile sostenere che l'attuazione di una procedura specifica ha permesso di gestire in maniera sinergica e attraverso attività pianificate il fenomeno dell'overcrowding. Infatti, nonostante non abbia risolto completamente la problematica, ha permesso di ottenere dei miglioramenti dal punto di vista clinico e organizzativo, garantendo appropriatezza e qualità per determinate prestazioni, una gestione efficace delle risorse e l'aumento della soddisfazione lavorativa degli infermieri di triage.

**Autore per la corrispondenza:** Cotticelli Federico – ASUR - Area Vasta N. 3 – Email: fcottice@virgilio.it

## 54. L'inserimento dei pazienti nelle strutture residenziali

Damiani Tiberio

ASUR - Area Vasta N. 5

**BACKGROUND** La richiesta di inserimento di un paziente in un programma residenziale avviene con sempre maggior frequenza, se si considera che nel 2015 sono state in cura c/o strutture residenziali 29.733 persone (pari a 61,0 / 100.000 ab.) e la durata media del trattamento residenziale è stata pari a 756,4 giorni. Un raffronto storico ci permette di osservare come i ricoverati in Ospedale Psichiatrico erano: 12.913 nel 1875 36.845 nel 1902 39.500 nel 1905 (legge istitutiva degli OP del 1904) 54.311 nel 1914 78.538 nel 1978 (istituzione del SSN e legge 180) 15.943 ospiti delle strutture residenziali nel 2000 Questo dato fa intuire i costi crescenti che il SSN deve affrontare, unitamente alle famiglie o ai comuni, quando sia prevista una compartecipazione alla retta.

**OBIETTIVI** Gli inserimenti vengono effettuati in base alla categoria diagnostica principale, ovvero la psicosi o il disturbo di personalità, senza considerare che esiste una ampia fascia di patologie che si associano alla psicosi, quali diabete ipertensione tabagismo cardiopatie, le quali tutte ne aggravano la prognosi e rendono complesso il lavoro terapeutico e riabilitativo psichiatrico. La valutazione preliminare delle condizioni di salute fisica appare quindi un elemento fondamentale per un adeguato svolgimento di un programma finalizzato al recupero del paziente.

**METODI** La valutazione del paziente per avviare l'inserimento in struttura riabilitativa e terapeutica deve tener conto non solo della condizione psichica ma anche della condizione fisica, a tal fine è necessario che ci sia una valutazione congiunta da parte del servizio inviante e dei referenti della struttura che accoglie il paziente (medico di medicina generale, psichiatra e operatori) al fine di definire a priori le necessità assistenziali del paziente ed il conseguente tipo di lavoro che la struttura può offrire.

**RISULTATI** L'esperienza di collaborazione con la Coser di Force (Ap) dal 2011 e con la residenza protetta di Comunanza (Ap) dal 2016 mettono in evidenza come la mancata valutazione clinica preventiva abbia comportato un carico assistenziale elevato per somma di patologie organiche a carico di alcuni ospiti che pur avendo una certa risposta valida sul piano strettamente comportamentale, tuttavia hanno avuto un esito infausto per somma di patologie gravi (epatopatia cronica evolutiva, cardiopatia cronica scompensata, ovvero la combinazione di più patologie), con un conseguente stress emotivo non indifferente a carico degli altri ospiti e degli operatori delle strutture.

**LIMITI** La mancata valutazione congiunta e condivisa tra invianti e struttura delle condizioni fisiche dei pazienti, che hanno avuto nella esperienza citata esito infausto, comporta costi emotivi per gli altri ospiti che tendono a sviluppare non solo la sensazione di abbandono da parte dei propri familiari, ma anche una sensazione di fine imminente con risvolti depressivi non indifferenti.

**CONCLUSIONI** Gli inserimenti in strutture residenziali terapeutiche e riabilitative dei pazienti psicotici dovrebbero essere accompagnati da un'adeguata valutazione clinica non solo preventiva, ma anche in corso di inserimento, al fine di individuare la struttura più rispondente alle necessità assistenziali fisiche e non solo psicologiche o psichiatriche. Appare opportuno che si possa creare una rete di strutture recettive differenziate in base alla condizione fisica subentrante rilevata, in modo da poter adeguatamente rispondere alle esigenze cliniche.

**Autore per la corrispondenza:** Damiani Tiberio – ASUR - Area Vasta N. 5 – Email: tiberio\_damiani@libero.it

## 55. La informazione del paziente è necessaria per un adeguato inserimento in strutture riabilitative

Damiani Tiberio

ASUR - Area Vasta N. 5

**BACKGROUND** La richiesta di inserimento in strutture riabilitative spesso viene effettuata non dal paziente, ma da referenti non sempre riconosciuti ed accettati da lui stesso. Spesso ciò avviene in aperto contrasto con la volontà del paziente e si arriva spesso alla necessità di un provvedimento da parte del giudice tutelare. In questo modo si determina una conflittualità ampia e prolungata tra paziente e struttura, che pur non avendo ruolo nell'inserimento, perché richiesto da altre figure ad essa esterne, si trova quotidianamente a dover attuare un programma residenziale che suscita la opposizione attiva o passiva del paziente.

**OBIETTIVI** La realtà di frequente riscontro di pazienti inseriti in programmi residenziali contro la propria volontà determina un lungo periodo di lavoro per l'équipe e per il paziente medesimo, affinché possa ridursi la opposizione e svilupparsi la sensazione che il programma residenziale possa essere considerabile come una opportunità e non solo come obbligo imposto. Tuttavia questo passaggio non ha un tempo definibile a priori e soprattutto non ha mai un andamento lineare e progressivo, quanto piuttosto un andamento spiroidale con frequenti riacutizzazioni.

**METODI** Il lavoro psicoeducativo e la relazione di gruppo sono elementi costanti del lavoro in una struttura residenziale. Un primo obiettivo è contenere la conflittualità affettiva del paziente che idealizza il passato e la situazione precedente l'ingresso in struttura, come in una simbolica regressione, spesso nascondendo in essa conflittualità anche gravi che hanno caratterizzato la situazione clinica e relazionale. Occorre poi offrire una possibilità alternativa rispetto alla conflittualità che le acuzie psicotiche determinano, e riconoscere tale conflittualità è determinante per arrivare ad una relazione più adeguata, con successivi passi verso una autonomia personale, nel rispetto delle possibilità oggettive del paziente. Situazione più complessa è quando il paziente percepisce il rifiuto al rientro da parte dei familiari, cosa che determina una ambivalenza costante tra un sogno idealizzato e una depressione fondamentale. Ciò aumenta il grado di attenzione e soprattutto determina dei tempi di elaborazione maggiori.

**RISULTATI** Il paziente quando non è adeguatamente informato sulla propria condizione, sulla permanenza in struttura, sulle possibilità di rientro, sviluppa una angoscia massimale che può anche trasformarsi in idealizzazione, ma spesso determina una opposizione più o meno passiva. Tale informazione spetta ai servizi e ai referenti che hanno chiesto l'inserimento, mentre spesso viene delegata alla struttura e questo è un errore metodologico fondamentale che inquina la relazione terapeutica.

**LIMITI** Il limite è dato dalla difficoltà di concordare apertamente un programma residenziale tra famiglia servizi e amministrazione di sostegno, quando sia presente, per "timore" delle reazioni del paziente, per cui spesso si preferisce non procedere ad una informazione adeguata, facendo trovare il paziente davanti ad un fatto compiuto. Questa è una ferita affettiva enorme che si innesta sulla psicosi.

**CONCLUSIONI** Gli inserimenti in strutture residenziali terapeutiche e riabilitative dei pazienti psicotici dovrebbero essere accompagnati da un adeguato programma di recupero emotivo dei familiari e dei servizi, al fine di considerare possibile un recupero ed un rientro del paziente.

**Autore per la corrispondenza:** Damiani Tiberio – ASUR - Area Vasta N. 5 – Email: [tiberio\\_damiani@libero.it](mailto:tiberio_damiani@libero.it)

## 56. Realizzazione di prevalenza e sorveglianza epidemiologica al fine di prevenire e gestire infezioni da germi anche multiresistenti in pazienti sottoposti ad emodialisi nel reparto di emodialisi dell'Ospedale Santa Maria Annunziata, USL Toscana Centro.

Dattolo Pietro Claudio, Caiani David, Barchielli Chiara

Azienda USL Toscana Centro

**BACKGROUND** La letteratura conferma che i pazienti emodializzati sono esposti ad un maggior rischio infettivo anche rispetto al resto della popolazione ospedaliera per frequenza di esposizione ad una popolazione colonizzata/infetta che rimane stabile nel tempo e per numero di “contatti utili” con altri pazienti, operatori sanitari ed ambiente. Quest’ultimo gioca un ruolo decisivo poiché si identifica con quell’“environmentome” (J.A. Otter lo definisce come il “microbioma” delle superfici ospedaliere, minaccia per la vita dei pazienti) creato dalle superfici inanimate che sostengono la presenza di patogeni in uno spazio definito. Inoltre l’aumento dei CRE (enterobatteriacee resistenti ai carbapenemi) ed il profilarsi di questo aumento come emergenza sanitaria impone di porre maggiore attenzione alle popolazioni che, come questa, sono già immunocompromesse e fragili, anche rispetto al fatto che questa popolazione (prima molto giovane e con durata di vita breve) adesso si è trasformata in una popolazione di anziani con comorbidità importanti.

**OBIETTIVI** Mappare le colonizzazioni/infezioni e multi resistenze per definire l’entità dei tassi di colonizzazione della popolazione afferente al servizio di emodialisi dell’Ospedale Santa Maria Annunziata in Firenze ed adottare le misure del caso, implementando l’adesione alle buone pratiche di igiene sia ambientale che assistenziale per poi condurre un secondo studio di prevalenza ad un anno di distanza al fine di verificare l’efficacia di quanto implementato. Durante la prima mappatura saranno testati anche gli operatori sanitari per quanto riguarda le mucose nasali e l’eventuale presenza stafilococco aureo.

**METODI** Si vuole effettuare uno studio di prevalenza sulla popolazione afferente al servizio di emodialisi (83 pazienti) attraverso la realizzazione di tamponi nasali e rettali per la ricerca rispettivamente di stafilococco aureo e CRE. Saranno indagati tutti gli operatori sanitari per stafilococco aureo. Saranno testate le superfici dell’emodialisi per verificare l’efficacia dei protocolli di pulizia/sanificazione applicati.

**RISULTATI** I risultati riguarderanno dati di laboratorio microbiologico.

**LIMITI** Lo studio si riferisce ad un particolare spazio definito, quindi i risultati ottenuti non saranno applicabili altro che a questo. Esiste la possibilità che i pazienti si avvicinino a causa di exitus e che dunque la popolazione non sia così stabile.

**CONCLUSIONI** La sorveglianza epidemiologica che si vuole implementare riguarda un’“enclave” di popolazione ospedaliera non solo ad aumentato rischio di infezione ma con un’assidua frequentazione di un ambiente definito e chiuso col quale si integra in un microbioma del quale è necessario conoscere le caratteristiche. Attraverso la conoscenza della popolazione dei microrganismi e delle resistenze presenti si vuole correggere per quanto possibile la loro presenza ed implementare rigide misure di prevenzione delle infezioni ascrivibili soprattutto agli operatori sanitari.

**Autore per la corrispondenza:** Barchielli Chiara – Azienda USL Toscana Centro – Email: barchiellichiara@gmail.com



## 57. Il Rischio da Responsabilità Civile Medica in Italia

D'aurizio Leandro

IVASS

**BACKGROUND** L'importanza dell'assicurazione contro i rischi degli errori in medicina deriva dal ruolo che domanda e offerta di cure mediche rivestono nelle economie di tutti i paesi. Nel 2014 la spesa sanitaria rappresentava poco meno di un decimo del PIL mondiale. La quota è più elevata nei paesi sviluppati, che nel corso degli anni hanno investito notevoli risorse per la costruzione di sistemi sanitari universali, in espansione per il progressivo invecchiamento della popolazione. I sistemi di responsabilità civile (r.c.) medica tutelano il diritto alla sicurezza delle cure e rivelano carenze in molti paesi sotto il profilo dell'efficacia e dell'efficienza. Una scarsa efficacia si manifesta quando il sistema non risarcisce i pazienti vittime di trattamenti inadeguati, oppure rimborsa soggetti che non hanno subito danni. Un'efficienza carente emerge invece se i risarcimenti sono tardivi o i costi di gestione del sistema sono eccessivi. Una vasta letteratura internazionale mostra, seppure in diversa misura, la diffusa coesistenza di questi problemi. La medicina difensiva è una comune reazione alle carenze della r.c. medica. Si parla di medicina difensiva attiva quando i medici eseguono procedure inutili per la salute del paziente, al solo scopo di evitare la citazione in giudizio. Meno frequenti sono i casi di medicina difensiva passiva, quando il rischio legale dissuade il medico dall'effettuare interventi che andrebbero a beneficio della salute del paziente.

**OBIETTIVI** Con aggiornamento al 2016, il lavoro analizza le risorse finanziarie destinate in Italia alla protezione del rischio da r.c. medica, sia tramite il ricorso alle assicurazioni sia, per le strutture sanitarie pubbliche, tramite l'auto ritenzione del rischio. Le evidenze presentate sono rilevanti, nel momento in cui la legge Gelli (n. 24 dell'8 marzo 2017) ha ridefinito le regole del settore.

**METODI** Si analizzano i dati dei contratti assicurativi per i rischi da r.c. medica che tutelano le strutture sanitarie, pubbliche e private, e il personale sanitario nel periodo 2010-2016, affiancando agli indicatori statistici degli indici attuariali che misurano la redditività del settore e la velocità di liquidazione dei risarcimenti. I dati sull'auto ritenzione del rischio delle strutture sanitarie pubbliche, provenienti dal Ministero della Salute, sono relativi al 2012-2015 e vengono letti in ottica comparativa con le risorse destinate alle coperture assicurative.

**RISULTATI** Poche imprese assicurative vendono coperture per i rischi da r.c. medica. La concentrazione del mercato è ancora maggiore per le strutture sanitarie pubbliche, che si rivolgono quasi esclusivamente alle assicurazioni estere. Diminuisce il numero di strutture pubbliche assicurate, che al contempo aumentano le risorse destinate all'auto ritenzione del rischio. Il settore non è particolarmente redditizio per le assicurazioni e si caratterizza per l'elevata lentezza dei risarcimenti, in particolare per quelli più costosi.

**LIMITI** I lunghi tempi di definizione delle responsabilità dei sinistri rendono difficile produrre indicatori affidabili sulla sinistrosità del settore, anche per l'elevato numero di denunce senza seguito. Non sono al momento disponibili dati sull'auto ritenzione del rischio delle strutture sanitarie private.

**CONCLUSIONI** La crescita dell'auto ritenzione del rischio e la diminuzione del numero di strutture sanitarie assicurate mostrano la difficoltà di trovare un punto d'incontro tra offerta e domanda di coperture assicurative per la r.c. medica. È una criticità da affrontare, nel momento in cui la legge Gelli riafferma l'obbligo per le strutture sanitarie di dotarsi di idonee coperture contro il rischio da r.c. medica, mantenendo la libertà di ricorrere al settore assicurativo o usare l'auto ritenzione del rischio. È necessario che questo secondo strumento sia gestito, per quanto possibile, con criteri assicurativi e al contempo che si ampli l'offerta di coperture da parte delle imprese assicurative, incentivate dalla migliore gestione del rischio nelle strutture sanitarie e da regole non eccessivamente restrittive sulle condizioni contrattuali. La nuova legge risolve alcuni nodi, ma la risoluzione di molti altri è affidata ai regolamenti attuativi, in fase di redazione. Ci sono molte affinità tra le misure introdotte dalla legge (massimali per la responsabilità degli operatori sanitari, linee-guida che definiscono il corretto comportamento medico, rafforzamento della responsabilità della struttura sanitaria, obbligo del ricorso preliminare a soluzioni extra-giudiziali) e le soluzioni proposte dalla letteratura internazionale per diminuire il ricorso alla medicina difensiva e migliorare il funzionamento della responsabilità sanitaria.

**Autore per la corrispondenza:** D'aurizio Leandro – IVASS – Email: leandro.daurizio@ivass.it

## 58. Sorveglianza infermieristica: analisi concettuale

De Luca Walter<sup>1</sup>, Dignani Lucia<sup>2</sup>, Lucertini Carla<sup>2</sup>, Toccaceli Andrea<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Università Politecnica delle Marche, <sup>2</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona

**BACKGROUND** Il nursing viene solitamente individuato in tre aree principali di competenza: il to care, il to cure e la nursing vigilance. In particolare la Nursing Vigilance (NV) o sorveglianza infermieristica, racchiude molti elementi che caratterizzano la specificità infermieristica. Si tratta di un processo ampio e complesso che incorpora attività come la valutazione degli assistiti, la raccolta dati, il riconoscimento e l'interpretazione di segni e sintomi con lo scopo di assumere decisioni assistenziali. La Nursing Vigilance corrisponde ad uno stato di attenzione vigile, di massima prontezza fisica e psicologica ad agire e avere l'abilità di individuare e reagire al pericolo. Il suo scopo è quello di facilitare il rescue e prevenire gli eventi avversi. Tuttavia, nonostante l'importanza della Nursing Vigilance in termini clinico-assistenziali, il concetto non è oggi univocamente definito e permangono diverse interpretazioni del suo significato. Diviene quindi interessante indagare il significato del concetto di NV.

**OBIETTIVI** Esplorare il significato del concetto di Nursing Vigilance.

**METODI** Il disegno dello studio ha previsto l'utilizzo della concept analysis secondo il metodo evoluzionistico di Beth Rodgers. Per la selezione degli articoli è stata condotta una ricerca nelle banche dati elettroniche PubMed, Cinahl Plus, Cochrane Library, Scopus e Web Of Science, utilizzando la stringa di ricerca "nursing AND (vigilance OR surveillance)". Sono stati considerati i seguenti criteri di inclusione: articoli pubblicati negli ultimi 5 anni (2012-2016), in lingua inglese o italiana, che riguardavano soggetti adulti, con i termini della ricerca contenuti nel titolo e/o nell'abstract. Gli articoli sono stati selezionati e analizzati in modo indipendente da due ricercatori. Quando vi è stato disaccordo, è intervenuto un terzo ricercatore, per raggiungere un accordo generale.

**RISULTATI** Sono stati individuati 363 records, ridotti poi a 56 dopo la rimozione dei duplicati e degli articoli ritenuti non pertinenti. L'analisi degli articoli è stata condotta al fine di evidenziare i termini simili e surrogati, antecedenti, attributi e conseguenze al concetto di NV. I termini simili individuati erano: concetti assistenza-correlati e sono identificati in NV, nursing surveillance e surveillance process. È emerso che nursing surveillance è un termine surrogato di NV in quanto ad entrambi i concetti viene attribuito il medesimo significato. Tra gli antecedenti sono stati individuati: figure coinvolte nella NV, rapporto con l'organico e con il turno di lavoro, grado di competenza degli operatori, strumenti di valutazione, relazione con il tipo di patologia e requisiti necessari. L'infermiere è la figura principalmente coinvolta nella sorveglianza, ma può essere coadiuvato da figure di supporto o team multidisciplinari. Anche il caregiver e l'assistito stesso possono prendere parte al processo di NV. È inoltre emerso che quando i livelli di staff sono maggiori, la NV è incrementata. Inoltre la sorveglianza è influenzata dal livello di competenza degli operatori. Si sono evidenziati poi 3 categorie di attributi: modalità di erogazione, modalità attuativa e attributi correlati alla pratica assistenziale. In particolare, la modalità attuativa esprime le attività che caratterizzano la sorveglianza: il monitoraggio dei parametri vitali, la sorveglianza delle infezioni e delle lesioni, delle tecnologie, la sorveglianza alimentare, la farmacovigilanza, il tempo di reazione all'allarme e l'anticipazione degli eventi avversi. Le conseguenze del concetto sono correlate all'outcome e alla pratica assistenziale. La NV appare in relazione con esiti quali prevenzione e riduzione degli eventi avversi, diminuzione del failure to rescue, sicurezza degli assistiti.

**LIMITI** Lo studio non ha considerato la letteratura grigia. Inoltre la ricerca ha indagato il periodo temporale 2012-2016, consentendo solo un'esplorazione attuale del concetto e non una sua trasformazione nel tempo.

**CONCLUSIONI** La nursing vigilance appare essere un concetto multidimensionale e multifattoriale, attuata principalmente dal personale infermieristico e caratterizzata da attività differenti. Una NV gestita in modo appropriato è in grado di influenzare positivamente l'outcome clinico-assistenziale. In accordo con il metodo proposto da Rodgers, l'analisi non offre risposte definitive, ma risulta utile come base per future ricerche.

**Autore per la corrispondenza:** Dignani Lucia – AOU Ospedali Riuniti di Ancona – Email: [luciadignani@yahoo.it](mailto:luciadignani@yahoo.it)

## 59. La resilienza dei professionisti, una risorsa per il sistema nei reparti ad alta cronicità?

De Luca Walter<sup>1</sup>, Sbaffi Martina<sup>2</sup>, Cotichelli Giordano<sup>3</sup>, Ricchiuto Pierluigi<sup>1</sup>, Cioffi Davide<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Università Politecnica delle Marche, <sup>2</sup>Fondazione "Il Chiostro" di Filottrano, <sup>3</sup>ASUR - Area Vasta N. 2, Centro "Bignamini-Don Gnocchi"

**BACKGROUND** Il paziente cronico è un paziente che non migliora o ha frequenti ricadute e per questo è definito "difficile da trattare"; è anche una sfida per chi si prende cura di lui, per questo è considerato "difficile". La difficoltà nell'assistenza può essere dovuta quindi a una bassa qualità di alleanza terapeutica tra il professionista e il paziente causando quindi un outcome negativo nel trattamento, compromettendo così la qualità di vita e funzionamento sociale. Da questo deriva il carico assistenziale a cui è sottoposto l'infermiere che potrebbe indurre burnout e altri sintomi. Per evitare ciò è fondamentale che il personale sviluppi resilienza così che possa superare le difficoltà a cui è sottoposto. La resilienza è una abilità innata della persona, ma può essere migliorata e perché ciò accada è necessario che l'infermiere, purtroppo, sia esposto ad eventi negativi per poter mettere in moto quei meccanismi necessari al proprio rafforzamento. Lo stress lavorativo ricade tra la resilienza definita strutturale perché si crea disarmonia tra se stessi e il lavoro.

**OBIETTIVI** Data l'importanza della resilienza si è voluto analizzare il grado di resilienza degli infermieri che lavorano nei reparti che ospitano pazienti cronici.

**METODI** Dopo una ricerca bibliografica si è proceduto alla somministrazione del questionario CD-RISC tradotto e validato in italiano per lo studio della resilienza. Il questionario è composto da una scheda anagrafica e da 25 item con risposta di tipo Likert con un punteggio da 0-4 (totale delle risposte 0 assenza di resilienza - 100 massima resilienza). La selezione del campione è stata di tipo volontaria rivolta a tutti gli infermieri italiani. Il questionario è stato distribuito tra marzo e maggio 2017 tramite un formato online. Per la divulgazione si è richiesta collaborazione a gruppi infermieristici tramite Facebook, nonché a tutti i Collegi Provinciali IPASVI presenti sul social network. L'analisi dei dati è stata eseguita tramite Microsoft Excel.

**RISULTATI** Hanno compilato il questionario in ogni sua parte 395 infermieri, di essi ne sono stati selezionati 187 che hanno indicato reparti di lavoro che prevedono un alto numero di pazienti cronici trattati per un lungo periodo. L'età media del campione è 35,3 anni. I reparti sono stati raggruppati per finalità statistiche in: Area Medica (83 infermieri – 44,39% del campione), Gestione delle dipendenze (8 – 4,28%), Strutture residenziali (48 – 25,67%), Assistenza Domiciliare (20 – 10,70%) e Riabilitazione (28 – 14,97%). Lo 0,53% del campione ha ottenuto un punteggio inferiore a 10, denotando l'assenza di resilienza, il 44,92% tra 10 e 59, indicando una resilienza insufficiente, il 22,99% un punteggio tra 60 e 69 e una scarsa resilienza, il 20,86% tra 70 e 79 mostrando una buona resilienza, infine il 10,70% con un punteggio tra 80 e 100 esprime un'ottima resilienza. I reparti che permettono un maggiore sviluppo della resilienza sono quelli inclusi nelle assistenze domiciliari (70,00% di soggetti resilienti) e nella gestione delle dipendenze patologiche (75,00% di soggetti resilienti), mentre i reparti dell'area medica (54,22% di infermieri scarsamente resilienti), di riabilitazione (42,86% di infermieri con insufficiente resilienza) e le residenze (41,67% di infermieri con scarsa resilienza) evidenziano una situazione peggiore con infermieri che hanno scarsa resilienza. Il dato allarmante è che quasi la metà del campione ha un punteggio inferiore a 60. Sono da ricercare le cause di questo livello di resilienza: se è dovuto a fattori socioculturali, o se dovuto ai modelli organizzativi impiegati nelle strutture di lavoro, se non viene applicato alcun metodo di valutazione e/o riduzione dei rischi di burnout tra gli infermieri, o altro ancora. Se si analizza il campione in base alla fascia generazionale emerge che non vi è una sostanziale differenza di resilienza tra i vari strati (Millennials 41,23% con punteggio <60, X Gen 53,70%, Baby Boomers 42,11%). Forse la continua esposizione del lavoratore a patologie croniche e una maggior permanenza dei pazienti in reparto non permette di sviluppare sufficiente resilienza, quando in altri studi che analizzano i reparti critici è emerso che col passare del tempo la resilienza dell'infermiere aumenta.

**LIMITI** Il limite principale è dovuto al metodo di reclutamento del campione: chi non possiede accesso al social network difficilmente ha avuto la possibilità di partecipare allo studio.

**CONCLUSIONI** È importante favorire lo sviluppo della resilienza, specialmente nei reparti ad alta cronicità, dove potrebbe venire meno più facilmente.

**Autore per la corrispondenza:** De Luca Walter – Università Politecnica delle Marche – Email: delucawalter92@gmail.com

## 60. Assessment infermieristico per acuti nel dipartimento di medicina interna dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste

De Matteis Daniela, Gaggi Guido, Carretta Renzo, Boscutti Giuliano, Stroili Manuela

*Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste*

**BACKGROUND** Il Dipartimento ospedaliero-universitario di Medicina Interna dell'ASUI di Trieste (235.000 residenti) consta di 178 posti letto ripartiti in 4 Strutture che nell'anno 2016 hanno complessivamente ricoverato 8.954 pazienti acuti. Prima di accedere a questi Reparti i pazienti di tipo medico vengono valutati nel Servizio ACCO (Accoglimento Condiviso) attivo nelle 24 ore per 365 giorni/anno. Per accesso diretto o tramite il Servizio 118 (numero unico 112) i pazienti giungono al Pronto Soccorso dove il Medico ha la responsabilità di formulare la diagnosi, effettuare un primo trattamento d'urgenza e decidere se tenerli nei propri letti di osservazione temporanea, ricoverarli in un reparto chirurgico o medico oppure restituirli al proprio domicilio, se ristabiliti. Storicamente a Trieste i ricoveri nei reparti di Medicina Interna hanno generato molta conflittualità in quanto durante le stagioni autunno-inverno l'offerta dei posti letto è inferiore alla domanda. Per tal motivo nel Dipartimento di Medicina Interna nell'anno 2013 è stato creato l'Accoglimento Condiviso (ACCO), un'area ospedaliera che riceve dal Pronto Soccorso i pazienti ricoverati nel Dipartimento di Medicina. Nell'ACCO i malati vengono valutati per i bisogni infermieristici, viene attivato il Medico di guardia interna, fatta la ricognizione dei posti letto disponibili e dei pazienti ricoverati nello stesso Dipartimento.

**OBIETTIVI** Eliminare i conflitti nella gestione degli accoglimenti urgenti di medicina interna; formare il personale infermieristico del Dipartimento nella valutazione dei bisogni assistenziali; preparare i pazienti (accessi venosi, parametri vitali, stato mentale, presenza decubiti, cateteri) prima del loro trasporto nel Reparto anche in fasce orarie con minor presenza di personale in servizio e formare gli Studenti di Medicina dal 1° al 4° anno. Il Medico di guardia generale che visita in ACCO rileva anche l'appropriatezza dei ricoveri.

**METODI** I Team leader infermieristici dell'ACCO hanno acquisito negli anni del loro percorso professionale una importante formazione interdisciplinare, si relazionano bene con il personale medico ed infermieristico delle altre strutture ed hanno costruito una squadra che, se pure con limitazioni funzionali solitamente presenti in ospedale, agisce con efficienza e in un clima disteso. D'interesse è l'introduzione di diverse Scale di valutazione quale metodo rivolto ad uniformare le modalità di assessment dei pazienti da parte degli infermieri e degli studenti in formazione, cioè strumenti utili a classificare la condizione assistenziale e clinica dei pazienti, approfondire i loro bisogni di supporto ed il rischio generale e specifico (es. di caduta), comprendere meglio la criticità del malato ai fini della tempestività degli interventi terapeutici (monitoraggio dei parametri vitali quali PAO, frequenza cardiaca, respiratoria, saturazione di ossigeno, febbre, reazioni cutanee, stato di coscienza) usando indicatori della complessità assistenziale. Le Scale di valutazione devono avere queste caratteristiche: utilità per il miglioramento del servizio ai malati, applicabilità in un tempo non superiore a 15 minuti, facili e semplici da usare, target preciso, valore predittivo per la risposta alla terapia, pertinenti la patologia da studiare, stabilità e riproducibilità tra diversi operatori delle misurazioni effettuate, sensibili ai cambiamenti dello stato del paziente, effettuare valutazioni di tipo quantitativo e dirette (non indirette tipo Test di Rorschach). L'ACCO è attrezzato con diversi Medical Devices ed è collegato al sistema informativo aziendale.

**RISULTATI** Nel 2016 vi sono stati 7.917 accessi di pazienti in ACCO, di cui 3.062 (38%) in orario notturno; le cure mediche e gli interventi infermieristici hanno consentito la restituzione al domicilio di 151 persone che non necessitavano di ricovero. L'assessment infermieristico viene realizzato con l'ausilio dei seguenti strumenti di analisi e valutazione dell'impegno assistenziale e del grado di severità clinica dei pazienti (scale, questionari, istruzioni): 1-BARTHEL Index/valutazione attività quotidiane, 2-BRASS/grado di dipendenza, 3-CAM/confusion assessment method, 4-IDA/complessità assistenziale, 5-NORTON Index/rischi del paziente, 6-MEWS/instabilità e severità clinica, 7-PFIEFFER Test/mental status, 8-SCHMID/rischio cadute e Piano di prevenzione, 9-Screening nutrizionale, 10-Valutazione infermieristica di accoglimento.

**LIMITI** Il tempo per trasferire i pazienti nel reparto di ricovero è più lungo, ma utilizzato anche per il completamento delle indagini diagnostiche; i percorsi fisici dei parenti sono più articolati.

**CONCLUSIONI** I conflitti interni sono gestiti, i letti liberi regolarmente comunicati ai Reparti di ricovero, i medici di turno sono sereni nella presa in carico dei malati anche durante i turni notturni. L'utilizzo delle Scale di valutazione dei Pazienti acuti standardizza ad alto livello l'assistenza infermieristica e l'anamnesi medica.

**Autore per la corrispondenza:** Stroili Manuela – Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste –  
Email: manuela.stroili@tin.it

## 61. La telemedicina per l'assistenza domiciliare di bambini eleggibili alle cure palliative pediatriche e alla terapia del dolore

De Zen Lucia, Luchini Anna, Minetto Monica, Bagolin Arianna, Blandino Lucia, Sclipa Giuseppe

*Azienda per l'Assistenza Sanitaria 5 "Friuli Occidentale"*

**BACKGROUND** La Legge 38/2010 riconosce in tutto il Paese come LEA anche per l'età pediatrica l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, tutelando il diritto dei bambini alla dignità e alla migliore qualità di vita possibile, durante tutto il decorso della malattia. Il luogo ideale di cura è il domicilio, dove garantire la continuità assistenziale condivisa tra tutti gli operatori coinvolti nel piano di cura. Questa tipologia di assistenza richiede un cambiamento organizzativo da parte del sistema sanitario, riorientando l'organizzazione da ospedale-centrica a domicilio-centrica, mettendo a disposizione degli operatori modelli e strumenti che supportino il lavoro in rete, per erogare cure appropriate con qualità e sicurezza paragonabili al setting ospedaliero. Nel 2011 l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.5 Friuli Occidentale ha avviato un Servizio di "Assistenza Domiciliare, Terapia del dolore e Cure Palliative Pediatriche (CPP)" che, integrandosi con i diversi attori coinvolti nel piano di cura (Centri specialistici di malattia, Pediatria ospedaliera, PLS/MMG, distretti, ambiti sociali, associazioni di volontariato, scuole) ha realizzato la Rete Aziendale per le CPP. Il lavoro svolto ha portato ad importanti risultati per più di 140 bambini e famiglie seguiti e per il sistema: riduzione degli accessi ospedalieri, dimissioni precoci, stretta integrazione tra ospedale e territorio, miglioramento della qualità di vita del paziente e famiglia, gestione della terminalità a domicilio. Sono però emerse alcune criticità, determinate dallo spostamento del luogo di cura da ospedale a domicilio: in particolare la difficoltà di comunicazione e aggiornamento clinico-terapeutico tra diversi operatori e tra operatori e familiari. L'Azienda ha quindi proposto l'implementazione di un progetto di telemedicina, per contribuire in maniera significativa alla riorganizzazione dei modelli di assistenza e cura, garantendo qualità e sicurezza e superando così le criticità emerse.

**OBIETTIVI** La telemedicina ha come obiettivi: mettere in rete operatori e famiglie e operatori tra loro, ottimizzando relazioni, flussi di informazione e comunicazioni, nel rispetto dei vincoli di confidenzialità e privacy; pianificare le attività con l'assegnazione e la distribuzione, ai diversi operatori, dei compiti (es. accessi domiciliari, fornitura presidi) nell'ottica dell'interazione tra operatori coinvolti; acquisire in remoto parametri vitali (saturazione, frequenza cardiaca, respiratoria); gestire/registrare la terapia assunta a casa; permettere la valutazione, la registrazione e il monitoraggio del sintomo dolore e della terapia antalgica, rendendo possibile la condivisione dell'informazione in tempo reale tra tutti gli attori della rete.

**METODI** È stata sviluppata una piattaforma telematica, con 3 sw integrati tra loro, accessibili in cloud. Sono stati acquisiti gli hw necessari per famiglie e operatori. Sono state coinvolte tutte le realtà assistenziali con incontri di informazione e formazione. È stato identificato il gruppo pilota di pazienti con cui sviluppare e testare il progetto. Dopo la fase test, il sistema è stato esteso alle famiglie in carico.

**RISULTATI** La piattaforma è accessibile a genitori e operatori tramite username e password, e mette a disposizione 3 sw per: - registrazione delle richieste di prestazioni, loro assegnazione ed erogazione con possibilità di organizzare il lavoro degli operatori mediante elaborazione di una agenda -prescrizione da parte dei medici e registrazione in un foglio informatizzato della terapia somministrata da parte genitori/caregiver e del personale infermieristico -rilevazione e trasmissione dei parametri vitali via bluetooth dal dispositivo smartphone, di cui ogni bambino è dotato, al server centrale, con possibilità di visualizzazione da parte di tutti gli operatori abilitati -rilevazione del dolore tramite scale digitali distinte per età con invio a server del valore, visibile dagli operatori abilitati, che possono comparare il dolore rilevato alla terapia prescritta somministrata e quindi valutarne l'efficacia, con eventuali modifiche da parte dei medici -compilazione di questionari online per la valutazione della qualità di vita e della nutrizione, aspetti importanti in CPP. Inoltre, è stata sviluppata una chat all'interno del sistema per permettere contatti veloci, sicuri e protetti tra tutti gli utenti. Tutte le famiglie hanno accolto il sistema come uno strumento utile e sicuro, facile e intuitivo.

**LIMITI** Gli operatori hanno adottato il sistema con difficoltà, abituati ad usare telefono, fax, mail, altri sistemi di chat, non rispondenti a criteri di privacy e sicurezza. Inoltre, il sistema richiede un investimento economico iniziale che tuttavia è poco rilevante rispetto ai risultati raggiungibili.

**CONCLUSIONI** Il progetto di telemedicina è in grado di seguire e monitorare la degenza a domicilio in condizioni di sicurezza e qualità, dando una risposta alle esigenze assistenziali rilevate nella cura di bambini eleggibili alle CPP.

**Autore per la corrispondenza:** De Zen Lucia – Azienda per l'Assistenza Sanitaria 5 "Friuli Occidentale" –  
Email: lucia.dezen@aas5.sanita.fvg.it

## 62. La Cultural Competence nella presa in carico assistenziale come strumento contro le disuguaglianze: una revisione narrativa della letteratura.

D'eri Francesca, Crescini Valeria, Cotichelli Giordano

*Università Politecnica delle Marche*

**BACKGROUND** Lo studio si incentra sul tema della cultural competence, inteso come quel processo paradigmatico in cui il professionista della salute cerca continuamente e progressivamente di acquisire l'abilità di lavorare tenendo realmente conto del contesto culturale dell'utente, che sia esso individuale, familiare e comunitario, come definito dalla teorica Josepha Campinha-Bacote, presidente della Transcultural Nursing Society, nel 1998. La mission empirica della ricerca si sviluppa principalmente su due dimensioni: il background sociale e il background scientifico-professionale.

**OBIETTIVI** Lo studio si pone l'obiettivo di descrivere il livello di conoscenza concettuale e pratico degli studenti di Infermieristica ad inizio e termine del percorso formativo universitario funzionale a delineare il bagaglio cognitivo e professionale a disposizione per l'equità del Sistema Sanitario.

**METODI** A tal proposito è stata fatta una revisione della letteratura attraverso i database di ricerca quali Google Scholar e Pubmed, in un intervallo di tempo compreso fra marzo e settembre 2017. Le keywords utilizzate nella ricerca sono state principalmente cultural competence, cultural competence assessment, cultural competence AND instrument validation, nursing attitude, transcultural nursing. Quanto all'indagine circa il livello di conoscenza e pratica del tema degli studenti di Infermieristica, è stato elaborato e validato un questionario online con due domande a scala Likert e una domanda aperta agli studenti del primo (n=120) e del terzo anno (n=140) di un Corso di Infermieristica. Le domande consideravano l'importanza della conoscenza/preparazione culturale sia sul piano della crescita della professione infermieristica che su quello del miglioramento della qualità dell'assistenza erogata.

**RISULTATI** Da Douglas (2015) a Shen (2015), da Loftin (2013) a Kumas-Tan (2007) è possibile osservare come i risultati della letteratura internazionale convergono sulla convinzione per cui le differenze di trattamento e le disuguaglianze in tema di raggiungimento degli outcome assistenziali potrebbero essere ridotte attraverso l'applicazione dei principi di giustizia sociale e la destinazione di un'assistenza culturalmente competente e aperta alla conoscenza dell'altro. A questo si aggiunge il risultato finale del questionario, a cui hanno risposto 84 studenti (23 del primo e 61 del terzo anno): gli studenti del primo anno sembrano più entusiasti nel trattare ed esercitare, nonché di approfondire questa tematica, rispetto agli studenti di terzo anno che hanno comunque una visione globale più completa della realtà clinica data l'esperienza di tirocinio più corposa. Si nota come, per gli studenti, la competenza culturale rivesta ad oggi un ruolo di maggiore importanza per la crescita della professione infermieristica (58%) piuttosto che per il miglioramento della qualità assistenziale (35,8%). Alla domanda aperta la maggior parte dei partecipanti ha definito la competenza culturale dell'infermiere come grado di conoscenza e preparazione nell'ambito delle diverse culture.

**LIMITI** Gli studi presi in considerazione per la revisione sono stati selezionati per semplicità di comprensione e traduzione dalla lingua inglese, conformità alla disciplina infermieristica al tema dell'antropologia culturale, attendibilità temporale. Sono stati esclusi studi di difficile traduzione dall'inglese, troppo datati e non descrittivi. Il limite più rilevante è il campione ridotto di studi analizzati per la revisione e di studenti rispondenti al questionario presentato.

**CONCLUSIONI** Sulla base di quanto è risultato, si può affermare come agire in ambito accademico sulla divulgazione e lo sviluppo di questa competenza specificamente umana del professionista infermiere sia un bisogno multidirezionale. L'interazione che nasce dall'incontro infermiere-utente non può prescindere dal fatto che la malattia è percepita, vissuta ed espressa sotto forma di bisogni sanitari diversamente da cultura a cultura e ciò interessa direttamente l'orientamento dell'assistenza erogata e sulle ricadute in termini di equità di accesso alle prestazioni e disuguaglianze nella salute. Dunque, è dovere del Servizio Sanitario investire sulla formazione antropologica dei professionisti della salute, con l'obiettivo di diventare culturalmente sostenibile e migliorarsi sia sul piano prestazionale che su quello educativo.

**Autore per la corrispondenza:** D'eri Francesca – Università Politecnica delle Marche – Email: ohmfrancesca95@gmail.com



### 63. Fumo chirurgico in Sala Operatoria e rischio occupazionale da esposizione del personale sanitario: revisione della letteratura

Di Renzo Maurizio Rivera, Corrado Annalisa, Cicolini Cicolini

ASL 2 Abruzzo

**BACKGROUND** Il fumo chirurgico è il prodotto dell'uso di strumenti basati su diverse fonti di energia per la dissezione dei tessuti e la cauterizzazione dei vasi sanguigni, la sua composizione è rappresentata per il 95% da acqua e vapore e per il 5% da detriti cellulari sotto forma di particelle. La grandezza delle particelle dipende dal tipo di strumento utilizzato: un elettrobisturi produce particelle di grandezza compresa tra 0.0007 e 0.42  $\mu\text{m}$ , il laser particelle di dimensioni comprese tra 0.1 e 0.8  $\mu\text{m}$ , l'elettrobisturi ad ultrasuoni particelle tra 0.35 e 6.5  $\mu\text{m}$ . Le mascherine chirurgiche offrono protezione adeguata per particelle di grandezza superiore a 5  $\mu\text{m}$ , mentre le maschere facciali ad alto potere filtrante proteggono dall'esposizione a particelle di misura superiore ad 1  $\mu\text{m}$ . La composizione dell'aria in sala operatoria è influenzata da diversi determinanti quali l'efficienza di ventilazione, la filtrazione dell'aria immessa, la gestione e manutenzione degli impianti e il comportamento degli operatori. Gli effetti dell'alterazione di tali parametri possono riassumersi in: inquinamento da gas tossico-nocivo, contaminazione particellare e microbica e discomfort termico. La natura delle sostanze che costituiscono il fumo chirurgico, la loro concentrazione, la loro produzione a seconda del tipo di intervento eseguito e di elettromedicale utilizzato sono stati descritti nella letteratura scientifica, ciò che sembra presentare ancora lacune sono gli effetti a breve e lungo termine sugli operatori ad esso esposto.

**OBIETTIVI** Analizzare la relazione tra l'esposizione professionale al fumo chirurgico in Sala Operatoria e l'eventuale sintomatologia riportata dagli operatori, evidenziando i rischi per la salute a breve e lungo termine.

**METODI** Revisione narrativa della letteratura condotta su PubMed, mediante le keyword "surgical smoke", "electrocautery smoke", "ultrasonic scalpel smoke" e "radiofrequency smoke", includendo tutti gli studi originali effettuati su umani, riportanti evidenze sulla composizione del fumo chirurgico e sulle implicazioni per la salute degli operatori esposti; successivamente sono stati estratti i dati relativi al tipo di intervento chirurgico, allo strumento utilizzato, al tipo di componente del fumo chirurgico rilevato ed ai sintomi o patologie riscontrate a seguito di esposizione.

**RISULTATI** Dei 143 articoli selezionati solo 10 sono risultati idonei per la revisione in base ai criteri prefissati. Tra i sintomi da esposizione al fumo chirurgico maggiormente riscontrati tra i professionisti troviamo: cefalea, lacrimazione, tosse, bruciore alla gola, cattivo odore nei capelli, nausea, sonnolenza, vertigini, starnuti, rinite e, in minor misura, irritabilità, infezioni del tratto respiratorio, debolezza, mialgia, dermatiti, congiuntiviti, anemia, problemi cardiovascolari, lesioni nasofaringee, dolori addominali e vomito. La presenza di DNA virale nel fumo chirurgico è stata documentata da uno studio che ha analizzato un campione di 11 pazienti positivi per HBsAg sottoposti a laparoscopia: il DNA del virus è stato trovato in 10 campioni di fumo su 11. Un solo studio ha ricercato nel fumo chirurgico prodotto da diversi tipi di elettrobisturi la presenza di cellule tumorali vitali: dai risultati si evince che cellule tumorali vitali sono state isolate nel fumo chirurgico proveniente solo da elettrobisturi a ultrasuoni. Particelle ultrasottili (particolato) sono state individuate al fine di catalogare la pericolosità degli interventi in funzione della presenza di queste sostanze: la concentrazione particolato varia al variare della distanza dal sito chirurgico; ne consegue una esposizione professionale diversa in funzione del ruolo ricoperto in Sala Operatoria. Tra le sostanze organiche volatili isolate nel fumo chirurgico si riscontrano etanolo, benzene, toluene, etilbenzene, m-, p-, o-xilene e cloroformio, che sono causa di acuta o ritardata tossicità ed hanno potenziali effetti cancerogeni. La ricerca di idrocarburi aromatici policiclici ha evidenziato la possibile presenza di oltre 600 sostanze, catalogate in base al livello di pericolosità.

**LIMITI** Revisione della letteratura condotta mediante utilizzo di un solo motore di ricerca.

**CONCLUSIONI** L'esposizione ai fumi chirurgici, seppur variabile in rapporto alla tipologia di intervento, al tipo di apparecchiatura elettromedicale utilizzata e al ruolo che il professionista ricopre all'interno dell'equipe chirurgica, rappresenta un importante rischio occupazionale per la salute degli operatori sanitari, determinato dalla pericolosità delle sostanze prodotte durante un intervento chirurgico e dalla reiterata esposizione. Ulteriori studi si rendono necessari al fine di approfondire il rischio da esposizione inalatoria a particelle contenenti cellule tumorali vitali e virus. Dai risultati ottenuti si rende necessario implementare tutte le misure di protezione collettiva ed individuale, volte a garantire il controllo del rischio occupazionale, anche attraverso la formazione continua del personale.

**Autore per la corrispondenza:** Di Renzo Maurizio Rivera – ASL 2 Abruzzo – Email: mauriziodirenzo@hotmail.com



## 64. L'Ospedale di Comunità: analisi della realtà italiana

Di Renzo Maurizio Rivera<sup>1</sup>, Corrado Annalisa<sup>2</sup>, Cicolini Giancarlo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ASL 2 Abruzzo, <sup>2</sup>Azienda USL di Pescara

**BACKGROUND** Negli ultimi decenni il progressivo aumento dell'aspettativa di vita della popolazione ed il conseguente incremento delle patologie cronico-degenerative, ha comportato l'aumento di bisogni assistenziali a "lungo termine", con implicazioni importanti sui costi che il sistema sanitario deve affrontare per l'assistenza a questa tipologia di pazienti. La necessità di fornire risposte appropriate alla domanda di salute, espressa soprattutto dagli anziani, ha implicato l'attivazione di nuove forme assistenziali, rispetto a quelle tradizionalmente offerte dagli ospedali per acuti. Diviene quindi strategico programmare la realizzazione di strutture in grado di fornire risposte socio-sanitarie non basate soltanto sull'alta tecnologia, che risultino appropriate ai bisogni del paziente e dei loro familiari. L'Ospedale di Comunità favorisce l'integrazione dei servizi sanitari e sociali e si pone come soluzione intermedia tra il ricovero tradizionale e le soluzioni assistenziali domiciliari o residenziali, offrendo da un lato una continuità assistenziale per quei pazienti che non sono ancora pronti per essere reinseriti nel setting di provenienza, dall'altro la possibilità di favorire la dimissione precoce dagli ospedali per acuti, favorendo la migliore gestione dei posti letto ed un positivo riscontro economico per l'Azienda Sanitaria, nel rispetto delle esigenze e della sicurezza del paziente.

**OBIETTIVI** Analizzare la diffusione degli Ospedali di Comunità nel contesto nazionale al fine di metterne in evidenza l'attuale livello di realizzazione nell'ambito delle diverse realtà regionali, sottolineando le possibili variazioni nel rapporto tra numero di posti letto e popolazione di riferimento, nella gestione organizzativa e clinica delle strutture, anche attraverso l'analisi della durata effettiva dei ricoveri necessari a ristabilire uno stato di equilibrio che permetta al paziente di rientrare nell'ambito del setting assistenziale più appropriato.

**METODI** La ricerca delle informazioni necessarie ai fini della realizzazione dello studio è stata condotta mediante la consultazione dei siti istituzionali del Ministero della Salute, dell'AGENAS, delle Regioni e delle ASL. I dati estrapolati sono stati quindi incrociati con le Delibere di Giunta Regionale e sono stati successivamente confrontati con i dati desunti dai siti internet. Laddove è stata riscontrata carenza di informazioni sul web, i dati sono stati richiesti direttamente ai responsabili di struttura. I dati demografici relativi alla popolazione residente per ogni ASL sono desunti dalle banche dati ISTAT e del Ministero della Salute. Lo studio contempla tutti gli Ospedali di Comunità attivati entro il 30 Novembre 2017.

**RISULTATI** Gli ospedali di comunità sono presenti ed attivi in 10 regioni italiane, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Lombardia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Lazio, Abruzzo, Puglia, con notevoli differenze rispetto alla loro diffusione nell'ambito dei singoli contesti regionali. Le strutture individuate sono 65, erogano cure intermedie e la cui responsabilità organizzativa risulta affidata per il 68,4% personale infermieristico, mentre resta a carico del personale medico nel 31,6% dei casi. La responsabilità clinica del paziente viene affidata al medico di medicina generale nella quasi totalità dei casi. La gestione delle liste di attesa nelle diverse realtà viene affidata ai medici responsabili di struttura, ai coordinatori infermieristici oppure a commissioni di valutazione multidimensionale composte da più professionisti quali fisiatra, geriatra, fisioterapista, infermiere case manager, assistenti sociali, definite in maniera diversa a seconda delle regioni. La durata massima dei ricoveri, indicata in 15-20 giorni circa nell'ambito del DM 70/2015, appare molto disomogenea nell'ambito delle diverse strutture, passando dai 15 giorni delle Regioni Friuli Venezia Giulia e Liguria ai 45 giorni della Regione Lombardia.

**LIMITI** La mancanza di un sistema informativo unico di divulgazione dei servizi offerti dalle strutture sanitarie ha determinato la difficoltà di reperire informazioni da fonti accreditate.

**CONCLUSIONI** Gli Ospedali di Comunità rappresentano la risposta possibile alla necessità di integrazione reale tra gli ospedali per acuti ed il territorio, essendo strutture capaci di incontrare le esigenze della popolazione affetta da patologie cronico-invalidanti; cittadini a cui deve essere garantita la presa in carico precoce da parte delle strutture intermedie dopo il trattamento degli episodi di instabilità clinica ed il gradualmente reinserimento nell'ambito del setting assistenziale più appropriato, come quello domiciliare. Tali strutture rispondono profondamente anche alle esigenze di un Servizio Sanitario Nazionale con risorse economiche sempre più ridotte, che vive la profonda riorganizzazione della filiera erogativa, adattandosi alle nuove esigenze determinate dall'aumento dei bisogni socio-assistenziali derivanti dall'aumento delle condizioni di fragilità della popolazione.

**Autore per la corrispondenza:** Di Renzo Maurizio Rivera – ASL 2 Abruzzo – Email: mauriziodirenzo@hotmail.com

## 65. Valutazione del livello di coinvolgimento delle figure dirigenziali mediche ed infermieristiche nella gestione reattiva del rischio delle Aziende Sanitarie di Abruzzo e Molise

Di Renzo Maurizio Rivera<sup>1</sup>, Piccirillo Giorgia<sup>2</sup>, Di Giovanni Pamela<sup>2</sup>, Cicolini Giancarlo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ASL 2 Abruzzo, <sup>2</sup>Università degli Studi G. D'Annunzio Chieti-Pescara

**BACKGROUND** L'adozione degli strumenti di analisi reattiva del rischio consente alle Aziende Sanitarie il costante monitoraggio degli errori e dei near miss, soprattutto grazie all'Incident Reporting, favorendo la prevenzione degli eventi avversi attraverso la correzione dei difetti latenti. In Abruzzo e Molise si evidenzia la ridotta applicazione degli strumenti di gestione reattiva del rischio e, in particolare, dell'Incident Reporting; tra le barriere che ne causano il sottoutilizzo molti professionisti indicano lo scarso coinvolgimento, da parte delle figure dirigenziali aziendali, nei confronti dell'utilizzo e dell'implementazione degli strumenti di gestione reattiva del rischio clinico.

**OBIETTIVI** Valutazione del livello di coinvolgimento delle figure dirigenziali nell'implementazione degli strumenti di analisi reattiva del rischio clinico nelle Aziende Sanitarie di Abruzzo e Molise.

**METODI** Studio multicentrico con disegno qualitativo condotto dal 1 Marzo al 10 Luglio 2017 mediante intervista strutturata, face-to-face ed audio-registrata, rivolta a tutti i Direttori Sanitari dei Presidi Ospedalieri Hub ed a tutti i Dirigenti Infermieristici delle ASL di Abruzzo e Molise, con la finalità di comprenderne il livello di consapevolezza riguardo alla tematica oggetto di indagine, il livello di coinvolgimento professionale e le strategie aziendali adottate nell'ambito della gestione del rischio clinico.

**RISULTATI** Sono state effettuate un totale di 17 interviste: 9 per i Direttori Sanitari (52,94 %), 5 per i Dirigenti Infermieristici (29,41 %) e 3 per i Responsabili Infermieristici di Area (17,65 %); una sola Azienda Sanitaria abruzzese non ha espresso il consenso per la partecipazione allo studio multicentrico. Dalle interviste emergono notevoli differenze, tra le Aziende Sanitarie, sia riguardo alla previsione di U.O. espressamente dedicate alla gestione del rischio clinico, con individuazione di livelli difforni di complessità di struttura e con incarichi dirigenziali specifici attribuiti a figure professionali diverse, sia rispetto alla considerazione della validità degli strumenti di analisi e gestione reattiva del rischio quali strumenti utili al miglioramento della qualità e della sicurezza delle prestazioni. Soltanto il 75,4% dichiara, infatti, che l'Incident Reporting rappresenti un processo di fondamentale importanza da implementare in azienda, anche attraverso la specifica formazione degli operatori. Rispetto ad alcune domande, inoltre, emergono risposte discordanti tra il Direttore Sanitario ed il Dirigente Infermieristico della stessa struttura.

**LIMITI** Il disegno di studio qualitativo non è in grado di determinare il nesso di causalità che intercorre tra le variabili. L'uso di dati provenienti da solo due regioni italiane impedisce di generalizzare i risultati all'intera popolazione.

**CONCLUSIONI** Sebbene la letteratura dimostri come la gestione del rischio clinico contribuisca a migliorare la qualità e la sicurezza delle prestazioni sanitarie permangono, all'interno delle strutture analizzate, talune barriere rappresentate anche dal livello di coinvolgimento, non sempre ottimale, delle figure dirigenziali aziendali rispetto all'implementazione di tali strumenti. La discordanza tra alcune risposte fornite da Direttore Sanitario e Dirigente Infermieristico della stessa struttura mettono in evidenza lacune nella comunicazione degli obiettivi e delle strategie aziendali. L'Incident Reporting rappresenta uno degli strumenti di analisi reattiva più importanti a disposizione dei Risk Manager, ma per ottenere i migliori risultati è opportuno adottare in azienda strategie che determinino il cambiamento di mentalità relativo alla concezione dell'errore in sanità e alla valorizzazione della segnalazione dei near misses. In tale contesto il coinvolgimento attivo da parte delle figure dirigenziali e la formazione continua di tutti i professionisti possono contribuire in maniera determinante all'abbattimento delle barriere che oggi ne determinano il sottoutilizzo, a vantaggio del miglioramento continuo della qualità e della sicurezza delle prestazioni erogate dalle aziende sanitarie.

**Autore per la corrispondenza:** Di Renzo Maurizio Rivera – ASL 2 Abruzzo – Email: mauriziodirenzo@hotmail.com

## 66. La relazione tra i tratti della Leadership Trasformatzionale, Soddisfazione Lavorativa e Work Engagement: studio cross – sectional

Di Renzo Maurizio Rivera<sup>1</sup>, Piccirillo Giorgia<sup>2</sup>, Di Giovanni Pamela<sup>2</sup>, Cicolini Giancarlo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ASL 2 Abruzzo, <sup>2</sup>Università degli Studi G. D'Annunzio Chieti-Pescara

**BACKGROUND** Nell'ambito del nostro Sistema Sanitario Nazionale ci si confronta da tempo in relazione alle migliori strategie volte ad implementare la qualità dell'assistenza infermieristica erogata dalle strutture ospedaliere e territoriali; miglioramento che richiede, oltre allo sviluppo delle competenze cliniche, anche lo sviluppo della dimensione organizzativa. L'adozione di uno stile di leadership trasformatzionale, adottato da chi svolge un ruolo di coordinamento, potrebbe assumere un valore fondamentale nella promozione di un'adeguata soddisfazione lavorativa e del work engagement, dimensioni che, a loro volta, determinano il miglioramento delle prestazioni sanitarie erogate da professionisti maggiormente soddisfatti e motivati. Nel nostro Paese non è stato ad oggi condotto uno studio finalizzato alla valutazione della relazione esistente tra i tratti della leadership trasformatzionale, il work engagement e la soddisfazione lavorativa dei professionisti sanitari.

**OBIETTIVI** Valutazione della relazione tra i tratti multidimensionali della leadership trasformatzionale, il work engagement e la soddisfazione lavorativa dei professionisti sanitari.

**METODI** Studio multicentrico, cross – sectional, condotto da Agosto a Novembre 2017 mediante questionario rivolto a tutti i professionisti sanitari ed ai Coordinatori Infermieristici operanti all'interno delle Unità di Terapia Intensiva Cardiologica dei Presidi Ospedalieri Hub di Marche ed Abruzzo. Il questionario è stato realizzato mediante unione di 3 questionari validati, il Questionario Multifattoriale sulla Leadership Trasformativa (Bass e Avolio, 1997), il Questionario sul Work Engagement, di Schaufeli et al. (2002) ed il Questionario sulla Job Satisfaction di Paul E. Spector (1994). Ai fini della valutazione della relazione tra i tratti della leadership trasformatzionale, (variabile indipendente) e i componenti del work engagement, (variabile dipendente) e della soddisfazione lavorativa, (variabile dipendente) è stato utilizzato il metodo statistico inferenziale della regressione.

**RISULTATI** Sono stati consegnati 130 questionari, di cui solo 77 compilati correttamente, con un tasso di adesione del 59,23%. La maggior parte dei partecipanti è di sesso femminile (62.3%), l'età maggiormente compresa è quella tra 31 e 40 anni (36,4%); l'anzianità di servizio maggiormente rappresentata è quella tra 11 e 20 anni (39,0%). Il Questionario Multifattoriale sulla Leadership Trasformativa esprime un valore dell'alfa di Cronbach pari a 0,819, il Questionario sul Work Engagement un valore pari a 0,929 ed il Questionario sulla Job Satisfaction un valore pari a 0,805. La leadership trasformatzionale ha raggiunto un punteggio medio di 51,26 (+9,42), il work engagement un punteggio medio di 72,96 (+14,49), la soddisfazione lavorativa un punteggio medio di 122,79 (+18,28). Tra i quattro tratti della leadership trasformatzionale, influiscono positivamente sul work engagement l'influenza idealizzata ( $p = 0.001$ ), la motivazione ispirazionale ( $p = 0.001$ ) e la considerazione individuale ( $p = 0.001$ ). La soddisfazione lavorativa viene influenzata da un solo tratto della leadership trasformatzionale, ovvero la motivazione ispirazionale ( $p = 0.037$ ).

**LIMITI** La dimensione campionaria ridotta, rappresentata da professionisti afferenti ad un unico ambito specialistico e l'uso di dati provenienti da solo due regioni italiane impedisce di generalizzare i risultati all'intera popolazione. Il disegno di studio cross – sectional non è in grado di determinare il nesso di causalità che intercorre tra le variabili.

**CONCLUSIONI** I risultati ottenuti dimostrano come la leadership trasformatzionale riesca ad influire positivamente sia la soddisfazione lavorativa che il work engagement dei professionisti, determinando un maggiore impegno lavorativo ed un elevato senso di identificazione con il proprio ruolo lavorativo ed il proprio lavoro. Questo studio può essere considerato come un punto di partenza per lo sviluppo di specifici interventi educazionali relativi allo sviluppo della leadership trasformatzionale, da rivolgere a tutti i professionisti sanitari, con l'obiettivo di implementare nei diversi contesti operativi un modello di leadership che determina il miglioramento del clima lavorativo e dell'attaccamento alla struttura, la soddisfazione dei professionisti e la qualità delle prestazioni erogate.

**Autore per la corrispondenza:** Di Renzo Maurizio Rivera – ASL 2 Abruzzo – Email: mauriziodirenzo@hotmail.com

## 67. Infermieri e futile care: studio fenomenologico multicentrico

Dignani Lucia<sup>1</sup>, Ciriachi Nicoletta<sup>2</sup>, Girotti Susi<sup>1</sup>, Guarinoni Milena Giovanna<sup>3</sup>, Toccaceli Andrea<sup>1</sup>, Lucertini Carla<sup>1</sup>

<sup>1</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona, <sup>2</sup>Università Politecnica delle Marche, <sup>3</sup>Università degli Studi di Brescia

**BACKGROUND** Negli ultimi anni il mondo sanitario ha assistito ad una crescente diffusione di tecnologie sanitarie e di trattamenti farmacologici sempre più efficaci, che hanno reso possibile il prolungamento della vita umana, attraverso mezzi che hanno acceso un fervido dibattito tra ciò che è considerato medicalmente appropriato e ciò che non lo è. In questo contesto, il tema delle “futile care” è diventato sempre più diffuso richiamando l’attenzione sui problemi sociali ed etici che ne conseguono. Dal punto di vista del personale sanitario, le futile care hanno un grande impatto umano, perché determinano un dilemma etico, con conseguente disagio morale che si ripercuote sui comportamenti di presa in cura degli assistiti: atteggiamenti di indifferenza, scarsa attenzione alla gestione del dolore, diminuzione dell’empatia, riduzione della qualità del servizio. Inoltre si può generare insicurezza professionale, turnover, intention to leave, burnout. Data la rilevanza del tema delle futile care in termini assistenziali e organizzativi, risulta interessante comprendere l’esperienza vissuta dal personale infermieristico di setting differenti, che si confrontano con questo fenomeno.

**OBIETTIVI** Esplorare il vissuto del personale infermieristico di setting medico e di area critica riguardo la percezione di futile care.

**METODI** È stato condotto uno studio qualitativo fenomenologico descrittivo, multicentrico. Sono stati considerati gli infermieri di setting medico e di area critica di due ospedali marchigiani, per un totale di 12 unità operative (UO). Il campionamento, avvenuto secondo una modalità di convenienza, si è protratto fino a saturazione dei dati, nel periodo giugno-agosto 2017. Gli infermieri sono stati arruolati su base volontaria, individuati tramite conoscenza diretta o indiretta dai ricercatori. Sono stati considerati i seguenti criteri di inclusione: almeno 2 infermieri per ogni UO, infermieri con almeno un anno di esperienza lavorativa nell’UO di appartenenza. La raccolta dati è avvenuta attraverso interviste “face to face”, condotte da un unico ricercatore, registrate e successivamente ritrascritte. Le interviste, di tipo non strutturato, si sono basate sulla domanda iniziale: “Qual è il suo vissuto riguardo cure offerte ad assistiti per i quali non riteneva ci fossero realistiche prospettive di miglioramento?” L’analisi delle interviste è stata condotta attraverso il metodo Colaizzi.

**RISULTATI** Sono stati arruolati 31 infermieri. Il campione, prevalentemente di genere femminile (71%), aveva un’età media di 40.7 (DS 6.7) anni, e un’esperienza media nella UO di appartenenza di 10.3 (DS 5.8) anni. L’analisi delle interviste ha portato all’identificazione di 51 temi principali, raggruppati poi in 8 categorie. Tra queste, 6 categorie sono emerse in entrambi i setting: rispetto e diritti, riconoscimento professionale, errori, violazione, limite decisionale, dilemma etico. Nel setting medico è inoltre emersa la categoria “speranze” e in quello di area critica la categoria “dubbio”. Tra le categorie analoghe ai due setting, spicca quella relativa al rispetto e diritti, in cui emerge come l’infermiere consideri di prioritaria importanza rispettare la dignità umana sia da un punto di vista di diritto decisionale, sia di dignità nel fine-vita. La categoria della violazione evidenzia la percezione del campione di futile care che violano la volontà dell’assistito e dei suoi familiari. La violazione sembra essere determinata soprattutto da una scarsità di informazioni fornite dai sanitari riguardo il reale stato di salute e l’efficacia del trattamento. La categoria del dilemma etico è stata avvertita da quasi tutto il campione e ha evidenziato la profonda sofferenza morale che gli infermieri vivono di fronte a situazione di cure perpetuate oltre quella che viene considerata la dignità della persona e la sua volontà. La categoria della speranza è emersa solo nel setting medico e si riferisce al sentimento di fiducia degli assistiti in una possibilità di miglioramento, che è vista come sprone nel superare la malattia. La categoria dubbio, emersa nel setting di area critica, delinea l’indecisione dell’infermiere a stabilire ciò che è giusto da quello che non lo è in termini di cure e assistenza.

**LIMITI** Il limite principale dello studio è rappresentato dal campionamento di convenienza.

**CONCLUSIONI** I risultati dello studio hanno permesso di avere una chiara visione del fenomeno delle futile care percepito dal personale infermieristico di setting medico e di area critica. La ricerca ha evidenziato che il concetto di futile care appare essere soggettivo e multidimensionale. Sono emersi temi comuni in entrambi i setting. Il dilemma etico è risultato presente in quasi tutte le interviste e ha posto l’attenzione sulla sofferenza morale che gli infermieri provano di fronte alle futile care. La conoscenza dell’esperienza vissuta dagli infermieri ha evidenziato aree suscettibili di interventi di miglioramento.

**Autore per la corrispondenza:** Dignani Lucia – AOU Ospedali Riuniti di Ancona – Email: luciadignani@yahoo.it

## 68. Percezione infermieristica del moral distress: studio osservazionale multicentrico

Dignani Lucia<sup>1</sup>, Paolino Maria Rita<sup>2</sup>, Girotti Susi<sup>1</sup>, Guarinoni Milena Giovanna<sup>3</sup>, Lucertini Carla<sup>1</sup>, Toccaceli Andrea<sup>1</sup>

<sup>1</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona, <sup>2</sup>Università Politecnica delle Marche, <sup>3</sup>Università degli Studi di Brescia

**BACKGROUND** Il dilemma etico è una problematica professionale che si riscontra per eventi giornalieri in cui si percepisce di prendere parte a qualcosa considerato improprio, sbagliato o non etico. Il dilemma è dato da una situazione in cui è necessaria una scelta tra due azioni su cui si avverte un conflitto. In letteratura si riscontra un interesse sempre maggiore per le esperienze di conflitti/dilemmi etici sul lavoro che determinano un disagio morale. Il disagio morale (moral distress) viene definito come una sofferenza che nasce dall'incoerenza tra azioni e convinzioni. Nell'ambito del nursing, il moral distress è una situazione di squilibrio psicologico causato da sentimenti spiacevoli che derivano dall'impossibilità ad eseguire interventi ritenuti moralmente appropriati secondo coscienza e conoscenza. Agire contro la propria coscienza in ambito lavorativo determina una serie di gravi conseguenze sia per il professionista, sia per l'organizzazione: stanchezza, frustrazione, diminuzione dell'empatia, riduzione della qualità del servizio in termini di sicurezza delle cure, soddisfazione ed efficacia assistenziale, riduzione dello stato di salute generale del personale, turnover, burnout e intention to leave. Data la rilevanza del tema e delle importanti ripercussioni che genera sui professionisti infermieri e sull'outcome assistenziale, risulta interessante indagare il moral distress del personale infermieristico di diversi settings assistenziali.

**OBIETTIVI** Valutare il moral distress percepito dal personale infermieristico di setting medico e di area critica.

**METODI** È stato condotto uno studio osservazionale descrittivo multicentrico, nel periodo giugno-settembre 2017. Sono stati arruolati gli infermieri di setting medico e di area critica di due ospedali marchigiani, secondo una modalità di convenienza. Per la raccolta dati è stato costruito ad hoc un questionario per la rilevazione delle variabili socio-demografiche. È stato inoltre utilizzata la Moral Distress Scale Revised (MDS-R) (Hamric et al., 2012), uno strumento validato in lingua italiana (Lamiani et al., 2017) per la rilevazione della sofferenza morale. Tale scala è composta da 14 items, raggruppati in 4 aree di indagine: futile care, condotta etica, problemi di comunicazione, collaborazione. Per ciascun item è prevista una risposta su scala likert (da 0 a 4) su cui esprimere la frequenza di presentazione della situazione proposta e il livello di disagio generato. Il punteggio ottenibile su ciascun item varia da 0 a 16. I dati della letteratura collocano il valore cut-off del disagio morale su 7. È presente inoltre una sezione finale dello strumento che indaga turnover e intention to leave. I dati sono stati elaborati mediante Microsoft Excel.

**RISULTATI** Hanno aderito allo studio 254 infermieri, con un response rate dell'89.75%. Il campione era prevalentemente femminile (68.11%), con un'età media di 39.4 anni (DS 8.1), un'esperienza lavorativa media di 13,7 anni (DS 8.7), e un'esperienza media nell'unità operativa di appartenenza di 8.2 anni (DS 6.9). Per quanto attiene il titolo abilitante, il 62.60% del campione possedeva una laurea. Rispetto ai risultati della MDS-R, il campione nella sua totalità ha espresso ridotti punteggi di moral distress, collocandosi in un punteggio medio di 5.1. Confermando i dati della letteratura, i punteggi più alti di moral distress sono stati quelli relativi all'area delle "futile care" (6.3). I punteggi inferiori sono stati quelli invece relativi all'area "condotta etica" (3.4). Per quanto riguarda l'analisi per singolo setting, l'area critica ha manifestato un punteggio medio di moral distress di 5. Punteggi più alti di sofferenza morale sono stati ottenuti sull'area delle "futile care" (6.3), e sull'area riferita alla "collaborazione" tra professionisti (5.8). Il setting medico ha espresso un punteggio medio di moral distress di 5.4 e ha ottenuto punteggi più alti nelle aree delle "futile care" (6.4) e della "collaborazione" (6.1). In entrambi i setting l'intention to leave del campione è inferiore al 30%.

**LIMITI** Uno dei limiti dello studio è rappresentato dalla ridotta numerosità campionaria, che pone dei limiti alla validità esterna.

**CONCLUSIONI** Lo studio ha evidenziato la presenza di moral distress al di sotto dei valori soglia di allarme in entrambi i setting. Il setting medico presenta punteggi più alti di sofferenza morale in tutte le aree indagate, rispetto al setting di area critica. Questo dato contrasta con i risultati di altri studi. La conoscenza dei determinanti di sofferenza morale che agiscono sul personale infermieristico permette di avere una chiara visione del fenomeno, utile per programmare idonei correttivi.

**Autore per la corrispondenza:** Dignani Lucia – AOU Ospedali Riuniti di Ancona – Email: [luciadignani@yahoo.it](mailto:luciadignani@yahoo.it)

## 69. Umanizzazione delle cure: analisi concettuale evoluzionistica

Dignani Lucia<sup>1</sup>, Toccaceli Andrea<sup>1</sup>, Lucertini Carla<sup>1</sup>, Marchetti Mara<sup>2</sup>, Guarinoni Milena Giovanna<sup>3</sup>, Troiani Silvano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona, AOU Ospedali Riuniti di Ancona, AOU Ospedali Riuniti di Ancona, <sup>2</sup>Università Politecnica delle Marche, <sup>3</sup>Università degli Studi di Brescia, AOU Ospedali Riuniti di Ancona

**BACKGROUND** Il concetto di umanizzazione delle cure è al centro del dibattito sanitario moderno, poiché sempre più le politiche sanitarie attuali basano il loro operato su questo importante paradigma. Tuttavia il termine umanizzazione delle cure è un concetto complesso in quanto presenta sia caratteristiche soggettive, sia multifattoriali. Nonostante il suo tono qualitativo positivo, può assumere significati diversi dovuti alle differenze culturali e ai valori individuali del singolo. Il significato del concetto acquisisce connotati differenti anche sulla base del punto di vista dei soggetti coinvolti. Per le organizzazioni sanitarie l'umanizzazione delle cure sembra essere riferita ad un approccio personalizzato e olistico all'utente. Per gli assistiti assume importanza la facilità di accesso ai servizi, il rispetto, il coinvolgimento nel processo decisionale. Ad oggi, nonostante l'importanza di questo concetto e le importanti ripercussioni che può generare nella presa in cura degli assistiti, non esiste un significato univoco per esprimerlo. Risulta quindi interessante indagare il significato del concetto di "umanizzazione delle cure".

**OBIETTIVI** Esplorare il significato del concetto di umanizzazione delle cure nell'ambito del nursing.

**METODI** È stata condotta un'analisi concettuale secondo metodo evoluzionistico di B.Rodgers. La selezione degli articoli è avvenuta sui database elettronici: PubMed, Cinahl, Scopus, Web of Science e Cochrane Library, mediante la stringa di ricerca: (humanization care[Title/Abstract]) AND nurs\*[Title/Abstract]. Tra i criteri di inclusione sono stati considerati: termini contenuti nel titolo o nell'abstract, articoli pubblicati negli ultimi 5 anni, lingua inglese o italiana. Il selection process è avvenuto ad opera di tre ricercatori: due ricercatori hanno analizzato e selezionato gli articoli in modo indipendente. Un terzo ricercatore è intervenuto nei casi di disaccordo. Gli articoli sono stati esaminati allo scopo di evidenziare il senso e il significato che ciascun autore degli articoli attribuiva al concetto di umanizzazione delle cure.

**RISULTATI** Sono stati identificati 35 articoli, ridotti poi a 23, dopo la rimozione dei duplicati e di quelli ritenuti non pertinenti. L'analisi dei 23 studi considerati ha fatto emergere dei temi, che sono stati collocati nelle categorie proposte da Rodgers (termini surrogati e concetti simili, antecedenti, attributi e conseguenze), per consentire l'identificazione del significato del concetto di umanizzazione delle cure. Tra i termini simili sono emersi dei concetti che contestualizzano l'umanizzazione all'interno del mondo sanitario (es. humanization of health care, health humanization), mentre tra i surrogati è emerso l'utilizzo di umanizzazione per esprimere la nascita di politiche sanitarie all'interno del contesto socio-economico (es. National Policy of Humanization). Si sono evidenziati poi antecedenti del concetto, quali formazione, percorsi organizzativi, idoneità del setting. In particolare, per quanto riguarda la formazione, è emerso che l'umanizzazione delle cure può essere appresa, e quindi, attraverso percorsi formativi mirati, è possibile educare il personale sanitario. All'interno di percorsi organizzativi è inoltre possibile favorire l'approccio culturale umanizzato del personale, mediante la predisposizione di condizioni lavorative che favoriscano l'autonomia professionale e il lavoro multidisciplinare. Infine, per quanto riguarda l'idoneità del setting, è emerso che ambienti con infrastrutture appropriate che consentano il rispetto della privacy e la possibilità per gli assistiti di circondarsi delle persone significative, favoriscono l'umanizzazione delle cure. Tra gli attributi del concetto sono emersi il rispetto della dignità umana, il rispetto della spiritualità e attributi relativi all'operato professionale. In particolare si è evidenziato che il rispetto della dignità umana è il requisito fondamentale per l'umanizzazione delle cure, e che essa si esplica attraverso la personalizzazione delle cure, il controllo dei sintomi, l'approccio olistico alla persona. Tra le conseguenze si è evidenziato che l'umanizzazione delle cure porta a benefici diretti per l'assistito, quali benessere e aumento della qualità della vita. Sulla professione si può osservare una più ampia concezione di assistenza e un aumento della dignità professionale.

**LIMITI** Uno dei limiti dello studio è rappresentato dal periodo temporale ridotto per la selezione degli articoli.

**CONCLUSIONI** L'umanizzazione delle cure risulta essere un concetto multidimensionale. L'analisi ha fatto emergere che il contesto organizzativo influisce direttamente sull'umanizzazione delle cure. Percorsi formativi mirati e ripetuti periodicamente possono favorirla, così come un ambiente di cura appropriato e la presenza di team multidisciplinari. Inoltre l'umanizzazione delle cure comporta benefici sia per gli assistiti, sia per i professionisti sanitari.

**Autore per la corrispondenza:** Dignani Lucia – AOU Ospedali Riuniti di Ancona – Email: [luciadignani@yahoo.it](mailto:luciadignani@yahoo.it)



## 70. Lo Sviluppo delle Competenze Infermieristiche e l'Empowerment del Tirocinio Clinico in un Setting Chirurgico.

Ferracuti Martina<sup>1</sup>, Traini Tiziana<sup>1</sup>, Floridi Elisa<sup>2</sup>, Cosignani Emanuela<sup>1</sup>, Galeone Fabiana<sup>1</sup>, Scaramucci Silvia<sup>1</sup>, Simonetti Anna Laura, Pignotti Paolo<sup>1</sup>, Troiani Silvano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno, <sup>2</sup>ASUR - Area Vasta N. 5

**BACKGROUND** Negli ultimi decenni l'incremento dei bisogni di salute, il cambiamento demografico e l'aumento della popolazione fragile, hanno segnato una profonda trasformazione della Sanità e di conseguenza della figura dell'Infermiere, il quale, deve sviluppare inevitabilmente sempre maggiore flessibilità professionale e maggiori competenze specifiche, al fine di aumentare l'employability e rendere fruibile il proprio titolo di studio nel mercato del lavoro. Pertanto il percorso di apprendimento clinico dello studente infermiere, deve prevedere la possibilità di implementare le conoscenze acquisite su basi scientifiche, in un contesto formativo reale, nel quale, lo sperimentarsi ed il crescere professionalmente rappresentano le condizioni indispensabili per l'apprendimento della professione. Un contesto nel quale lo stesso studente è promotore e fautore di occasioni, che da una parte favorisce l'acquisizione delle competenze e meta-competenze attese nei tre anni di corso, dall'altro permette al futuro Infermiere di crescere nella professione. Gli ambienti di apprendimento clinico sono definiti come una rete di fattori interagenti nel contesto, in grado di influenzare gli esiti dell'apprendimento degli studenti (Dunn & Burnett, 1995).

**OBIETTIVI** Sviluppare un percorso di tirocinio personalizzato e professionalizzante della durata di circa 350-450 ore formali, ambientato in un setting chirurgico, afferente al Blocco Operatorio e rivolto agli studenti del III anno del corso di Laurea in Infermieristica. Lo scopo della sperimentazione formativa prevede il raggiungimento di obiettivi prestabiliti, suddivisi in settimane di apprendimento.

**METODI** Lo studente è affiancato durante l'apprendimento esperienziale da un Infermiere esperto, scelto dall'Infermiere Coordinatore dell'U.O., che guiderà lo studente in tutte le fasi del tirocinio professionalizzante, al fine di implementare il percorso clinico-assistenziale della persona assistita, specificamente dedicato ai piccoli interventi dell'area day surgery oculistica. L'apprendimento, diventa così un processo che implica un cambiamento nel modo di pensare, sentire e agire che, a sua volta, porta ad avvalersi di nuove capacità, modificando l'immagine di sé e del proprio ruolo; diventa dunque un fenomeno emozionale e intellettuale che favorisce lo sviluppo di livelli complessi di competenza nel professionista per "costruire" esperti, specialisti realmente spendibili.

**RISULTATI** L'esperienza prevede l'interscambiabilità e l'ottimizzazione degli operatori, nella prospettiva del miglioramento della qualità dell'assistenza erogata alla persona nei seguenti settori assistenziali: Accoglienza in B.O., Assistenza Peri-operatoria (sala induzione/pre-anestesia), Assistenza Intra-operatoria (Sala Oculistica), Assistenza Post-Operatoria (Sala risveglio/sub-intensiva). Lo studente, al termine dell'esperienza formativa, è in grado di informare la persona assistita, in collaborazione con il Medico e l'Infermiere supervisore, sulle finalità e modalità dei percorsi diagnostici, terapeutici, assistenziali e riabilitativi; garantire un ambiente confortevole e sicuro; accogliere la persona, utilizzando tutti i presidi necessari ed appropriati al fine di garantire i processi assistenziali; curare la comunicazione in relazione alle condizioni emotive ed alle varie fasi tecniche-relazionali ed educative del processo assistenziale; collaborare con l'equipe nella valutazione delle condizioni della persona in base alle condizioni cliniche ed al rischio evolutivo, utilizzando i protocolli e le procedure interne al servizio ed alle norme di Buona Pratica Clinica; documentare l'assistenza infermieristica erogata; realizzare attività di guida di altri studenti in formazione; contribuire alla riduzione eventi avversi (< 2%) da confrontare con i dati pregressi.

**LIMITI** Il progetto iniziale, prevede la partecipazione degli studenti Infermieri al ruolo attivo di assistenza peri-operatoria nel setting chirurgico, limitatamente ai piccoli interventi della tipologia day surgery e specificamente dell'area oculistica.

**CONCLUSIONI** In un'ottica di evoluzione e continuo sviluppo della professione, è auspicabile che anche i programmi di tirocinio, nel tener conto degli obiettivi formativi, garantiscano spazi adeguati per l'apprendimento e la sperimentazione delle cosiddette competenze avanzate. Ciò oltre a garantire e facilitare il processo di empowerment, permetterebbe ai neo-laureati di disporre di una propria identità professionale, aderente ai criteri di efficacia, di appropriatezza, di qualità delle prestazioni, in considerazione di una continua riprogettazione dell'offerta sanitaria, coerente con la sostenibilità del sistema. Puntare sull'upgrading delle professioni infermieristiche deve costituire un'importante risposta di qualità in sanità. Diventa auspicabile pertanto, che, delineando nuove attitudini professionali e competenze trasversali, si possa favorire la messa in campo di una "sanità di iniziativa" privilegiando i sistemi a rete ed il lavoro di squadra.

**Autore per la corrispondenza:** Traini Tiziana – Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno –  
Email: t.traini@univpm.it



## 71. L'efficacia della terapia decongestionante combinata in pazienti affetti da linfedema secondario post-chirurgico all'interno di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA della mammella)

Ferrari Francesca

*Università degli studi di Parma*

**BACKGROUND** Il carcinoma della mammella è la neoplasia maligna più frequente nelle donne ed è responsabile del 14% delle morti per cancro nel sesso femminile. In Emilia Romagna la sopravvivenza al tumore al seno a 5 anni è dell'89%, con un dato nazionale dell'87%. La sopravvivenza è influenzata dalla prevenzione secondaria e dalla terapia. L'EUSOMA (European Society Of Mastology) tra il 2010 e il 2013 ha definito il nuovo modello di Breast Unit, con i requisiti per diventare una Breast Unit Certificata: • Obbligatoria una riunione settimanale del gruppo multidisciplinare. • Partecipazione alla discussione da parte dei rappresentanti di tutte le specialità. • Istituzione di protocolli e linee guida. • Utilizzo di un data base comune per monitorare l'attività e la qualità del percorso. • Istituzione di un percorso a parte per i pazienti con malattia metastatica. • Partecipazione ad attività di ricerca clinica. Il protocollo della Breast Unit Integrata nella sezione di Medicina Fisica e Riabilitativa dell'Ospedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia si compone di due percorsi: informativo-riabilitativo e diagnostico-riabilitativo. Il percorso viene attivato sia come prevenzione per tutti i pazienti operati, sia in fase di insorgenza di complicanze secondarie all'intervento chirurgico. Il linfedema dell'arto superiore è una complicanza che si manifesta in un paziente su tre sottoposto a linfadenectomia per il trattamento del cancro al seno. I pazienti sottoposti a dissezione ascellare e successiva radioterapia hanno un rischio di linfedema vicino al 45%. Negli ultimi anni la tecnica del linfonodo sentinella ha ridotto gli interventi di linfadenectomia ascellare e il tasso di complicanze postoperatorie, riducendo la presenza di linfedema secondario al 7% dei casi.

**OBIETTIVI** Lo scopo dello studio è quello di valutare l'efficacia del trattamento fisioterapico sul sintomo linfedema secondario a intervento chirurgico per cancro alla mammella, il ripristino della funzionalità dell'arto interessato, il recupero delle ADL e il possibile miglioramento della percezione qualitativa della vita, all'interno di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali.

**METODI** Per questo studio di tesi sono stati presi in considerazione 5 pazienti, sottoposti a intervento chirurgico per carcinoma mammario con biopsia del linfonodo sentinella e/o con dissezione ascellare. A seguito di diagnosi fisiologica di linfedema all'arto superiore omolaterale all'intervento i pazienti sono stati presi in carico presso il reparto di Medicina Fisica e Riabilitativa dell'Ospedale Santa Maria Nuova (Reggio Emilia) e presso il Servizio di Medicina Riabilitativa del DCP Distretto di Fidenza nel periodo tra maggio e luglio 2017. Il campione reclutato è stato sottoposto a un protocollo valutativo/riabilitativo dal fisioterapista: la valutazione si è basata sulla misurazione delle circonferenze dell'arto superiore, dei Range of Motion (ROM) in flessione e abduzione, sulla somministrazione della scala del dolore (NRS) e del questionario per la disabilità dell'arto superiore DASH. Il trattamento si suddivide in due fasi: • Fase attiva: l'obiettivo principale è la massima riduzione dell'edema della zona interessata attraverso la terapia decongestionante combinata, composta da drenaggio linfatico manuale, bendaggio elasto-compressivo, esercizi attivi, educazione alla cura della cute e stile di vita. • Fase di mantenimento: l'obiettivo è di conservare le dimensioni dell'arto, controllando l'edema attraverso l'uso quotidiano di un tutore elasto-compressivo. Le valutazioni sono state effettuate all'inizio del trattamento riabilitativo combinato (T0), alla fine (T1) e al follow-up a 2 mesi (T2).

**RISULTATI** Dall'analisi statistica dei dati dello studio risulta che il cambiamento in riduzione dell'edema non è frutto del caso ma della terapia decongestionante combinata. Questo miglioramento al follow-up si è mantenuto stabile. L'analisi statistica della scala NRS e dei Rom in flessione e abduzione ha riportato un cambiamento significativo tra i tempi T0 e T1, mentre tra i tempi T1 e T2 una stabilizzazione del risultato. Non si è potuta apprezzare una significatività statistica tra T0 e T1 nella scala DASH per la disabilità dell'arto superiore.

**LIMITI** • Il numero ridotto del campione non ha reso possibile una generalizzazione dei risultati. • La mancanza di una misurazione standard delle circonferenze per ogni arto con linfedema che rilevi dati oggettivi per l'analisi statistica. • I pazienti reclutati costituivano un campione "di comodo", perché erano i pazienti che afferivano nelle due unità riabilitative. • La mancanza di dati antropometrici per un'analisi statistica multivariata.

**CONCLUSIONI** La riduzione dell'edema attraverso la terapia decongestionante combinata conferma quanto ricercato dalla letteratura e dimostra che il lavoro interdisciplinare svolto in strutture dedicate si traduce in un gold standard di protocollo per la gestione dei pazienti affetti da questa sintomatologia.

**Autore per la corrispondenza:** Ferrari Francesca – Università degli Studi di Parma – Email: fra.ferrari23@libero.it

## 72. Briefing e Debriefing in Sanità: sperimentazione in sala operatoria per la prevenzione degli eventi avversi

Frezza Daniele, Antoniutti Martina

*Azienda ULSS 2 Marca trevigiana*

**BACKGROUND** La sanità rappresenta assieme al settore aerospaziale, chimico e nucleare un sistema ad elevata complessità sia per la molteplicità di variabili e tecnologie presenti al suo interno, sia per l'interazione che queste hanno con il paziente, il quale necessita di cura ed attenzione in un percorso strutturato e sicuro all'interno dell'Organizzazione. L'utilizzo di metodologie di Briefing e Debriefing si è sviluppato e consolidato, ormai da molti anni in ambito aeronautico, trovando applicazione all'interno dei Team di Professionisti con l'obiettivo di aumentare la Sicurezza e, dove possibile, provare ad anticipare scenari futuri in modo da poter intervenire direttamente in situazioni potenzialmente rischiose, riducendo la probabilità di incorrere in eventi avversi.

**OBIETTIVI** Realizzare ed applicare strumenti e metodologie di Briefing e Debriefing strutturati secondo modalità standardizzate, ma allo stesso tempo specifiche, flessibili e dedicate al contesto di appartenenza, con la finalità di creare percorsi più sicuri all'interno delle Sale Operatorie, anticipando scenari futuri e riducendo il rischio di errori e criticità durante attività ad elevata complessità in Sanità.

**METODI** Lo sviluppo di metodologie di Briefing e Debriefing ha avuto inizio con un'analisi preliminare del contesto clinico organizzativo-procedurale in 7 Unità Operative appartenenti ad un medesimo Dipartimento Chirurgico in cui si sono valutati analiticamente i processi e le attività proprie di ogni professionista e di ogni realtà. Successivamente si è proceduto alla raccolta di report dalle singole sale Operatorie (che hanno avuto caratteristiche e sfumature differenti a seconda dei contesti di applicazione) tenendo in considerazione variabili come il paziente, l'organizzazione, le tecnologie presenti o altre caratteristiche specifiche riferibili all'ambito di provenienza. Nell'applicazione e nella sperimentazione di strumenti di Briefing e Debriefing, anche in riferimento all'esperienza consolidata da tempo in aviazione, è risultata utile la creazione di un acronimo in grado di facilitare la sequenza di azioni da ricordare durante l'esecuzione-applicazione di tali metodologie. Tale aspetto è fondamentale per memorizzare in modo semplice e veloce le fasi di un Briefing che solitamente possono consistere in un numero variabile fra tre a sei e che sono riprese anche in sede di Debriefing per analizzare effettivamente che cosa poteva essere previsto e/o migliorato. Le criticità ed i dati che eventualmente emergono durante le fasi di Briefing e Debriefing possono essere raccolti con modalità cartacea, ma può essere prevista anche la modalità informatica in modo tale che risultino di più facile fruibilità ed analisi, definendo conseguentemente eventuali punti di forza e di debolezza di alcuni contesti.

**RISULTATI** L'introduzione di metodologie strutturate di Briefing e Debriefing ha comportato una segnalazione maggiore delle criticità all'interno dei vari processi, evidenziando le aree più a rischio in cui è necessario intervenire, trovando quasi sempre soluzioni sinergiche all'interno del Team in cui si è sperimentata la metodologia, ancor prima che la criticità si verifici. Si è inoltre evidenziato un clima migliore e più collaborativo tra i Professionisti Sanitari coinvolti nella sperimentazione di questi strumenti poiché si sono sentiti molto motivati, dopo una fase di adeguata formazione, nella risoluzione di problematiche e criticità comuni, nonché nella creazione di percorsi più sicuri per il paziente.

**LIMITI** Non sono stati rilevati significativi limiti.

**CONCLUSIONI** L'introduzione di strumenti strutturati di Briefing e Debriefing si configura come un'opportunità nella prevenzione degli eventi avversi: utilizzare 5 minuti per i Briefing e 3 minuti per i De-briefing secondo modalità strutturate di pochi e semplici passaggi, consente di aumentare le segnalazioni di situazioni potenzialmente rischiose, evidenziando ed intercettando eventuali criticità prima che esse si verifichino e creando continue e costanti opportunità di miglioramento nei percorsi di Sicurezza del Paziente.

**Autore per la corrispondenza:** Frezza Daniele – Azienda ULSS 2 Marca trevigiana – Email: danielle.frezza1@gmail.com

### 73. L'Infermiere di dialisi: resilienza e stress lavoro correlato. Uno studio osservazionale

Galeone Fabiana<sup>1</sup>, Traini Tiziana<sup>1</sup>, Manocchi Katia<sup>2</sup>, Cosignani Emanuela<sup>1</sup>, Ferracuti Martina<sup>1</sup>, Scaramucci Silvia<sup>1</sup>, Simonetti Anna Laura<sup>1</sup>, Pignotti Paolo<sup>1</sup>, Troiani Silvano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno, <sup>2</sup>ASUR - Area Vasta N. 5

**BACKGROUND** L'Infermiere del settore Emodialisi, si interfaccia ogni giorno con un assistito complesso, in quanto affetto da patologia cronica progressiva. La relazione di feed-back bi-dimensionale che si instaura, potrebbe modificare le capacità di resilienza, ovvero il saper riorganizzare positivamente la propria vita, nonostante eventi traumatici ed avversi, ed il livello di stress lavoro percepito dell'Infermiere. A tal proposito, attraverso uno studio osservazionale, si vuole indagare l'esistenza di una probabile correlazione tra le due variabili, con annessi dati socio anagrafici quali, genere e anni di servizio presso l'U.O. Emodialisi e se vi sono elementi predittivi e protettivi per lo sviluppo della resilienza e la riduzione dei livelli di stress lavoro correlato.

**OBIETTIVI** Rilevare il grado di resilienza e di stress lavoro correlato nel contesto lavorativo infermieristico, mettendo a confronto tre Unità Operative di Nefrologia/Emodialisi, due delle quali nell'Azienda Sanitaria Area Vasta 5 (P.O. "C.&G. Mazzoni di Ascoli Piceno e P.O. "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto) e l'altra nell'Area Vasta 4 (P.O. "A. Murri" di Fermo). Tale studio propone inoltre di verificare se esiste una relazione tra le variabili socio demografiche (sesso e anni di servizio in emodialisi), la resilienza e lo stress lavoro correlato.

**METODI** L'elaborato consiste in uno studio osservazionale prospettico, di tipo qualitativo, con disegno descrittivo a campionamento non probabilistico di convenienza. Lo studio è stato condotto attraverso la somministrazione di un questionario anonimo, utilizzando strumenti validati dalla letteratura come: Connor-Davidson Resilience Scale e Job Content Questionnaire.

**RISULTATI** Incrociando i dati socioanagrafici (genere e anni di servizio in Emodialisi), emerge che gli Infermieri uomini (19,67%) di tutte e tre le U.O. Emodialisi risultano più resilienti delle donne (80,33%), ma anche più stressati. Mentre valutando gli anni di servizio in Emodialisi, emerge che nelle UU.OO. di Ascoli Piceno e di San Benedetto del Tronto, gli Infermieri più resilienti ma anche i più stressati sono coloro che lavorano in Emodialisi nella fascia temporale che va da 1 a 10 anni. Gli Infermieri più resilienti e più stressati dell'U.O. di Fermo, risulta che lavorano da più di 20 anni. Valutando, invece, le fasce di resilienza, suddivise per score, con le rispettive medie di stress si rileva che gli Infermieri con buona resilienza presentano un livello di stress medio/alto, mentre gli Infermieri con scarsa/assenza resilienza presentano lo stesso un livello di stress medio. Gli Infermieri arruolati nel campione risultano per la maggior parte non resilienti (71%) perché demotivati, con una bassa capacità di adattabilità nell'affrontare i cambiamenti e con bassa fiducia nelle proprie intuizioni; molti di loro reputano il proprio lavoro stressante, perché ripetitivo e poco emozionante, a causa del tecnicismo e della ripetitività del lavoro stesso.

**LIMITI** I dati devono essere interpretati in maniera dinamica e non statica, in quanto l'essere resilienti è una variabile che dipende da vari fattori personali, come la fiducia in se stessi ed il controllo della propria vita nonostante i cambiamenti e gli eventi avversi, è soprattutto una capacità che si sviluppa con l'esperienza e le circostanze che si presentano nella vita di ognuno.

**CONCLUSIONI** Sulla base dei dati emersi, potrebbe essere utile progettare dei gruppi di lavoro e di tutoraggio, per migliorare il livello e la capacità di resilienza e di ridurre e gestire i livelli e i fattori di stress. Gli Infermieri Coordinatori e successivamente Infermieri ed equipe multidisciplinare, dovrebbero sottoporsi all'analisi dei propri livelli di stress e capacità di resilienza per analizzare l'ambiente e l'organizzazione delle attività e del benessere del personale sanitario stesso. Sarebbe necessario promuovere degli audit seriati, al fine di migliorare l'ascolto, la condivisione, la comunicazione, la risoluzione dei problemi e la capacità di resilienza. Tutti questi elementi tenderanno a sviluppare benessere psico-sociale nell'ambito lavorativo, valorizzando il personale, la qualità di cura erogata e la costruzione del Team-Building.

**Autore per la corrispondenza:** Traini Tiziana – Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno –  
Email: t.traini@univpm.it

## 74. Utilizzo di un modello di Health Technology Assessment per la rivalutazione dei sistemi di diagnostica radiologica disponibili in ASL TO3 come strumento di policy making

Galis Veronica, Olivero Andrea, Minniti Davide, Bisanti Francesca, Morelli Pamela, Boraso Flavio

ASLTO3

**BACKGROUND** Sempre più, negli ultimi anni, la diagnostica per immagini è al centro della pratica clinica. Sebbene il rapido sviluppo tecnologico favorisca l'incremento di nuove metodiche e numerosi cambiamenti, lo stesso progresso determina un'accelerata dell'obsolescenza tecnica e funzionale delle apparecchiature di imaging medico creando, quindi, un bisogno di rinnovamento. La valutazione dei sistemi di diagnostica radiologica disponibili in ASL TO3 si è resa necessaria in seguito alla delibera del nuovo Atto Aziendale che ha previsto altresì l'integrazione e la razionalizzazione delle radiodiagnostiche aziendali nonché delle loro risorse strumentali. Si è deciso di utilizzare l'approccio dell'Health Technology Assessment (HTA) tramite la sperimentazione e l'applicazione di un modello di HB-HTA.

**OBIETTIVI** Realizzazione di uno strumento di HTA con il quale valutare tutte le apparecchiature di diagnostica per immagini in dotazione alle radiologie dell'ASL TO3, classificate come sorgenti di bioimmagini, con lo scopo di stabilire quelle destinate a essere aggiornate, sostituite, dismesse o trasferite in altra sede. Obiettivo secondario è stato valutare, a distanza di due anni, quanto tale strumento abbia facilitato il percorso decisionale relativo alla sostituzione delle apparecchiature in dotazione all'ASL TO3.

**METODI** Sulla base della letteratura disponibile è stata elaborata una scheda di valutazione HTA. È stato predisposto un inventario e creato un database di tutti i sistemi di diagnostica radiologica in dotazione alle radiologie dell'ASL TO3. Per ogni singola apparecchiatura si è applicata la scheda HTA progettata, consistente nella valutazione delle seguenti voci: età, età limite utilizzo, tempo di fermo macchina, frequenza di utilizzo, titolo di possesso, spese di manutenzione, tipologia dispositivo, efficacia tecnica. Si è quindi analizzato quali strumentazioni fossero state sostituite.

**RISULTATI** Sono state rilevate ed analizzate attraverso la scheda di valutazione HTA un totale di 97 apparecchiature radiologiche. Per ognuna di queste è stata eseguita l'analisi delle discriminanti sopra riportate, con alcune informazioni aggiuntive date dall'inventario compilato in precedenza (sede, ubicazione, produttore, modello, data collaudo). Dall'analisi effettuata 8 strumentazioni sono risultate da sostituire immediatamente (gruppo 1), 22 a breve (gruppo 2), 8 idonee (gruppo 3), mentre per 59 strumentazioni non è stato possibile applicare interamente la scheda di HTA (gruppo 4) a causa della mancanza di tutti i dati necessari per le analisi. Ad oggi sono state sostituite 11 apparecchiature secondo il disinvestimento pianificato ed un totale di 14 strumentazioni sono in corso di acquisizione.

**LIMITI** L'applicazione di questo nuovo modello di HTA per la riorganizzazione dei servizi di radiodiagnostica aziendali ha nei suoi limiti la necessità di avere la completezza dei dati.

**CONCLUSIONI** La valutazione delle tecnologie sanitarie è uno degli strumenti di governance integrata che le strutture sanitarie, ai diversi livelli, possono utilizzare per gestire anche il disinvestimento delle tecnologie sanitarie. In base ai risultati ottenuti dopo l'applicazione del processo di HB-HTA, il processo di decision making riguardo il futuro delle apparecchiature radiologiche dell'ASL TO3 ha consentito di finalizzare l'investimento aziendale con un budget dedicato di circa 1 milione di euro a fronte di un enorme guadagno in termini di sicurezza, efficacia ed efficienza delle prestazioni diagnostiche garantite ai pazienti dell'ASL TO3.

**Autore per la corrispondenza:** Alesina Marta – Università degli Studi di Torino – Email: [marta.alesina@unito.it](mailto:marta.alesina@unito.it)

## 75. Pet therapy e riabilitazione psichiatrica: una revisione della letteratura

Galli Francesco<sup>1</sup>, Comparcini Dania<sup>2</sup>, D'argenio Denise<sup>3</sup>, Cotticelli Federico<sup>4</sup>, Lupo Roberto<sup>5</sup>, Simonetti Valentina<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ASUR - Area Vasta N. 2, <sup>2</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona, <sup>3</sup>Università Politecnica delle Marche, <sup>4</sup>ASUR - Area Vasta N. 3, <sup>5</sup>ASL Lecce, Università Politecnica delle Marche

**BACKGROUND** Nell'assistenza alla persona con disturbi psichiatrici gioca un ruolo fondamentale la riabilitazione; in questo contesto si inserisce come attività di co-terapia la pet therapy ovvero la terapia assistita con gli animali (Animal-Assisted Therapies - AAT) realizzata affiancando alle terapie tradizionali l'uso di alcuni animali, nel rispetto di specifici requisiti sanitari, al fine di eliminare o ridurre gli effetti negativi della patologia sulla salute della persona. In letteratura alcune ricerche hanno evidenziato che i benefici derivanti da un'alleanza terapeutica con gli animali sono spesso compromessi da difficoltà organizzative e dalla volontà da parte dell'assistito di mantenere una relazione efficace con l'animale. Altri studi, invece, hanno mostrato che la presenza di AAT in tali contesti non solo contribuiscono a promuovere l'interazione sociale, l'interesse per attività gratificanti, la motivazione e l'autonomia ma riescono anche a ridurre i livelli d'ansia nella maggior parte dei pazienti già dopo le prime sessioni di terapia.

**OBIETTIVI** Riassumere i risultati degli studi che esplorano l'utilizzo della terapia assistita con animali nell'ambito della riabilitazione psichiatrica.

**METODI** È stata effettuata una revisione della letteratura utilizzando l'approccio metodologico integrato basato sul metodo Whittemore & Knafl (2005) che consente l'inserimento di studi condotti con metodologie di ricerca differenti (sperimentale e non sperimentale, quantitativa e qualitativa) al fine di presentare diverse prospettive sul fenomeno di osservazione. Sono stati consultati i database Medline (PubMed), Scopus e Google Scholar (gennaio-marzo 2017), includendo tutti gli studi in lingua inglese e italiana che valutavano l'associazione tra le AAT e i principali outcomes clinico-assistenziali rilevanti nel processo riabilitativo di adulti con patologia psichiatrica. La ricerca preliminare, con l'utilizzo dei termini MeSH "Animal Assisted Therapy" e "Mental disorder" e termini liberi "Psychiatric disease" e "Pet therapy", combinati tra loro con gli operatori booleani AND e OR, ha selezionato 244 titoli e abstract, successivamente ridotti a 45 articoli, letti ed analizzati in full text; di questi, otto sono stati inclusi nella revisione finale.

**RISULTATI** Tra gli studi inclusi nella revisione, sei sono di tipo quantitativo, uno qualitativo e uno studio di tipo misto. Di questi, cinque sono stati condotti in Norvegia, uno in U.S.A., uno in Italia e uno in Spagna. Le principali patologie trattate con AAT sono la schizofrenia, l'ansia, i disturbi della personalità e del comportamento e, in misura minore, la depressione e i comportamenti aggressivi. Per la realizzazione delle AAT vengono impiegati sia animali da fattoria (mucche, pecore, conigli) per attività quali: nutrizione, mungitura del latte, spazzolatura del manto e pulizia degli ambienti, ma anche il cavallo e il cane soprattutto nelle persone affette da schizofrenia. In generale, i risultati evidenziano: riduzione del tono dell'umore depresso, dello stato ansioso e dello stress, miglioramento del senso di sicurezza e responsabilità, maggior autostima e autonomia nel compiere attività di vita e lavorative quotidiana. Nelle persone con disturbi psicotici, inoltre, si evidenziano miglioramenti della sintomatologia e delle manifestazioni aggressive o violente che spesso pregiudicano il percorso terapeutico e riabilitativo. Tuttavia, tra gli studi non si evidenziano differenze nella percezione della qualità di vita prima e dopo un programma di AAT.

**LIMITI** Il principale limite della revisione riguarda i contesti nei quali sono stati svolti gli studi, infatti, la maggioranza delle ricerche è stata realizzata dallo stesso gruppo di ricercatori in Norvegia e questo potrebbe influire sulla generalizzabilità dei risultati della revisione.

**CONCLUSIONI** Le AAT, se affiancate alle terapie tradizionali, possono essere efficaci nel miglioramento di alcuni outcomes clinici poiché promuovono le interazioni sociali fungendo da elemento di mediazione tra il paziente che incontra difficoltà ad "aprirsi" verso il mondo esterno e le figure professionali con cui viene a contatto. Negli ultimi anni, a livello nazionale ed internazionale, le tematiche relative alle AAT come co-terapie in ambito psichiatrico stanno conoscendo una stagione di accresciuto interesse con lo sviluppo di programmi riabilitativi mirati all'interno di strutture socio-assistenziali. Tuttavia, è necessario effettuare ulteriori studi in diversi contesti culturali e utilizzando interventi simili, con gli stessi animali e rivolti a popolazioni di pazienti omogenee per patologia al fine di rendere confrontabili i risultati e valutare quali siano effettivamente le condizioni psichiatriche che possono ricavarne maggior beneficio.

**Autore per la corrispondenza:** Comparcini Dania – AOU Ospedali Riuniti di Ancona – Email: da.comparcini@gmail.com

## 76. Analisi rapida HPLC di infiorescenze ed estratti di Cannabis Sativa L

Gallina Toschi Tullia, Mandrioli Mara

*Alma Mater Studiorum Università di Bologna*

**BACKGROUND** In questi ultimi anni si registra un interesse crescente verso la filiera agroindustriale della canapa (*Cannabis sativa* L.). Molti comparti industriali, alimentare, farmaceutico, cosmetico, tessile, edilizio mostrano interesse allo studio e alle svariate possibilità di impiego di questa pianta. In evidenza non vi sono, solo i principi attivi cannabinoidi che posseggono attività psicotrope (e.g.  $\Delta^9$ -tetraidrocannabinolo), ma anche molecole come il cannabidiolo, il cannabinolo o il cannabigerolo alle quali recentemente sono state attribuite numerose proprietà farmacologiche (antinfiammatorie, analgesiche, sedative) o salutistiche e per le quali, dopo le necessarie verifiche, si potrebbe ipotizzare l'uso in preparazioni farmaceutiche o nutraceutiche. Per poter procedere nella direzione degli approfondimenti è fondamentale disporre di metodi analitici efficienti e rapidi per poter garantire il titolo degli estratti e dosare tutti i cannabinoidi presenti, come anche riportato nelle normative in vigore.

**OBIETTIVI** Al fine di ottenere estratti/preparazioni di qualità, titolati e sicuri, si intende proporre una rigorosa valutazione analitica (quali-quantitativa) della materia prima che permetta il monitoraggio del contenuto di principi attivi cannabinoidi, durante le fasi di coltivazione e successiva commercializzazione degli estratti. Attualmente non esiste un metodo ufficiale universalmente riconosciuto per la determinazione dei principi attivi cannabinoidi, la letteratura scientifica riporta numerosi studi sull'estrazione e la determinazione di queste sostanze con l'ausilio di diverse tecniche e risultati spesso discordanti tra loro con conseguente difficoltà di comparazione. I metodi di screening sviluppati per la determinazione dei cannabinoidi, applicano principalmente tecniche analitiche cromatografiche avanzate come la gascromatografia e cromatografia liquida accoppiate alla spettrometria di massa (GC/MS-LC/MS); questi metodi necessitano di strumenti piuttosto costosi, includono diverse fasi preparative che comportano reazioni di derivatizzazione e rischi di decarbossilazione (specialmente per le forme acide) spesso problematiche, con lunghe tempistiche analitiche. Obiettivo di questo lavoro è la messa a punto e la validazione di un metodo analitico targeted, robusto, rapido ed economico, per l'estrazione e la determinazione qualitativa e quantitativa dei principali cannabinoidi presenti nelle piante e/o infiorescenze di Cannabis.

**METODI** La determinazione dei principali principi attivi cannabinoidi: acido cannabidiolico (CBDA), acido cannabigerolico (CBGA), cannabigerolo (CBG), cannabidiolo (CBD), tetraidrocannabinivarina (THCV), cannabinolo (CBN),  $\Delta^9$ -tetraidrocannabinolo ( $\Delta^9$ -THC),  $\Delta^8$ -tetraidrocannabinolo ( $\Delta^8$ -THC), cannabicromene (CBC) e acido tetraidrocannabinolico (THCA) viene condotta separando i composti in cromatografia liquida, accoppiata alla spettrometria (HPLC-UV), previa estrazione con una miscela di metanolo cloroformio 9:1 (v/v), con l'ausilio di una colonna Kinetex C18 150 x 4,6 mm. 5  $\mu$ m, termostata a una temperatura di 50 °C, e una fase mobile A costituita da acetonitrile con 0.1% di acido fosforico, B acqua con 0,1 % di acido fosforico eluita con gradiente. I composti di interesse sono rivelati attraverso un detector a fotodiodi (DAD) ad una lunghezza d'onda di 230 nm. Il riconoscimento e la quantificazione sono effettuati valutando gli spettri di assorbimento e costruendo curve di calibrazione, nell'intervallo di linearità richiesto, con le rispettive sostanze standard di riferimento. Il metodo sviluppato è stato applicato a campioni di infiorescenze di Cannabis, allo scopo di stabilirne il fenotipo e classificare la pianta, se da droga o da fibra.

**RISULTATI** I risultati hanno restituito valori compresi in intervalli di  $0,08 \pm 0,01\%$ - $0,30 \pm 0,01\%$  e  $0,08 \pm 0,02\%$ - $0,42 \pm 0,01\%$  rispettivamente per  $\Delta^9$ -THC e THCA. Le equazioni di regressione lineare e i coefficienti di correlazione calcolati in intervalli di concentrazione di 0,2-5,0  $\mu$ g/mL, per  $\Delta^9$ -THC e 0,5-10,0  $\mu$ g/mL per THCA sono risultati  $Y = 20,442X + 0,5489$ ,  $r^2 = 0,9993$  e  $Y = 34,404X + 2,4609$ ,  $r^2 = 0,9983$  rispettivamente. LOD ed LOQ calcolati dalla regressione della curva di calibrazione erano 0,16  $\mu$ g/mL e 0,32  $\mu$ g/mL per  $\Delta^9$ -THC e 0,52  $\mu$ g/mL e 1,03  $\mu$ g/mL per THCA. Il recupero % è stato valutato su THCA ed è risultato essere 98,16%.

**LIMITI** L'analisi è stata condotta anche utilizzando un metodo GC-MS validato in precedenza ed i risultati ottenuti si sono mostrati coerenti. Per ottimizzare il metodo sono allo studio alcune sostanze che potrebbero essere impiegate come riferimento (standard interno) che potrebbero migliorarne l'accuratezza e la precisione.

**CONCLUSIONI** Il metodo applicato consente, con una preparativa semplice, di effettuare una analisi targetet con determinazione quali-quantitativa di 10 principi attivi cannabinoidi, separandoli con l'ausilio di un cromatografo liquido HPLC-DAD in 9 minuti. Il metodo si è rivelato affidabile, ripetibile, facilmente applicabile, riproducibile ed economico.

**Autore per la corrispondenza:** Gallina Toschi Tullia – Alma Mater Studiorum Università di Bologna –  
Email: tullia.gallinatoschi@unibo.it



## 77. Assessment delle competenze infermieristiche in Rianimazione Cardiochirurgica: Nurse Competence Scale come strumento di analisi

Gatti Chiara<sup>1</sup>, Pelusi Gilda<sup>2</sup>, Borgognoni Cinzia<sup>1</sup>, Carrara Maria Lucia<sup>1</sup>, Mercanti Rosalia<sup>1</sup>

<sup>1</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona, <sup>2</sup>Università Politecnica delle Marche

**BACKGROUND** La competenza è definita in letteratura come l'adeguatezza funzionale e la capacità di integrare conoscenze e competenze, con atteggiamenti e valori specifici dei contesti clinici dove vengono prese le decisioni: essa è un fattore essenziale per assicurare un'assistenza sanitaria qualificata e sicura (Magnani V., 2016). Questo è ancora più pregnante in quelle aree di cura, come l'emergenza, dove le valutazioni devono essere effettuate in modo tempestivo ed efficiente. Oggi l'organizzazione chiede di adeguare lo sviluppo di competenze specifiche all'attuale setting clinico, dove l'assistenza infermieristica, sempre più complessa, deve rimodulare il caring process con i quali i professionisti soddisfano i bisogni dei pazienti. La Nurse Competence Scale (NCS), originariamente sviluppata in Finlandia tra il 1997 ed il 2003, è uno strumento di autovalutazione delle competenze infermieristiche in grado di far emergere eventuali carenze formative del personale. Tale base di partenza per lo sviluppo professionale e la progettazione di eventi formativi mirati è stata ritenuta necessaria in questo contesto, in cui l'elevato turn over infermieristico rischia di incrementare ulteriormente le criticità già insite alla terapia intensiva. Infine, occorre tenere in considerazione che questo setting di studio prevede una realtà di 14 posti letto: 10 pazienti adulti e 4 pazienti di cardiocirurgia pediatrica e congenita, spesso supportati nelle funzioni vitali con presidi quali ECMO, IABP, VAD, CVVH e ventilatori meccanici.

**OBIETTIVI** Mappare le competenze degli infermieri nella Struttura Organizzativa Dipartimentale (SOD) Rianimazione Cardiochirurgica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona.

**METODI** La metodologia utilizzata è di tipo quantitativo ed il disegno di studio è osservazionale descrittivo. La ricerca è iniziata con una revisione della letteratura riguardo la validazione della NCS condotta sul motore di ricerca Pubmed. Successivamente, sono stati somministrati un questionario anagrafica costruito ad hoc e la NCS a tutti i 42 infermieri (senza alcun criterio di esclusione) della SOD nel periodo aprile-luglio 2017, previa autorizzazione della Direzione Sanitaria e Dirigenza Infermieristica.

**RISULTATI** Il response rate è stato del 97,6%. Il campione è prevalentemente di genere femminile (65,8%), con un'età compresa tra i 31-40 anni (48,7%), tipologia di contratto a tempo indeterminato (82,9%), un'esperienza lavorativa presso l'attuale SOD compresa tra 0-2 anni (56%), un'attività lavorativa complessiva compresa tra i 5-10 anni (43,9%), interessato a lavorare in terapia intensiva (92,6%) e soddisfatto di lavorare in questa SOD (75,6%). Gli item rivelatisi più critici sono "Svolgere l'affiancamento per i neoassunti" (21,9% del campione), "Proporre problemi da approfondire con la ricerca" (12,1%), "Utilizzare i risultati della ricerca per ulteriori sviluppi nell'assistenza infermieristica" (9,7%), "Supportare gli studenti infermieri nel raggiungimento degli obiettivi" (9,7%), "Contribuire a sviluppare percorsi di inserimento nell'U.O. per gli infermieri neoassunti" (9,7%) e "Svolgere il tutoraggio degli studenti presenti nell'U.O." (9,7%).

**LIMITI** Uno dei limiti è rappresentato dall'aver utilizzato un questionario costruito ad hoc per la raccolta dei dati anagrafici; inoltre, la ridotta numerosità campionaria e la monocentricità dello studio pongono dei limiti alla validità esterna.

**CONCLUSIONI** Gli obiettivi prefissati sono stati raggiunti con un'adesione allo studio del 97,6% degli infermieri: una percentuale molto soddisfacente che riflette la sensibilità dei professionisti riguardo la volontà di affrontare criticità già da essi precedentemente percepite. Gli item più critici stanno ad indicare le aree in cui è necessario implementare azioni formative mirate al team infermieristico. Tra i risultati è senza dubbio degno di nota quello che mostra il numero di infermieri con un'esperienza lavorativa nell'attuale SOD inferiore ai 2 anni: dato particolarmente sfavorevole specie in ambito intensivo. Le scarse competenze rinvenute nell'"Utilizzare i risultati della ricerca per ulteriori sviluppi dell'assistenza infermieristica" e nel "Proporre problemi da approfondire con la ricerca" sono da imputare al fatto che i professionisti sono ancora poco orientati verso il pensiero della sperimentazione e del suo contesto, collocando la ricerca in una dimensione troppo distante. Inoltre, da quanto emerge dalla valutazione delle competenze, è prioritario colmare il gap dell'item "Svolgere l'affiancamento per i neoassunti", in modo da porre solide basi per un inserimento strutturato del nuovo assunto in questo ambiente, purtroppo vittima di un eccessivo turnover (24 nuovi infermieri su 46 in meno di 2 anni, stando al Dicembre 2017). Per l'anno 2018 si sta strutturando un percorso di miglioramento dell'inserimento dell'infermiere neoassunto finalizzato alla promozione di un'assistenza di alto profilo, contribuendo a migliorarne la sicurezza e l'appropriatezza.

**Autore per la corrispondenza:** Gatti Chiara – AOU Ospedali Riuniti di Ancona – Email: chiaragatti91@libero.it



## 78. Nurse Competence Scale come strumento per valutare le competenze infermieristiche: revisione della letteratura

Gatti Chiara<sup>1</sup>, Pelusi Gilda<sup>2</sup>, Mercanti Rosalia<sup>1</sup>, Borgognoni Cinzia<sup>1</sup>, Carrara Maria Lucia<sup>1</sup>

<sup>1</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona, <sup>2</sup>Università Politecnica delle Marche

**BACKGROUND** Al giorno d'oggi, nelle Aziende Sanitarie la qualità dei servizi è fortemente condizionata dalle competenze professionali che devono essere adeguate ed idonee all'assistenza erogata all'utente, e per il loro funzionamento si fondano essenzialmente sulle capacità e conoscenze distintive dei singoli professionisti organizzati in gruppi. La competenza viene considerata un elemento essenziale quando si misura la capacità dell'infermiere di fornire un caring efficace e rappresenta un importante determinante della qualità assistenziale. Nasce da questa riflessione la volontà di cercare uno strumento idoneo alla valutazione delle competenze infermieristiche nel prendersi cura di pazienti sempre più complessi, e che, allo stesso tempo, si riveli efficace nella presa in considerazione di esse nel significato più elevato del termine. La Nurse Competence Scale (NCS) è un questionario a 73 item di autovalutazione delle competenze infermieristiche, in grado di far emergere eventuali carenze formative del personale. Originariamente sviluppata in Finlandia tra il 1997 ed il 2003, sperimentata poi in altre nazioni quali Australia, Inghilterra ed Italia, è stata successivamente tradotta e validata in diverse lingue tra cui l'italiano. Essa si compone di 7 sezioni, derivanti dal quadro delle competenze definite da Patricia Benner: "Competenze di presa in carico", "Competenze di educazione", "Competenze diagnostiche", "Competenze di gestione delle situazioni", "Interventi terapeutici", "Assicurare qualità" e "Ruolo ricoperto".

**OBIETTIVI** Valutare gli studi effettuati ad oggi nella letteratura nazionale ed internazionale con lo strumento NCS.

**METODI** Lo studio è stato condotto sulla banca dati elettronica Pubmed utilizzando la stringa di ricerca [((("nurse competence") AND "nurse competence scale") AND nurse] nel mese di gennaio 2017 con la restituzione di 32 records. Successivamente, sono stati posti i filtri "data di pubblicazione" entro 5 anni (esclusi 12 studi) e "specie" umana (esclusi altri 6 studi). I 14 records rimasti sono stati revisionati insieme ad altri 15 studi ritenuti validi, suggeriti dallo stesso motore di ricerca nella banda laterale "titles with your search term". Durante la revisione sono stati esclusi 12 studi perché non attinenti agli obiettivi preposti. Infine, si è creato un database con i 17 studi rimanenti.

**RISULTATI** Secondo quanto riportato dallo studio di Flinkman et al. del 2017 "il valore della NCS è stato confermato nel determinare le relazioni tra le variabili di background e la competenza; lo strumento è stato ampiamente utilizzato con infermieri esperti, neolaureati e dirigenti". Wangenstein et al., nel 2015, dichiarano che la NCS è adatta per descrivere e confrontare la competenza infermieristica per diverse variabili; può anche essere utile per creare programmi di sviluppo della competenza a livello individuale ed organizzativo". Nel 2012, Destrebecq afferma che la NCS è valida "per poter valutare l'acquisizione o la non acquisizione delle competenze". Pochi anni dopo, in Italia, Finotto e Cantarelli asseriscono che la "NCS appare valida nella sua versione italiana e potrebbe essere utilizzata per misurare le competenze degli infermieri italiani". Anche dall'indagine di Dellai et al. "i risultati mostrano che la NCS potrebbe essere molto utile nella valutazione delle competenze degli infermieri italiani". Il noto ricercatore finlandese Meretoja conferma che "i risultati forniscono una forte evidenza di affidabilità e validità della NCS; essa è utile nell'autovalutazione delle competenze". Infine, dallo studio quantitativo dell'italiana Sponton emerge che "l'autovalutazione con lo strumento NCS oltre a permettere ai professionisti di esprimere il proprio fabbisogno, consente all'organizzazione di identificare quali conoscenze trasmettere e quali competenze sviluppare e potenziare nei professionisti".

**LIMITI** I principali limiti dello studio sono rappresentati dall'utilizzo di una sola banca dati e la raccolta degli articoli condotta da un solo ricercatore.

**CONCLUSIONI** Dalla revisione della letteratura nazionale ed internazionale, la NCS risulta essere testata non solo in differenti setting quali terapie intensive, area dell'emergenza, sala operatoria, medicina, chirurgia, neurologia e psichiatria, ma anche sia su infermieri esperti che alle prime esperienze professionali. Essa si è rivelata versatile, utile, coerente negli item ed affidabile nell'assessment delle competenze infermieristiche. Questa ricerca analitica vuole sottolineare come la NCS possa essere uno strumento importante per il miglioramento della performance assistenziale, in quanto l'infermiere, oggi, è un professionista con responsabilità e competenze anche trasversali, che periodicamente vengono valutate ed, eventualmente, implementate con corsi formativi e la stesura di protocolli specifici direttamente applicabili in campo clinico.

**Autore per la corrispondenza:** Gatti Chiara – AOU Ospedali Riuniti di Ancona – Email: chiaragatti91@libero.it

## 79. Applicazione dell'Indice di complessità assistenziale nel Dipartimento di Medicina Interna: risultati di uno studio osservazionale

Gatti Chiara<sup>1</sup>, Pioli Fabia<sup>2</sup>, Gioacchini Simona<sup>1</sup>

<sup>1</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona, <sup>2</sup>Ospedali Riuniti Marche Nord

**BACKGROUND** Gli infermieri svolgono un'attività professionale di carattere tecnico, relazionale ed educativo (D.M. 739/94, L. 251/00) e, ad oggi, diventa sempre più determinante il contributo di questa professione, attraverso la concretizzazione di tali funzioni per il miglioramento della qualità all'interno dell'azienda sanitaria. A partire dall'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale si è assistito ad un continuo aumento del carico di lavoro per gli infermieri dovuto a diversi fattori, quali l'aumento della complessità del bisogno sanitario della popolazione per i profondi cambiamenti sociali, culturali, demografici ed epidemiologici, allo sviluppo tecnologico ed ai progressi scientifici. Da qui la necessità di ricercare un sistema che permettesse di misurare la complessità assistenziale, intesa come la valutazione dei bisogni fisico, educativo, relazionale del singolo paziente o comunità, cui l'infermiere deve quotidianamente far fronte. Si è scelto, allora, di applicare al Dipartimento di Medicina Interna l'Indice di Complessità Assistenziale (ICA code), un sistema basato sull'assessment del grado di autonomia del paziente. Questo strumento permette di determinare le classi di gravità degli assistiti, classi di criticità dei processi, quantificare e valutare l'appropriatezza delle azioni in rapporto alle prestazioni, integrare l'equipe assistenziale, determinare il fabbisogno di risorse e misurare i costi.

**OBIETTIVI** Individuare il rapporto fra carico assistenziale/intervento e personale infermieristico nel setting di medicina interna.

**METODI** Questo studio osservazionale cross sectional è stato condotto presso il Dipartimento di Medicina Interna dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona che ha visto reclutati 245 pazienti ricoverati da almeno 24 ore (una degenza inferiore sarebbe stata un criterio di esclusione). La metodologia ha previsto un periodo di osservazione di 2 anni (2013-2014) ed attraverso il programma ICAcode si sono codificate le funzioni specifiche degli infermieri. Lo studio prevedeva un'unica rilevazione quotidiana per il paziente che viene realizzata compilando una specifica scheda informatizzata che si trova nel programma ICAcode (da cui sarà possibile determinare l'ICA) che comprende: una scheda anagrafica costruita ad hoc, giorno di ricovero, assegnazione del posto letto, diagnosi d'ingresso e prestazioni infermieristiche eseguite. Per l'analisi dei dati mediante database Excel si sono raccolti le caratteristiche socio-grafiche, clinico - assistenziali dei pazienti, mentre mediante database ICAcode si è ottenuto l'ICA e la valutazione delle risorse ipoteticamente necessarie per ogni SOD.

**RISULTATI** Per stabilire la classe di gravità alla quale il paziente appartiene si fa riferimento alla tabella precodificata divisa in 5 classi: 1-Gravità molto lieve (intervallo 0-11), 2-Gravità lieve (12-22), 3-Gravità moderata (23-33), 4- Gravità elevata (34-44), 5-Gravità molto elevata (45-55). Le rilevazioni nel Dipartimento di Medicina Interna sono state le seguenti: Medicina sub-intensiva con 50 rilevazioni (ICA medio 40 – Classe di gravità 4); Medicina ordinaria con 25 rilevazioni (ICA medio 32 – Classe di gravità 3); Pneumologia con 25 rilevazioni (ICA medio 34 – Classe di gravità 4); Oncologia con 25 rilevazioni (ICA medio 35 – Classe di gravità 4); Ematologia con 20 rilevazioni (ICA medio 38 – Classe di gravità 4); Clinica medica con 100 rilevazioni (ICA medio 23 – Classe di gravità 3). Ecco di seguito riportata la nuova assegnazione dei minuti assistenziali, non più in base alla specialità, ma in base alla classe di gravità ottenuta dal calcolo dell'ICA: Medicina sub intensiva totale minuti/die 6080 (n° infermieri necessari 25, anziché 21 attuali); Medicina ordinaria totale minuti/die 5800 (n° infermieri necessari 24, anziché 14); Pneumologia totale minuti/die 5200 (n° infermieri necessari 22, anziché 13); Oncologia totale minuti/die 5680 (n° infermieri necessari 24, anziché 14); Ematologia totale minuti/die 6000 (n° infermieri necessari 25, anziché 17); Clinica medica totale minuti/die 4395 (n° infermieri necessari 18, così come da organico).

**LIMITI** Il principale limite dello studio è rappresentato dall'utilizzo di una scheda anagrafica costruita ad hoc ed, inoltre, la ridotta numerosità del campione pone dei limiti alla validità esterna.

**CONCLUSIONI** I risultati della ricerca hanno posto in evidenza delle disparità tra l'organico infermieristico necessario secondo l'ICA e quello attualmente presente: questo studio può essere un punto di partenza per modulare efficacemente le risorse umane disponibili alla domanda assistenziale, per un caring più appropriato. Sarà consigliata l'implementazione di questo metodo a tutti gli altri dipartimenti dell'Azienda o realtà esterne, con l'obiettivo di migliorare la rete assistenziale per ottimizzare i servizi erogati.

**Autore per la corrispondenza:** Gatti Chiara – AOU Ospedali Riuniti di Ancona – Email: chiaragatti91@libero.it

## 80. Correlazione tra stato clinico del paziente e caregiver burden: uno studio osservazionale descrittivo

Gatti Chiara<sup>1</sup>, Pioli Fabia<sup>2</sup>, Marcelli Stefano<sup>3</sup>, Camacci Gianni<sup>4</sup>, Rasetti Carlo<sup>3</sup>, Santarelli Adoriano<sup>5</sup>

<sup>1</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona, <sup>2</sup>Ospedali Riuniti Marche Nord, <sup>3</sup>ASUR - Area Vasta N. 5, <sup>4</sup>AOU Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna, <sup>5</sup>Università Politecnica delle Marche

**BACKGROUND** L'attuale allungamento della speranza di vita e la riduzione delle nascite cambiano profondamente il quadro demografico italiano, che comporta una revisione razionale della distribuzione delle risorse socio-sanitarie per venire incontro alle nuove necessità. Secondo ai dati ISTAT, nel 2017 gli abitanti con età  $\geq 65$  anni sono 13528550 e rappresentano più del 22% della popolazione: nello specifico per quanto riguarda la Regione Marche, la percentuale arriva a sfiorare il 25%, con quasi 78000 anziani. Trivedi et al. hanno proposto che vi è un'influenza reciproca tra assistiti e caregivers: tale interrelazione condiziona a sua volta la gestione della malattia e la qualità del rapporto. Per burden si intende la responsabilità percepita, sia in senso di tempo che di sforzo della persona che si deve occupare di un'altra. Questo concetto copre vari aspetti: fisico, psicologico, sociale, spirituale, e finanziari. La letteratura scientifica sottolinea correlazioni importanti tra grado di limitazione funzionale del paziente, coping di entrambe le parti, fattori socio-economici, disturbo del comportamento e carico del caregiver.

**OBIETTIVI** Analizzare la correlazione tra lo stato clinico del paziente geriatrico ed il burden del caregiver.

**METODI** Nell'arco di 8 mesi sono state arruolate 208 persone (104 primary caregivers e 104 rispettivi assistiti) con età  $> 65$  anni degenti da almeno 7 giorni nell'U.O. Geriatria del Presidio Ospedaliero ASUR MARCHE Area Vasta 3 di Macerata. Un ricercatore ha somministrato ai caregivers 3 scale: Caregiver Burden Inventory (CBI) per valutare l'aspetto multidimensionale del carico assistenziale e dello stress, suddivisa in 5 carico oggettivo, psicologico, fisico, sociale, emotivo; Family Strain Questionnaire-Short Form (FSQ-SF) per l'assessment delle problematiche caregiving correlate; Profile of Mood States (POMS) per la valutazione degli stati ed i cambiamenti dell'umore. Lo stesso ricercatore ha somministrato anche la scala Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) agli anziani. Essa analizza 6 aree e ciascuna è stata esplorata dalle seguenti scale: Mini Mental State Examination (MMSE)-stato cognitivo del paziente, Geriatric Depression Scale (GDS)-depressione, Barthel Index of Independence in Activities of Daily (ADL-Barthel Index)-indipendenza funzionale nelle attività di base della vita quotidiana, Mini Nutritional Assessment (MNA)-stato nutrizionale, Cumulative Illness Rafting Scale Geriatrica (CIRS-G)-comorbidità, e la Tinetti Performance Oriented Mobility Assessment (POMA)-rischio di cadute.

**RISULTATI** L'età degli assistiti è di anni  $86 \pm 7,1$ , mentre quella dei caregivers  $58,9 \pm 11,9$ . Essi sono prevalentemente di genere femminile: 66 assistite e 83 caregivers. Tra i risultati socio-demografici emergono: l'81,7% dei pazienti con un'istruzione di scuola elementare, il 39,4% dei caregivers scuola media inferiore, il 100% degli assistiti è pensionato (di cui il 66,3% vedovo), il 57,6% dei caregivers è pensionato ed il 26,9% a lavoro dipendente, il 62,5% dei caregivers è figlio dell'assistito ed il 15,3% ne è il coniuge. Nella valutazione dei pazienti si segnala che solo a 37 su 104 di essi è stato possibile somministrare il MMSE, a causa del loro importante disorientamento spazio-temporale, ed il 56,7% è risultato di gravità moderata o grave. Stando alla GDS, la maggior parte non presenta depressione, l'82,6% è totalmente dipendente nelle ADL, il 69,2% risulta malnutrito secondo la MNA, l'87,5% per la Tinetti POMA è allettato, infine, per quanto riguarda la CIRS-G emerge un Indice di Gravità medio-alta (61,5%), con un punteggio medio di  $2,92 \pm 0,52$ . Nell'analisi dei caregivers, il CBI è medio-basso per il 65,3% di essi, con un picco di "time-dependence burden" per il 63,4%, mentre un "emotional burden" (che considera ad es. il senso di imbarazzo o risentimento) molto basso per il 91,3%. Secondo la FSQ-SF, il 75,9% dei caregivers, con un punteggio medio di  $15,61 \pm 5,88$ , ha un livello di stress di grado evidente e sarebbe opportuno rivolgersi ad uno psicologo per una valutazione/intervento di sostegno. Infine, considerando il POMS, il 50% dei caregivers ha uno stress di grado lieve, con un valore medio di  $32,4 \pm 13,5$ .

**LIMITI** La ridotta numerosità campionaria pone dei limiti alla validità esterna dello studio.

**CONCLUSIONI** Così come rilevato dalla letteratura scientifica nazionale ed internazionale, la correlazione tra il MMSE con uno dei 3 test sottoposti ai caregivers per valutare lo stress e la correlazione tra le scale Barthel-ADL e Tinetti con una delle scale di valutazione dello stress, non sono state statisticamente significative. Studi maggiormente approfonditi necessitano d'essere svolti magari, con l'aggiunta di una scala per valutare il paziente a livello psichiatrico. La CGA potrebbe diventare un ottimo mezzo oggettivo di tipo socio-sanitario per predire l'impatto che il prendersi cura dell'assistito potrà avere sulla famiglia, in primis il caregiver principale, una volta avvenuta la dimissione.

**Autore per la corrispondenza:** Gatti Chiara – AOU Ospedali Riuniti di Ancona – Email: [chiaragatti91@libero.it](mailto:chiaragatti91@libero.it)

## 81. Progettazione di ambulatori complementari presso il DEA di Rivoli (ASLTO3): ridurre i tempi di attesa e razionalizzare i percorsi

Giacometti Marika, Minniti Davide, Morelli Pamela, Piolatto Alberto, Denaro Roberto, Valobra Monica, Cibinel Gian Alfonso, Rebora Monica, Boraso Flavio

ASLTO3

**BACKGROUND** Negli ultimi tempi è sempre più frequente che presso i diversi DEA ospedalieri, si registri la presenza di pazienti che, pur necessitando di approfondimento diagnostico o di rivalutazione clinica a breve scadenza, non manifestano in realtà situazioni cliniche che facciano presupporre un rischio *quad vitam* o ad *valetudinem* nel proseguire tali accertamenti per via ambulatoriale. Si tratta prevalentemente di pazienti afferenti all'area medica i quali, una volta garantito il corretto percorso post dimissione dal DEA, potrebbero rientrare a domicilio con conseguente decongestionamento del Pronto Soccorso e beneficio in termini di umanizzazione del percorso.

**OBIETTIVI** Elaborare un percorso personalizzato per questa tipologia di pazienti al fine di garantire che, con le tempistiche più appropriate, a seconda del caso, il paziente possa fare rapidamente ritorno al domicilio ed accedere successivamente presso la struttura ospedaliera per una rivalutazione clinica e per l'esecuzione di esami strumentali o di laboratorio. In tale occasione sarà anche possibile programmare eventuali consulenze specialistiche, se ritenute necessarie.

**METODI** Apertura di un servizio complementare al DEA in cui i medici del Pronto Soccorso possono rivalutare i pazienti già visitati presso il DEA, fuori dall'area del Pronto Soccorso, a distanza di qualche giorno, per giudicarne l'andamento clinico e l'eventuale risposta alla terapia. Si tratta di un follow up programmato che permette al paziente di completare il proprio iter diagnostico trascorrendo solo il tempo necessario all'interno del Pronto Soccorso e permettendo a molti pazienti una dimissione precoce senza che ne venga pregiudicata la sicurezza e l'assistenza.

**RISULTATI** È stato creato in via sperimentale un apposito ambulatorio di "Medicina d'Urgenza". Si prevede di implementare il servizio inizialmente in fase sperimentale e di programmarne la piena operatività solo previa valutazione in itinere. Verrà effettuata una valutazione pre e post intervento relativamente a: - tempo medio di permanenza in PS; - tempo medio di attesa pre ricovero.

**LIMITI** Ai fini di garantire la corretta assistenza a tutti i pazienti sarà necessario stabilire dei precisi protocolli di presa in carico del paziente e sarà necessario stabilire delle congrue tempistiche di intervento.

**CONCLUSIONI** L'introduzione di un ambulatorio complementare di Medicina di Urgenza pone l'obiettivo di ridurre la permanenza in DEA di quei pazienti che, non avendo necessità di ricovero, potrebbero essere dimessi precocemente e beneficiare di un follow up programmato successivo. Tra i vantaggi attesi, quindi, vi è la riduzione del tempo di permanenza in PS e la riduzione dei ricoveri inappropriati con conseguente riduzione globale del tempo di attesa del ricovero. Tale progetto si inserisce nel più ampio progetto di Riorganizzazione del Dipartimento di Emergenza che vedrà coinvolta anche l'Area di degenza attraverso la progettazione di una Holding Unit.

**Autore per la corrispondenza:** Alesina Marta – Università degli Studi di Torino – Email: [marta.alesina@unito.it](mailto:marta.alesina@unito.it)

## 82. Analisi descrittiva dell'attività del Centro di Medicina del Viaggiatore di Perugia, USL Umbria1

Gianfredi Vincenza<sup>1</sup>, Fusco Moffa Iginio<sup>2</sup>, Moretti Massimo<sup>1</sup>, Gigli Massimo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Università degli Studi di Perugia, <sup>2</sup>USL Umbria1

**BACKGROUND** I rapidi spostamenti hanno permesso una maggiore mobilità delle persone. Dati ISTAT stimano che i viaggi effettuati dai cittadini italiani sono stati poco più di 66 milioni nel solo 2016. Il 17,2% dei viaggi effettuati hanno avuto come mete una località estera, con particolare predilezione verso i paesi europei (9,8%), sebbene Stati Uniti, Cina e Tunisia risultano tra i paesi extra-europei principalmente visitati. Secondo il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale 2017-2019, in funzione delle mete di destinazione, è consigliato effettuare le vaccinazioni per le seguenti malattie: colera, encefalite giapponese, encefalite da zecche, epatite A, febbre gialla, febbre tifoide, meningite meningococcica e rabbia. I Centri di Medicina del Viaggiatore rappresentano, pertanto, il punto di riferimento della cittadinanza, per l'espletamento della profilassi immunologica, attraverso la somministrazione di vaccini. Contestualmente viene sempre effettuato anche un counselling pre-viaggio inerente sia i rischi legati alla meta che alle modalità di prevenzione.

**OBIETTIVI** Obiettivo del presente lavoro è stato quello di descrivere la casistica degli accessi e delle prestazioni vaccinali relative all'anno 2016, effettuate presso il centro di Medicina del Viaggiatore dell'Usl Umbria1. Come obiettivo secondario è stato sviluppato un software di informatizzazione dei dati per l'archiviazione e la gestione operativa del Centro.

**METODI** È stato utilizzato il software Microsoft Access® per la creazione di una banca dati. Ogni paziente-viaggio ha rappresentato un nuovo record all'interno del data base. Per ogni utente sono state raccolte informazioni relative alla condizione clinica, alla tipologia di viaggio e allo stato vaccinale. Il database è stato protetto da password. Solo gli operatori coinvolti nel progetto avevano accesso ai dati. I dati raccolti sono stati analizzati con il software STATA. Non disponendo del denominatore corretto rappresentato dal flusso turistico in uscita, è stato utilizzato come denominatore la popolazione totale residente con disaggregazione per classi di età.

**RISULTATI** Sono state registrate e archiviate 891 cartelle relative all'anno 2016, di cui 53.3% (475) maschi, età media  $35.33 \pm 0.58$  IC95% (34.19-36.47). Il 48.2% degli affluenti dichiara di possedere un titolo di laurea. L'80% del campione è di origine italiana, mentre tra gli stranieri, l'affluenza maggiore è stata registrata tra soggetti originari della Costa d'Avorio, Nigeria, Marocco, Mali, Camerun ed Ecuador. La media di accessi per soggetto è stato di 1.2, registrando una maggiore affluenza nei mesi estivi (giugno luglio ed agosto rispettivamente con 94, 93, 121 accessi) e dicembre con 81 accessi/mese. La vaccinazione maggiormente effettuata è stata colera (568 dosi), seguita da tifo orale (560 dosi), prima dose di anti-epatite A (516 dosi) e febbre gialla (416 dosi). Confrontando i dati ottenuti con la popolazione residente, il tasso di accesso al servizio è stato del  $1.8 \times 1000$  residenti.

**LIMITI** Il limite maggiore del presente lavoro è l'assenza di un denominatore che impedisce di effettuare considerazioni relative alla capacità di intervento preventivo nella sottopopolazione dei viaggiatori. Inoltre il disegno retrospettivo dello studio ha comportato dei limiti intrinseci, come ad esempio la presenza di dati incompleti.

**CONCLUSIONI** Alla luce del crescente flusso turistico e migratorio, il ruolo dei centri di Medicina del Viaggiatore assume oggi ancora più importanza. Infatti, per poter tutelare la salute del viaggiatore, è estremamente importante, il compito di counselling. I centri di medicina del viaggiatore rappresentano dei luoghi privilegiati in cui effettuare corretta informazione circa le metodiche preventive e le buone norme da seguire durante i viaggi, soprattutto nelle aree con alta incidenza di malattie infettive. Inoltre, rappresentano il punto di riferimento della cittadinanza per l'espletamento della profilassi immunologica, attraverso la somministrazione di vaccini.

**Autore per la corrispondenza:** Gianfredi Vincenza – Università degli Studi di Perugia – Email: enza.gianfredi@hotmail.it

### 83. Consumo di tè verde e riduzione del rischio di tumore al seno: revisione sistematica e meta-analisi

Gianfredi Vincenza<sup>1</sup>, Abalsamo Angela<sup>1</sup>, Nucci Daniele<sup>2</sup>, Acito Mattia<sup>1</sup>, Villarini Milena<sup>1</sup>, Moretti Massimo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Università degli Studi di Perugia, <sup>2</sup>Istituto Oncologico Veneto IOV-IRCCS

**BACKGROUND** Il tumore al seno è il cancro più comune nelle donne dopo quelli cutanei. Nelle donne, rappresenta il 16% di tutti i tumori nel mondo, mentre in Europa la percentuale sale al 28%. Solo in Italia si stimano circa 50.000 nuovi casi nel 2017. Il trend di incidenza del tumore della mammella in Italia appare in leggero aumento (+0,9% per anno) mentre continua a calare, in maniera significativa, la mortalità (-2,2% per anno). In particolare nella fascia di età oggetto di screening sul territorio nazionale (50-69 anni), l'incidenza è stabile e la mortalità cala dell'1,8%. Il tumore al seno è una patologia multifattoriale in cui crescenti evidenze mostrano un ruolo importante svolto dall'alimentazione.

**OBIETTIVI** Obiettivo del presente lavoro è stato quello di analizzare la letteratura disponibile ed effettuare una meta-analisi al fine di identificare l'eventuale effetto protettivo del tè verde nello sviluppo del tumore al seno.

**METODI** È stata condotta una revisione meta-analitica degli studi epidemiologici. La ricerca è stata effettuata tramite PubMed/Medline e Scopus, selezionando lavori sull'uomo in inglese, in extenso, cross-sectional che riportassero dati di gruppo relativi alla frequenza di tumore al seno e i corrispondenti rischi calcolati, e che indicassero i fattori di confondimento considerati. La selezione degli articoli è stata fatta indipendentemente da due autori e le discrepanze sono state risolte mediante discussione. Per ogni studi incluso è stata valutata la presenza di eventuali bias attraverso il calcolo del quality score. La meta-analisi è stata condotta mediante il software Prometa 3®.

**RISULTATI** Sono stati identificati 96 articoli, di cui 14 inclusi nella valutazione meta-analitica. L'effect size (ES) totale stimato risulta essere ES=0.85 (95% IC= 0.80-0.92) valore ottenuto su 163810 soggetti. Il lavoro appare senza eterogeneità statistica, poiché mostra valori inferiori ai cut-off comunemente accettati. In particolare I<sup>2</sup>= 58.79, T<sup>2</sup>=0.03. Relativamente ai bias di pubblicazione il valore dell'Intercetta è uguale a 0.33 t=0.40 p= 0.695. Anche l'analisi visiva del funnel plot non evidenzia potenziali bias di pubblicazione.

**LIMITI** Non è stato possibile identificare un quantitativo di tè verde in grado di avere effetti benefici, poiché gli studi originali riportavano l'intake attraverso unità di misura differenti.

**CONCLUSIONI** Diversi sono gli stili di vita che hanno un ruolo nello sviluppo e prevenzione del tumore al seno. Negli ultimi anni, la comunità scientifica, ha posto sempre più attenzione verso l'alimentazione, riconoscendo come una dieta di tipo Mediterraneo riduca il rischio di neoplasia. Gli antiossidanti presenti nel tè verde hanno mostrato effetti protettivi in studi in vitro e in vivo. Tuttavia, l'efficacia nell'uomo non ha ottenuto ancora risultati conclusivi. I valori di ES ottenuti suggeriscono un effetto protettivo del tè verde nel prevenire lo sviluppo del tumore della mammella.

**Autore per la corrispondenza:** Gianfredi Vincenza – Università degli Studi di Perugia – Email: enza.gianfredi@hotmail.it



## 84. A più ampio respiro: il PDTA interaziendale per BPCO e asma (ASL AL/AO di Alessandria)

Gilberto Gentili, Elide Azzan, Guglielmo Pacileo

ASL AL

**BACKGROUND** La BPCO e l'asma sono malattie croniche diffuse che rappresentano in maniera paradigmatica tutta una serie di difficoltà delle aziende sanitarie nel garantire la presa in carico delle cronicità: elevata prevalenza di pazienti non in carico, inappropriata prescrizione, bassa aderenza alla terapia, costi collegati ai ricoveri.

**OBIETTIVI** La ASL AL e l'AO di Alessandria hanno sviluppato un progetto di rafforzamento della presa in carico per i pazienti con BPCO e asma attraverso lo sviluppo di un pdta condiviso frutto di un approccio inclusivo di tutti gli attori e gli stakeholder coinvolti.

**METODI** Lo sviluppo del PDTA passa attraverso quattro domande essenziali: quanti sono i pazienti? Quanto sono aderenti agli standard di cura? Quante risorse le aziende devono mettere a disposizione? Quali azioni devono mettere in atto per aumentare il valore collegate ai processi erogativi sanitari? Per dare risposta a queste domande sono stati istituiti due gruppi di lavoro: un gruppo di lavoro aziendale (ASL AL) composto da referenti della direzione sanitaria, controllo di gestione, farmacia, oltre a specialisti pneumologi. Un secondo gruppo di lavoro interaziendale a sua volta composto da referenti della direzione sanitaria, direzione medica di presidio, farmacia, distretto, direzione delle professioni sanitarie, oltre a medici specialisti (pneumologi, internisti e fisiatri) e medici di medicina generale. L'identificazione dei pazienti è avvenuta analizzando le prestazioni consumate dai cittadini residenti nei territori di competenza della ASL, registrate nei database amministrativi. Gli algoritmi sono stati costruiti sulla base della letteratura. Per la BPCO sono stati presi in considerazione due flussi amministrativi (anni 20102-2016): SDO (ricoveri per la BPCO) e farmaceutica (tracciando i consumi non sporadici di farmaci con ATC R03\*). Sono stati esclusi i pazienti con consumi sicuramente riferibili all'asma. Sono stati inclusi solo pazienti con almeno 45 anni di età. Per quanto riguarda i pazienti con asma sono stati presi in considerazione (anni 20102-2016): SDO (ricoveri per asma) e farmaceutica (tracciando i consumi non sporadici di farmaci con ATC R03\*), sono stati inclusi solo i pazienti età compresa tra 16 e 70 anni. Il passaggio successivo è consistito nell'agganciare ai codici identificativi dei pazienti tutti i database amministrativi disponibili (data linkage). Al gruppo di lavoro interaziendale è stato affidato il compito di progettare il PDTA identificando le azioni clinico - organizzative migliorative e gli standard di percorso da garantire ai pazienti. Il PDTA sarà condiviso preventivamente con le associazioni impegnate nella tutela della salute dei cittadini.

**RISULTATI** Il numero di pazienti intercettati per la BPCO (9.269) è risultato pari al 3,7% della popolazione di età = 45 anni, con un'età media pari a 74 anni. Il costo medio delle prestazioni consumate in un anno dai pazienti con BPCO è risultato essere pari a 4.552 euro (49% per ricoveri, 40% per farmaci, 11% per la specialistica): il 10% è dovuto a ricoveri e consumi di farmaci riferibili alla BPCO. Per quanto riguarda l'asma sono stati intercettati 141.023 pazienti (pari al 2,5% della popolazione con età = 16 anni). È in fase di elaborazione la progettazione del PDTA per BPCO e asma mirata a condividere gli standard di erogazione dei servizi finalizzati a garantire ai pazienti le prestazioni necessarie rispetto al bisogno di salute. Il passaggio conseguente sarà quello di intervenire sulla rete di offerta attraverso una maggiore integrazione tra setting assistenziali differenti.

**LIMITI** Il PDTA è ancora in fase di elaborazione, si prevede di pubblicarlo entro Aprile 2018.

**CONCLUSIONI** È riconosciuta da tempo la difficoltà nello stimare la prevalenza della BPCO. La prevalenza in Italia è pari al 5,3%, ma solo una parte di questi ha ricevuto una corretta diagnosi. In Gran Bretagna, ad esempio, si stima che su 3 milioni di pazienti con BPCO solo 900.000 (30%) hanno ricevuto una corretta diagnosi. Nel nostro caso la percentuale di persone che appare avere ricevuto una diagnosi corrisponderebbe al 70%. Lo stesso problema di un elevato numero di persone non in carico ai sistemi si rileva nell'asma. Nel nostro caso a fronte di una prevalenza attesa del 5% la popolazione che risulta seguita è pari al 2,5%. La costruzione del PDTA per BPCO e asma a partire dai dati registrati dai flussi amministrativi correnti consente di: stimare la dimensione del bisogno di salute; valutare l'impegno economico delle aziende; fondare i meccanismi di monitoraggio dell'aderenza agli standard di percorso attesi su database robusti e alimentati automaticamente consentendo di rendere routinarie le operazioni di verifica. Il coinvolgimento di tutti gli stakeholder nella elaborazione del PDTA è a sua volta premessa necessaria di un approccio condiviso allo sviluppo di modelli di presa in carico da un lato aderenti alle evidenze e ai bisogni dei pazienti dall'altro calati all'interno dei contesti organizzativi e professionali.

**Autore per la corrispondenza:** Pacileo Guglielmo – ASL AL – Email: gpacileo@aslal.it



## 85. La relazione terapeutica tra l'infermiere in salute mentale e la persona assistita: studio qualitativo

Girotti Susi<sup>1</sup>, Rossella Botta<sup>2</sup>, Marchetti Mara<sup>2</sup>

<sup>1</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona, <sup>2</sup>Università Politecnica delle Marche

**BACKGROUND** Il nucleo della pratica dell'infermiere in salute mentale è la relazione terapeutica. La relazione tra infermiere e persona assistita può essere definita come “una comunicazione significativa che favorisce onestà, umiltà e rispetto reciproco e si basa sulla una partnership negoziata tra il paziente e il professionista”. La relazione terapeutica è riconosciuta come pilastro dell’assistenza infermieristica in salute mentale. L’American Psychological Association (APA) afferma che fattori relazionali come empatia, congruenza e collaborazione sono indispensabili, nel raggiungere l'obiettivo, per l'infermiere che vuole stabilire un'alleanza terapeutica con la persona assistita. In letteratura non sono presenti studi che descrivono come effettivamente l'infermiere gestisce la relazione terapeutica con l'assistito nella pratica clinica.

**OBIETTIVI** Indagare gli aspetti della relazione che si instaura tra la persona assistita e l'infermiere, nei contesti ospedaliero (unità operativa SPDC) e territoriale (CSM).

**METODI** È stato condotto uno studio qualitativo fenomenologico su due gruppi di infermieri appartenenti ad una unità operativa di Psichiatria e ad un Centro di Salute Mentale. Il campionamento, avvenuto secondo una modalità di convenienza, è avvenuto fino a saturazione dei dati, nel periodo agosto-ottobre 2017. Gli infermieri sono stati arruolati su base volontaria, individuati tramite conoscenza diretta o indiretta dei ricercatori. La raccolta dati è avvenuta attraverso interviste face to face, condotte da un unico ricercatore, audio-registrate, trascritte e analizzate con metodo Colaizzi. Ai partecipanti veniva posta la seguente domanda “Quali competenze dovrebbe avere l'infermiere per instaurare una buona relazione con la persona con problemi di salute mentale?”. In seguito alle interviste, è stato somministrato un questionario contenente una scheda raccolti dati generali e una sintetica scheda che indaga le modalità di realizzazione delle relazione terapeutica nella pratica clinica, attraverso 7 affermazioni con 4 opzioni di risposta multipla su scala Likert (da “assolutamente in disaccordo” a “assolutamente d'accordo”). L'analisi del questionario è avvenuta con statistica descrittiva.

**RISULTATI** L'indagine ha coinvolto 14 infermieri, prevalentemente di genere femminile (57%), 9 appartenenti al CSM e 5 al SPDC, con età media 46,6 anni (DS 8,3). Il 57,1% ha scelto di lavorare nell'area della salute mentale. Dalle interviste è emerso che l’approccio con la persona assistita deve essere cauto e delicato e l’infermiere si deve avvalere di buone competenze relazionali (ascolto attivo, counseling) per instaurare un rapporto di fiducia con la persona assistita. I principali ostacoli alla relazione terapeutica sono l’aggressività del paziente e la chiusura del paziente al dialogo. Inoltre, per gli infermieri del CSM, la relazione deve essere empatica purchè si mantenga il distacco professionale. All’interno del gruppo CSM è risultato importante predisporre un setting tranquillo per il colloquio con la persona assistita. La relazione viene vissuta in maniera positiva dagli operatori, i quali affermano che la relazione terapeutica migliora gli esiti assistenziali. Dall’analisi quantitativa è emerso un elevato grado di accordo con gli items proposti; in particolare, il 93% degli intervistati dichiara di usare la relazione come base per una buona assistenza infermieristica. Genuinità, empatia, accettazione e collaborazione permettono al 100% degli intervistati di sviluppare un rapporto di fiducia con la persona assistita nella pratica clinica. Il 93% dichiara di adattare strategie terapeutiche quando incontra resistenze da parte dell’assistito.

**LIMITI** La scheda creata per l’indagine quantitativa non è validata.

**CONCLUSIONI** La relazione terapeutica viene considerata fondamentale dagli infermieri che lavorano nel setting della salute mentale, aiuta l'assistito ad aderire alla terapia e migliora gli esiti assistenziali.

**Autore per la corrispondenza:** Girotti Susi – AOU Ospedali Riuniti di Ancona – Email: susi.girotti@libero.it

## 86. Clima organizzativo percepito dagli infermieri: studio osservazionale

Girotti Susi<sup>1</sup>, Stella Mattia<sup>2</sup>, Dignani Lucia<sup>1</sup>

<sup>1</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona, <sup>2</sup>Università Politecnica delle Marche

**BACKGROUND** La qualità delle cure erogate alle persone assistite e la loro soddisfazione sono correlate anche alla soddisfazione dei professionisti, e questa sembra essere determinata dall'empowerment del posto di lavoro. La valutazione dell'empowerment permette di valutare indirettamente il clima organizzativo, dando vita ad un percorso di analisi delle strategie aziendali e definizione di interventi che tengano conto anche delle indicazioni e dei suggerimenti giunti dai propri collaboratori. Molte strutture negli ultimi anni stanno dedicando particolare attenzione ad aspetti come l'analisi di clima organizzativo, partendo dalla rilevazione dello stesso, per poi attuare interventi formativi e strategie di miglioramento.

**OBIETTIVI** Indagare il clima organizzativo percepito dagli infermieri.

**METODI** È stato condotto uno studio osservazionale descrittivo monocentrico, che ha coinvolto 12 unità operative dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona, afferenti all'area critica, medica e chirurgica, selezionate secondo modalità di convenienza. La raccolta dati è avvenuta nel periodo giugno-settembre 2017 mediante auto somministrazione del Questionario per la Rilevazione dell'Empowerment dei Professionisti in Sanità - realizzato e validato nel 2014 dall'Agenas. Lo strumento è composto da dieci aree di indagine (Comfort ambiente di lavoro- Aggiornamento- Informazione: suddiviso per ambito di Azienda e di Unità Operativa- Esercizio dell'attività lavorativa- Soddisfazione- Meccanismi premianti /avanzamento di carriera- Identificazione: suddiviso per ambito di Azienda e di Unità Operativa- Relazioni- Salute e Sicurezza – Malessere), a cui segue una breve scheda dati generali del compilatore. Ogni area viene indagata mediante item specifici (complessivamente 40 items), con risposta su scala Likert a 4 opzioni: "insufficiente- mediocre- sufficiente- buono" per l'area n.1 (del Comfort), "per nulla- poco- abbastanza- molto" per tutte le altre aree (dalla 2 alla 10). I dati raccolti sono stati elaborati mediante statistica descrittiva.

**RISULTATI** Hanno partecipato allo studio 254 infermieri su 318 (tasso di risposta= 80%), prevalentemente di genere femminile (68%), con età media di 37,4 anni (DS=7,48), che lavorano nell'unità operativa di appartenenza, in media, da 7,5 anni (DS=7,0). L'80% del campione ha un contratto a tempo indeterminato, il 45% ha almeno una persona (figli, genitori o partner) a carico, l'80% lavora su turni. Le principali criticità emerse riguardano le aree: meccanismi premianti (84% di risposte negative), trasferimento informazioni (66% di risposte negative), identificazione con l'azienda (64% di risposte negative), aggiornamento (60% di risposte negative). Gli aspetti positivi riguardano le aree malessere (27% di risposte negative) e identificazione con l'unità operativa (32% di risposte negative). Confrontando i vari setting, quello medico ha riportato la minor percentuale di risposte negative (soprattutto nelle aree identificazione con l'unità operativa, soddisfazione, esercizio dell'attività lavorativa), probabilmente per le strategie dipartimentali finalizzate al benessere organizzativo, intraprese negli ultimi tre anni.

**LIMITI** Lo studio condotto è di tipo monocentrico; questo ne costituisce il principale limite.

**CONCLUSIONI** È opportuno incentivare un empowering leadership style e migliorare il benessere degli infermieri (da monitorare costantemente). Il fine ultimo, oltre all'attenzione alla salute degli operatori, è la garanzia di un'assistenza di qualità per la persona assistita.

**Autore per la corrispondenza:** Girotti Susi – AOU Ospedali Riuniti di Ancona – Email: susi.girotti@libero.it

## 87. Conoscenze e attitudini degli infermieri sulla gestione del delirium: studio osservazionale descrittivo

Girotti Susi<sup>1</sup>, Troiani Veronica<sup>2</sup>, Dignani Lucia<sup>1</sup>

<sup>1</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona, <sup>2</sup>Università Politecnica delle Marche

**BACKGROUND** Il delirium è un'alterazione dello stato psichico, che si manifesta con perdita dell'attenzione, allucinazioni e disorientamento spazio-temporale; è una condizione comune e grave nel paziente ospedalizzato, che insorge in maniera acuta. Non colpisce solo i soggetti affetti da malattia psichiatrica, ma raggiunge elevati tassi di prevalenza nel paziente anziano (42%) e nei pazienti che si sottopongono a interventi chirurgici, come interventi di cardiocirurgia (55%) o di protesi d'anca (65%). I fattori scatenanti sono molteplici: fondamentali sono la valutazione del rischio e l'attuazione di interventi di prevenzione. Il delirium e il trattamento dello stesso (contenzione fisica e farmacologica) determinano un incremento di morbidità e mortalità: conseguenze frequenti, anche per una prolungata immobilizzazione a letto, sono infatti incontinenza, ritenzione urinaria, atelettasia polmonare, lesioni da pressione, incapacità di provvedere alla propria alimentazione ed igiene personale. Nonostante l'approccio primario raccomandato sia essenzialmente empatico e relazionale, nella pratica clinica è molto diffusa la somministrazione di farmaci calmanti e sedativi, con il rischio di incorrere nei numerosi effetti collaterali ad essi correlati.

**OBIETTIVI** Indagare conoscenze e attitudini infermieristiche relative alla gestione del delirium e alla contenzione farmacologica nel paziente ospedalizzato.

**METODI** È stato condotto uno studio osservazionale descrittivo che ha coinvolto 12 unità operative appartenenti ai setting: medico, chirurgico, di area critica e psichiatrico. L'indagine si è svolta nel periodo Maggio-Settembre 2017, sul campione totale degli infermieri appartenenti alle unità operative selezionate, mediante auto somministrazione di un questionario costruito ad hoc, sulla base delle evidenze attualmente disponibili. Lo strumento, anticipato da una scheda dati socio-demografici del campione, è costituito da tre sezioni: la prima indaga quali farmaci vengono maggiormente somministrati nella gestione degli episodi acuti di delirium, e di questi la via di somministrazione (4 opzioni di risposta); nella seconda sezione sono presenti 11 domande relative alle attitudini infermieristiche (risposte secondo il grado di frequenza e di accordo su scala Likert a 4 opzioni); infine, la terza sezione relativa alle conoscenze è composta da 15 domande con opzione di risposta dicotomica Vero o Falso. Complessivamente gli items indagano: eziologia, modalità di prevenzione e fattori di rischio per lo sviluppo di delirium, le principali modalità di trattamento farmacologiche e non (tra cui gli interventi sulla sfera ambientale e della comunicazione), gli aspetti generali del delirium post operatorio. I dati sono stati elaborati con statistica descrittiva.

**RISULTATI** Sono stati coinvolti complessivamente 281 infermieri, il tasso di risposta è stato del 65,5% (n=184). Il campione è prevalentemente di genere femminile (63%), con età media di 38 anni (DS=8,5); il 60% ha acquisito il titolo abilitante attraverso la laurea triennale. I farmaci per la gestione degli episodi acuti di delirium vengono somministrati soprattutto per via orale (62%); si ricorre anche all'uso di benzodiazepine per via endovenosa (18%). Nella pratica clinica quotidiana, si osservano cadute e peggioramento dello stato cognitivo (a seguito della somministrazione dei farmaci a scopo contenitivo) nel 48,9% dei casi; il 57,6% del campione dichiara che i metodi di contenzione farmacologica si associano a contenzione fisica; solo nel 28% dei casi vengono attuati interventi comportamentali e non farmacologici; nel 33,2% dei casi non vi è alcuna valutazione in ingresso dei fattori di rischio predittivi di delirium. Le principali lacune conoscitive riguardano la via di somministrazione d'elezione i farmaci sedativi (68% di risposte errate), la possibile influenza di parametri intraoperatori nella manifestazione del delirium (53% di risposte errate), la valutazione del rischio di delirium (42% di risposte errate), le modalità di prevenzione del delirium, l'utilità dei comportamenti non verbali (37,5% di risposte errate).

**LIMITI** Lo studio è monocentrico; non è disponibile in letteratura uno strumento validato per lo scopo dello studio.

**CONCLUSIONI** Sarebbe utile proporre interventi formativi ed organizzativi (come l'uso di scale validate per la valutazione dei fattori di rischio di delirium) al fine di migliorare le azioni dei professionisti nella pratica clinica.

**Autore per la corrispondenza:** Girotti Susi – AOU Ospedali Riuniti di Ancona – Email: susi.girotti@libero.it

## 88. Refrattarietà dell'uso degli equivalenti in Italia: correlazione tra opinione di MMG e Farmacisti, immaginario collettivo popolare e loro utilizzo

Giua Corrado<sup>1</sup>, Pedrazzini Ambra<sup>1</sup>, Franceschini Ilaria<sup>2</sup>, CPSR<sup>1</sup>, Minghetti Paola<sup>2</sup>

<sup>1</sup>SIFAC - Società Italiana di Farmacia Clinica, <sup>2</sup>Università degli Studi di Milano

**BACKGROUND** In Italia, benché il consumo dei farmaci equivalenti abbia segnato un incremento negli ultimi anni, non raggiunge comunque le quote di utilizzo degli altri Paesi Europei. La refrattarietà del loro impiego nel nostro Paese non è attribuibile alla sola percezione dei pazienti ma è probabilmente subordinata alla considerazione primaria di Farmacisti e Medici in merito al loro utilizzo.

**OBIETTIVI** L'obiettivo di questo studio è quello di indagare la natura delle perplessità che limitano l'uso dei medicinali equivalenti e favoriscono una scorretta informazione al paziente.

**METODI** Il disegno dello studio prevede due fasi: una prima indagine quantitativa e una successiva qualitativa. L'indagine quantitativa è stata effettuata su un campione di 200 intervistati tra Farmacisti e MMG. Da tale indagine è stato selezionato un cluster di 103 professionisti sanitari particolarmente refrattari agli equivalenti, denominati "responders". I responders sono stati sottoposti ad un'indagine qualitativa *de visu* attraverso dei questionari elaborati ad hoc, da cui emergessero le maggiori criticità legate all'impiego dei medicinali equivalenti.

**RISULTATI** I dati dell'indagine condotta sul campione selezionato di medici e farmacisti refrattari all'impiego, ha fornito risultati sorprendenti: l'85% dei MMG refrattari ritiene che l'efficacia dei bioequivalenti sia garantita solo per alcune classi di farmaci mentre il 36% dei farmacisti è convinto che la qualità sia differente a seconda delle ditte produttrici. La maggiore refrattarietà in termini di qualità, sicurezza ed efficacia, per il 60% dei Farmacisti e per il 73% degli MMG, si rende maggiormente evidente in caso di medicinali utilizzati per il trattamento di patologie croniche, dove, considerata la serietà della condizione, l'uso del generico non sembra essere totalmente affidabile. Uno dei principali motivi che offre, secondo il campione selezionato, una spiegazione alla diversità tra i medicinali originator e generici è dovuto alla diversità degli eccipienti che vengono impiegati per la produzione dello stesso farmaco. Dall'indagine viene infine raccolto un dato interessante circa il ruolo dei professionisti sanitari che operano nel territorio in merito alla promozione dell'uso dei medicinali equivalenti: il 54% dei medici e l'82% dei farmacisti ripropone al paziente l'originatore se questo si dichiara non totalmente convinto dell'efficacia del farmaco equivalente, senza indagare il motivo o rassicurarlo.

**LIMITI** Lo studio ha permesso di rilevare un numero cospicuo di medici e farmacisti refrattari all'impiego degli equivalenti. Tale refrattarietà si traduce in una sofisticata informazione rivolta al paziente, il quale si sente confuso a riguardo e addirittura esposto a possibili pericoli per la propria salute.

**CONCLUSIONI** L'equivalente viene dunque visto, nell'immaginario collettivo, come un mero strumento di risparmio economico a scapito della qualità del prodotto e quindi della salute del cittadino. In una società evoluta l'impiego del medicinale equivalente dovrebbe essere interpretato, specialmente dal personale sanitario, come la possibilità di liberare risorse economiche pubbliche da investire in innovativi farmaci salvavita per l'eradicazione di patologie ad oggi incurabili, pur garantendo la stessa qualità sicurezza ed efficacia terapeutica. È necessario dunque insistere sulla diffusione di chiare e corrette informazioni attraverso un approccio trasversale ed esteso a tutti gli interlocutori coinvolti nel sistema: MMG, farmacisti e pazienti.

**Autore per la corrispondenza:** Pedrazzini Ambra – SIFAC - Società Italiana di Farmacia Clinica –  
Email: pedrazzini.ambra@gmail.com

## 89. Prevenzioni infezioni sito chirurgico: implementazione delle linee guida OMS 2016

Giuliani Maurizio<sup>1</sup>, Stornelli Muzio<sup>2</sup>, Maddalena Chiuchiarelli<sup>2</sup>, Matteo Di Stefano<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Università degli Studi dell'Aquila, Casa di Cura Privata "Di Lorenzo"

**BACKGROUND** Le infezioni correlate alle procedure assistenziali hanno da sempre rappresentato un "inaspettato, ma prevedibile" prolungamento delle cure, aumento della spesa in carico alla struttura e, non di meno, un disagio per il paziente. L'OMS definisce le infezioni correlate all'assistenza, come quelle infezioni acquisite dai pazienti mentre ricevono cure e rappresentano l'evento avverso più frequente che colpisce la sicurezza dei pazienti in tutto il mondo. Nella Casa di Cura Privata Di Lorenzo SPA già da alcuni anni è presente un comitato infezioni ospedaliere che monitorizza l'andamento delle infezioni del sito chirurgico. Ogni 6 mesi il Comitato promuove incontri informativi all'interno dei quali vengono analizzate e discusse le principali infezioni rilevate all'interno della Casa di Cura.

**OBIETTIVI** Realizzare un percorso formativo al fine di implementare all'interno della Casa di Cura Di Lorenzo le raccomandazioni contenute nelle suddette Linee Guida OMS 2016 Ridurre le infezioni correlate alle procedure assistenziali, in particolare le infezioni del sito chirurgico. Realizzare un protocollo d'intesa con i Medici di Medicina Generale al fine di valutare le "ferite chirurgiche" dopo la dimissione dalla Casa di Cura, così da avere degli outcome validi.

**METODI** La Casa di Cura è dotata di cartella clinica integrata informatizzata, all'interno della quale è prevista una scheda di Rilevazione Infezione Ospedaliere (manifestazione clinica a 48 ore dalla accettazione del paziente in struttura). La scheda viene compilata anche in caso di Infezione del Sito chirurgico (alla presenza dei classici segni e sintomi di infezione). Durante il periodo formativo (gennaio-marzo 2017), gli operatori sanitari sono stati formati ed informati riguardo le nuove raccomandazioni da implementare: - ambiente decontaminato in sala operatoria; - bagno preoperatorio; - tricotomia; - igiene delle mani; - normotermia; - controllo glicemia perioperatorio; - irrigazione della ferita chirurgica; - utilizzo medicazioni avanzate; Contemporaneamente è stata inviata una lettera a tutti i Medici di Medicina Generale, all'interno della quale venivano riepilogate le raccomandazioni sopra elencate e le attività da implementare al riguardo.

**RISULTATI** Nel periodo gennaio-novembre 2017 si sono osservate 60 infezioni ospedaliere, pari al 1,6% del totale dei ricoveri (60/2900). Delle 60 infezioni 32 erano donne e 28 uomini, età media anni 69. Le provenienze delle infezioni sono state le seguenti: 17 dal reparto di Medicina, 12 dal reparto di Terapia Intensiva, 31 dal reparto di Chirurgia Generale. All'interno delle 60 infezioni sono state isolate 11 infezioni del sito chirurgico. Le infezioni sono legate a germi comuni (escherichia coli, enterococco, pseudomonas, stafilococco aureo ed epidermidis). Rispetto all'anno 2015 le infezioni del sito chirurgico si sono ridotte del 2%. Inoltre la collaborazione con i Medici di Medicina Generale è nettamente migliorata rispetto all'anno 2015.

**LIMITI** I limiti del presente lavoro sono rappresentati dalla oggettivazione dei sintomi legati alle infezioni del sito chirurgico. Ancora oggi alcuni operatori sovrastimano o sottostimano alcuni segni (dolenza, eritema), ragion per cui nei prossimi mesi sarà opportuno realizzare un ulteriore percorso formativo relativo alle scale di valutazione.

**CONCLUSIONI** In conclusione possiamo affermare che il lavoro che si sta portando avanti è sicuramente migliorabile e perfezionabile. Resta il dato positivo legato alla compliance degli operatori della Casa di Cura Di Lorenzo, i quali, attraverso la formazione hanno acquisito maggiore consapevolezza rispetto alla tematica delle infezioni del sito chirurgico.

**Autore per la corrispondenza:** Stornelli Muzio – Casa di Cura Privata "Di Lorenzo" – Email: stornelli73@gmail.com

## 90. Il ruolo dell'infermiere nell'educazione e formazione del caregiver. (La gestione del paziente anziano fragile a domicilio)

Gouajo Charlene Nadia, Amendola Filomena

*Università degli Studi di Parma*

**BACKGROUND** Questo progetto tesi nasce a seguito dell'esperienza di tirocinio della laureanda in Infermieristica Charlene, presso il Dipartimento di Cure Primarie Distretto di Parma SID Molinetto in ambito di Assistenza Domiciliare Integrata. All'interno del Servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.), l'infermiere domiciliare riveste oltre ad un ruolo professionale rivolto ad identificare i bisogni assistenziali del paziente, anche una funzione educativa intesa non solo come educazione alla salute ma anche come formazione in ambito lavorativo (D.M. 739/94). Il fine educativo dell'infermiere è di migliorare le condizioni di vita del paziente assicurando nel contempo una continua interazione con l'ambiente familiare. L'assistenza infermieristica che viene offerta a domicilio si rivolge quindi sia al paziente sia a chi quotidianamente lo assiste (badante – familiari). Qualora per il paziente sia necessaria una pratica assistenziale infermieristica continua, spetta all'infermiere il compito di educare il caregiver allo svolgimento costante delle pratiche cliniche quotidiane per migliorare la qualità di vita della persona e la sua condizione di disabilità.

**OBIETTIVI** L'obiettivo di questo elaborato è individuare gli strumenti e le procedure formative utilizzate dall'infermiere per educare il caregiver alla gestione dell'anziano fragile nel recupero fisico e psichico a domicilio e valutare l'efficacia della somministrazione di un protocollo infermieristico educativo sulla formazione del caregiver e sulla continuità assistenziale del paziente anziano fragile.

**METODI** Partendo da un'analisi della letteratura, è stato approfondito il tema inerente all'educazione del caregiver, focalizzando l'attenzione sull'efficacia dell'utilizzo di strumenti di apprendimento. L'insieme di strumenti come l'approccio teorico, la formulazione, il raggiungimento degli obiettivi e la verifica delle conoscenze acquisite sono le basi per la costruzione di un protocollo educativo infermieristico che garantisca la migliore formazione al caregiver. L'analisi dei dati ha mostrato che l'uso di un protocollo infermieristico educativo garantisce una corretta formazione del caregiver nelle pratiche assistenziali affidategli, nell'uso di presidi, di ausili, e di altri dispositivi in dotazione al paziente anziano e nella corretta applicazione delle indicazioni terapeutiche e/o farmacologiche affidategli.

**RISULTATI** La revisione che è stata condotta supporta la tesi secondo cui l'educazione e la formazione al caregiver per l'assistenza al soggetto anziano fragile avviene attraverso la pianificazione di attività di formazione seguendo gli obiettivi specificati dalla normativa e stabilendo gli interventi atti a raggiungerli. Il protocollo infermieristico educativo risulta efficace se l'infermiere possiede strumenti idonei alla formazione ed educazione del caregiver (opuscoli, schede tecniche, diari, ecc...). Dall'altro lato il compito di educazione al caregiver da parte dell'infermiere risulta più efficace se il caregiver si predispone ad osservare ed acquisire le prime informazioni, ad eseguire sotto la supervisione ed in autonomia gli interventi assistenziali rivolti al paziente anziano fragile. Questo, oltre che significare un miglioramento della qualità dell'assistenza del paziente anziano fragile, ha creato anche un forte abbassamento del tasso di ospedalizzazione. Secondo il "Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero dati SDO 2015", si osserva una generale diminuzione del volume di attività erogata in termini di ricovero, mostrando una diminuzione di circa il 2.3%, mentre il corrispondente volume di giornate di ricovero si riduce di circa lo 0.9%.

**LIMITI** Mancanza di sperimentazione del protocollo

**CONCLUSIONI** In Italia, l'interesse nei confronti di chi assiste informalmente persone non autosufficienti, divenendo componente attivo delle cure sanitarie e della gestione quotidiana di tutte quelle funzioni che la persona assistita non è in grado di svolgere o non più in grado di svolgere, ha riscontrato grandi evoluzioni sul riconoscimento ed il sostegno di queste figure "legge regionale del 28 marzo 2014, n.2" attraverso azioni formative-educative. Entrando nelle case dei pazienti in assistenza domiciliare si scopre una diversa dimensione rispetto alle cure prestate in regime residenziale. Il paziente, in ambito domiciliare, è gestito sia dal professionista sanitario che dal caregiver, figura presente costantemente. Il caregiver deve essere in grado di riconoscere quali sono le necessità del paziente, imparare a gestire i sintomi, gli orari della terapia, i presidi sanitari, altre volte invece, trovandosi all'improvviso ad affrontare situazioni impreviste o a ricoprire un ruolo al quale non è preparato, necessita di informazione e di formazione da parte del personale di assistenza professionale. Risulta, quindi, di fondamentale importanza il ruolo dell'infermiere domiciliare nell'educazione e formazione del caregiver nelle pratiche di continuità assistenziale sul paziente anziano fragile.

**Autore per la corrispondenza:** Amendola Filomena – Università degli Studi di Parma – Email: famendola@ausl.pr.it

## 91. Farmaco-logico: progetti di formazione indipendente sul farmaco

Iaboli Luca<sup>1</sup>, Caselli Luana<sup>2</sup>, Cattani Sergio<sup>3</sup>, Esposito Sofia<sup>4</sup>, Miselli Mauro<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Azienda USL di Modena, <sup>2</sup>L-INK Project, <sup>3</sup>Libero Professionista, <sup>4</sup>Videomaker, <sup>5</sup>Laurea in Farmacia

**BACKGROUND** La salute è essenzialmente informazione. In un mondo ideale i professionisti sanitari dovrebbero comunicare ai pazienti i benefici, i rischi ed i limiti delle evidenze disponibili. Nello stesso mondo ideale i pazienti dovrebbero possedere le informazioni corrette per porre le domande giuste per prendere decisioni informate in materia di salute così da poter fare una scelta consapevole. Nella pratica quotidiana è complesso avere accesso ad un'informazione indipendente di elevata qualità, sia per la pleora di informazione che per l'intrusione di interessi commerciali mascherati da informazione.

**OBIETTIVI** "Farmaco-logico!" è un progetto nato con l'obiettivo di fare formazione indipendente sulla salute di elevata qualità.

**METODI** Il progetto si sviluppa su tre filoni. 1. Educazione alla salute nelle scuole: un progetto didattico dedicato alle scuole medie e superiori. L'obiettivo è parla-re di farmaci e informazione sponsorizzata agli studenti, stimolando il loro senso critico verso i condizionamenti del mercato e della pubblicità. 2. Medicina a fumetti: Doctor G, un progetto editoriale dedicato a sanitari o laici evoluti per comunicare concetti complessi che riguardano la salute in modo semplice e piacevole, attraverso una graphic novel. L'obiettivo è dimostrare come i numeri della medicina possano ingannare offrendo gli strumenti di base per informarsi, comprendere e orientarsi nella "giungla" dell'offerta sanitaria. 3. Informazione indipendente sui farmaci: "Farmaco-logico", la newsletter dedicata alla formazione dei medici che raccoglie il meglio dell'informazione indipendente sui farmaci dalla rete open access dei bollettini internazionali (ISDB).

**RISULTATI** 1. Educazione nelle scuole: Farmaco-logico è stato finora svolto in 20 classi. I risultati dell'intervento didattico sono stato controllati tramite questionari su 365 studenti. Al centro delle valutazioni le competenze raggiunte nei campi di educazione alla salute, calata nella realtà quotidiana di fronte alle patologie stagionali, e media education, applicata alla pubblicità dei farmaci. 2. Medicina a fumetti: Doctor G è stato "adottato" come strumento di "empowerment" dell'alfabetizzazione biostatistica di base per medici e studenti di medicina da Epidemiologia & Prevenzione, rivista dell'Associazione Italiana di Epidemiologia, e dalla Società Italiana di Statistica Medica ed Epidemiologia Clinica. Ad oggi tradotto in Inglese e in Francese. 3. Informazione indipendente sui farmaci: "Farmaco-logico" è disponibile online al sito [www.farmacologico.it/il-bollettino/](http://www.farmacologico.it/il-bollettino/).

**LIMITI** Progetto autofinanziato con risorse limitate.

**CONCLUSIONI** Il bollettino Farmaco-logico si propone di dare visibilità e aumentare l'accesso alle informazioni indipendenti prodotte dai bollettini internazionali della rete International Society of Drug Bulletin. Le attività di educazione e formazione vogliono rappresentare un'alternativa di qualità nel panorama dell'informazione sulla salute, finanziariamente e intellettualmente indipendente dall'industria farmaceutica.

**Autore per la corrispondenza:** Iaboli Luca – Azienda USL di Modena – Email: [liaboli@hotmail.com](mailto:liaboli@hotmail.com)



## 92. La gestione domiciliare del paziente affetto da demenza: analisi del livello di presa in carico territoriale e dell'impatto sul family caregiver

Iacovozzi Stefano<sup>1</sup>, Colacioppo Paolo<sup>2</sup>, Di Nardo Raffaele<sup>2</sup>, Rosato Manola<sup>2</sup>, Di Renzo Maurizio Rivera<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Università degli Studi G. D'Annunzio Chieti-Pescara, <sup>2</sup>ASL 2 Abruzzo

**BACKGROUND** Gli interventi a favore della persona con demenza sono classicamente distinti in farmacologici, diretti alla sintomatologia cognitiva e psicologico-comportamentale, e non-farmacologici, caratterizzati dallo sviluppo della socializzazione, della terapia occupazionale, del supporto psicologico. In ambito territoriale l'approccio non farmacologico, costruito direttamente sul paziente all'interno del suo contesto familiare, potrebbe fare la differenza nel rallentamento della perdita delle funzioni cognitive. L'analisi della diffusione delle patologie dementigene e delle possibili risposte assistenziali integrate nell'ambito di una piccola comunità rurale getta le basi per lo sviluppo di modelli innovativi nella presa in carico territoriale degli assistiti.

**OBIETTIVI** Ottenere un quadro socio-demografico, rappresentativo della distribuzione della demenza nel territorio considerato e descrivere la situazione odierna dell'assistenza erogata a livello territoriale, allo scopo di formulare proposte valide ed applicabili per incrementare la qualità assistenziale dei pazienti. Descrivere il carico assistenziale al quale sono sottoposti i family caregivers nell'ambito della popolazione presa in considerazione.

**METODI** Studio condotto su un campione casuale di 150 pazienti affetti da demenza, afferenti al DSB di Lanciano (Asl 02 Abruzzo) in regime di prima visita o di follow-up durante l'anno 2017, mediante revisione della documentazione clinica, comprendente dati anagrafici, anamnesi patologica, trattamento farmacologico e valutazione multidimensionale caratterizzata dalla classificazione della patologia per gravità (MMSE) e modello funzionale (ADL, IADL). Successivamente viene estratto casualmente un campione secondario costituito da 50 soggetti, per i quali è stato esaminato il carico assistenziale richiesto ai family caregivers, tramite la somministrazione del Caregiver Burden Inventory.

**RISULTATI** Il campione di 150 pazienti è rappresentato per il 60% da femmine e si caratterizza per l'età media di 82,6 anni (R= 61-94). Rispetto all'eziopatogenesi della demenza si evidenzia la netta prevalenza del Morbo di Alzheimer (56,70%), seguita dalla demenza "mista" (24%), e dalle altre forme, meno rappresentative (demenza vascolare, demenza a Corpi di Lewy, demenza fronto-temporale). La media dei punteggi MMSE ottenuti è di 14,07, indicativo di una forma di patologia grave. La media di ADL conservate è di 1,66 e solo una piccola percentuale di pazienti ha conservato più di 2 Attività di vita quotidiana. Le IADL si attestano su una media decisamente più bassa, in accordo con la rilevazione di attività strumentali, quindi più complesse ed articolate. La prevalenza di caregivers femmine è netta, con una percentuale del 93%; il risultato ottenuto è in correlazione con il grado di parentela del family caregiver rispetto al proprio congiunto, in cui è significativa una netta prevalenza di figure femminili su quelle maschili (34% figlie del paziente, 22% nuore); solo il 18% dei figli maschi ed il 6% di mariti rappresentano il principale family caregiver. La maggior parte dei caregivers (48%) afferma che il tempo dedicato all'assistenza del proprio congiunto incide moltissimo sulla propria esistenza, testimoniando un carico assistenziale notevole; il 68% indica come la propria vita sociale sia fortemente influenzata dal ruolo di caregiver ed il 48% sente che sta perdendo la propria vita. Il 56% nutre moderato risentimento nei confronti del familiare assistito, mentre "un poco di risentimento" e "parecchio risentimento" si attestano entrambe al 22%.

**LIMITI** Dimensione campionaria ridotta. Lo studio rivolto ad una piccola comunità non consente di ottenere risultati generalizzabili all'intera popolazione.

**CONCLUSIONI** In una realtà socio-demografica, come quella della nostra penisola, costellata di borghi e paesini, le piccole comunità rurali offrono un quadro abbastanza chiaro della situazione generale della popolazione; lo studio ci ha infatti permesso di operare alcune riflessioni proprio partendo da una realtà locale, che a tratti è risultata rappresentativa di una situazione generale dei pazienti affetti da demenza e dei loro familiari. La realtà abruzzese però è più complessa, anche se non sono del tutto mancanti i servizi per questi pazienti; mancano però le strutture deputate alla continuità assistenziale ed il supporto al caregiver. Con la LR 43/2016, non ancora applicata, la Regione Abruzzo ha posto al centro la figura del family caregiver, con la creazione di un "Caregiver day", mirando a creare un'opera di formazione e informazione nei confronti dei familiari che assistono quotidianamente i propri congiunti e la creazione di una rete assistenziale territoriale integrata che possa realmente guidare il caregiver nell'ambito del percorso preventivo, curativo e riabilitativo. Nella speranza che tale norma possa dare i frutti sperati, rimane il lavoro coraggioso di tanti professionisti e caregiver che quotidianamente garantiscono cura ed assistenza ai pazienti.

**Autore per la corrispondenza:** Di Renzo Maurizio Rivera – ASL 2 Abruzzo – Email: mauriziodirenzo@hotmail.com

### 93. L'efficacia del monitoraggio delle telemedicine tra i pazienti con asma

Iga Wasowska<sup>1</sup>, Urszula Wojtowicz<sup>2</sup>, Marta Majorczyk<sup>2</sup>

<sup>1</sup>IPASVI Collegio di Roma, <sup>2</sup>Università Jagellonica di Cracovia

**BACKGROUND** Attualmente, è possibile monitorare i malati cronici a casa da parte di personale medico specializzato che utilizza tecnologie moderne. Questo può migliorare significativamente la loro qualità di vita e il controllo della malattia.

**OBIETTIVI** Lo scopo dello studio era quello di valutare l'efficacia del monitoraggio remoto effettuato da una squadra specializzata di infermieri in pazienti con asma.

**METODI** La ricerca a doppio cieco è stata condotta sul gruppo di 100 pazienti con asma. I pazienti sono stati trattati con corticosteroidi, beta.agonisti inalatori a lunga durata. I partecipanti sono stati monitorati in remoto da infermieri specializzati in telecare. La valutazione dei sintomi è stata effettuata con vari questionari (ACQ, AQLQ, EQ-5D-5L), PEF, FEV per 14 mesi. Il sistema di telemedicina è costituito da: piattaforma web (per routine medica - per ricevere avvisi da parte dei pazienti), misuratore di picco di flusso elettronico e smartphone (per i pazienti - per completare e inviare questionari: ACQ, AQLQ, EQ-5D-5L).

**RISULTATI** La durata media dell'asma è stata di 23,8 (SD = 11,2). Il punteggio medio di PEF è stato di 245.941 (SD = 212.483). Il risultato di AQLQ è stato suddiviso in parti. Sono stati monitorati i cambiamenti significativi nella limitazione dell'attività ( $p < 0,001$ ) e sintomi di asma soggettivo ( $p < 0,05$ ) all'inizio e dopo 14 mesi di monitoraggio remoto dell'asma con il diario elettronico. Non è emersa alcuna differenza significativa tra la funzione emotiva ( $p = 0,061$ ) e l'esposizione ambientale ( $p = 0,057$ ) all'inizio e dopo 14 mesi di monitoraggio remoto di asma con il diario elettronico. I partecipanti hanno riferito di aver ridotto l'uso del farmaco di attacco acuto dopo 14 mesi e di aver aumentato il livello di controllo dell'asma associato ( $r = -0,83$ ). Il punteggio ACQ prima e dopo lo studio è aumentato in maniera significativa.

**LIMITI** Numero di pazienti, costi elevati.

**CONCLUSIONI** La ricerca ha dimostrato che il monitoraggio attraverso la telemedicina può essere utile ai pazienti per incrementare l'attenzione sulla patologia e quindi ripristinare il controllo dell'asma. Riduce significativamente l'uso del farmaco di soccorso e migliora le attività quotidiane.

**Autore per la corrispondenza:** Wasowska Iga – IPASVI Collegio di Roma – Email: wasowska.iga@gmail.com

## 94. La continuità dell'assistenza in età pediatrica. Dati di un policlinico cittadino

Lanari Marcello<sup>1</sup>, Nanni Francesca<sup>2</sup>, Morini Mara<sup>3</sup>, Mancini Manuela<sup>2</sup>

<sup>1</sup>AOU Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna, <sup>2</sup>Alma Mater Studiorum Università di Bologna, <sup>3</sup>APRIRE - Assistenza Primaria In Rete

**BACKGROUND** Nel corso del XX secolo il miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie e l'introduzione delle vaccinazioni di massa hanno permesso un notevole calo della morbilità secondaria a patologie acquisite (infettive o da malnutrizione). Al contempo il miglioramento delle capacità diagnostico-assistenziali ha permesso la sopravvivenza di bambini affetti da gravi patologie congenite o acute (asfissia perinatale, prematurità, patologia tumorale, malattie genetiche, ecc.) con conseguente ampliamento di un gruppo di pazienti con patologia cronica complessa, compromissione multiorgano e dipendenza per il normale svolgimento delle attività quotidiane e/o l'espletamento delle funzioni vitali da tecnologie invasive. Negli USA è stimata una prevalenza di bambini con bisogni assistenziali socio-sanitari superiore all'usuale del 13-18% della popolazione pediatrica, di cui circa lo 0,4-1% con malattia cronica complessa e ad alta intensità assistenziale. Questo problema riguarda anche l'Italia dove, secondo dati SIP del 2012, si registra nella popolazione 0-16 anni una prevalenza di bambini con disabilità di 1:200. Ulteriore criticità è dettata sia dal progressivo incremento del fenomeno osservato negli ultimi decenni, sia dagli alti costi assistenziali ad esso correlati: questi bambini, pur rappresentando una minoranza della popolazione pediatrica, assorbono un'ingente quantità della spesa sanitaria pediatrica (40-70% a seconda degli studi) presentando un tasso di accessi in PS, ospedalizzazione e richiesta di cure, anche intensive molto superiore rispetto alla media della popolazione pediatrica. Si rende dunque necessaria l'individuazione di un nuovo approccio assistenziale che garantisca continuità della cura, facilitazioni per la famiglia, interventi integrati dei professionisti che aggiungano valore alle prestazioni evitando ridondanze, ricoveri ripetuti, difficoltà di gestione da parte della famiglia e degli operatori. Un cambio di paradigma incentrato su parole chiave come continuità, anticipazione, proattività e interprofessionalità.

**OBIETTIVI** - Individuare un modello assistenziale specifico per il bambino/adolescente con malattia cronica e disabilità - definire la rete assistenziale socio-sanitaria - realizzare un'integrazione e ripartizione di ruoli tra ospedale, servizi territoriali e famiglie, tali da rendere appropriati in ogni circostanza i setting assistenziali.

**METODI** - Analisi dei dati riguardo a: accessi in PS, ricoveri, tipologie d'intervento, tipologia e volumi di consulenze specialistiche - Monitoraggio del percorso di dimissione protetta.

**RISULTATI** Popolazione di pazienti con patologia cronica complessa e dimissione protetta afferiti presso il nostro PS e la U.O. di Pediatria d'Urgenza del Policlinico Sant'Orsola-Malpighi nel 2016-17: totale 43 bambini, di età compresa tra 6 mesi e 27 anni (mediana:4,1; media:6,4), di cui 12/43 (27,9%) portatori di un presidio complesso e/o invasivo e 17/43 (39,5%) portatori di più di un presidio. Abbiamo registrato per questi pazienti 120 accessi in PS (range:0-11; mediana:2; media:2,8) e 84 ricoveri (range:1-4; mediana:2; media:1,95) di cui 54/84 (64,4%) per fatto acuto intercorrente, 15/84 (17,8%) per complicità della condizione di base e 15/84 (17,8%) per accertamenti, con 1559 giornate totali di ricovero (range:1-183; mediana:19; media:36,3) durante le quali si è reso necessario il consulto di 24 figure specialistiche (cardiologo, NPI, rianimatore, chirurgo...) diverse (range:0-12; mediana:4; media:3,8).

**LIMITI** Tali risultati sono per ora limitati dalla brevità del periodo di osservazione.

**CONCLUSIONI** Questi dati confermano la rilevanza della problematica, nonché l'entità, la complessità, la multidisciplinarietà delle attività assistenziali necessarie. La frequenza degli accessi in PS, la lunghezza dei ricoveri, il ricorso a competenze multispecialistiche riflettono la complessità delle patologie, della preparazione della dimissione protetta, nonché l'inadeguatezza della rete assistenziale territoriale. La recente definizione dei nuovi LEA e l'emanazione del Piano Nazionale della Cronicità rappresentano due promettenti passi in avanti che avvieranno una maggiore consapevolezza da parte di operatori e Istituzioni di quanto sia importante rendere l'assistenza più efficiente e aderente ai bisogni psico-sociali e di cura del bambino/adolescente con speciali bisogni assistenziali. Le attività rilevate ci stimolano a continuarne il monitoraggio e condividerne i dati, al fine di migliorare percorsi assistenziali tra ospedale e territorio più aderenti ai reali fabbisogni di queste persone e delle loro famiglie.

**Autore per la corrispondenza:** Nanni Francesca – Alma Mater Studiorum Università di Bologna –  
Email: francesca.nanni15@studio.unibo.it

## 95. Quali competenze per governare efficacemente le organizzazioni sanitarie

Lanza Gianluca, Zangrandi Antonello

*Università degli Studi di Parma*

**BACKGROUND** Le aziende sanitarie hanno visto una modifica dell'assetto organizzativo, passando dalla burocrazia professionale, caratterizzata dal professionista distinto dalla gerarchia amministrativa, ad un modello dove sono richieste capacità gestionali anche ai professionisti clinici. L'obiettivo di tale evoluzione è l'evidenza che ciò possa migliorare la performance intesa come "value": superare la burocrazia con la professione consapevole dei processi organizzativi.

**OBIETTIVI** Il presente studio, quindi, parte dalle aree di competenze manageriali già individuate dalla letteratura, e si pone l'obiettivo di identificare, secondo i professionisti, le competenze determinanti per il settore della sanità e che dovrebbero possedere gli operatori per realizzare valore.

**METODI** Per la raccolta dei dati è stato costruito un questionario somministrato a circa 2,000 operatori, sia con un ruolo manageriale e sia senza un ruolo manageriale, del settore sanitario italiano per 8 mesi. Ricoprono un ruolo manageriale il top management, i responsabili di struttura complessa sanitari e non. Non hanno invece un ruolo manageriale tutti gli altri. Ciò ci dice se e come il ruolo influenzi la percezione delle competenze ritenute più significative. Il questionario, oltre a rilevare il ruolo organizzativo, presenta gruppi di competenze manageriali specifiche (item), per ogni area di competenza manageriale (topic), e per ciascun gruppo è stato chiesto di individuare l'item ritenuto più rilevante, ossia quella competenza specifica considerata più importante per quei professionisti sanitari che ricoprono anche un ruolo manageriale. I topic sono stati individuati sulla base della letteratura di riferimento e gli item all'interno di ciascun topic sono stati definiti attraverso focus-group ai quali hanno partecipato circa 20 esperti di formazione in management sanitario. Complessivamente sono state definiti 8 topic e 40 items.

**RISULTATI** Al termine del periodo di osservazione sono stati raccolti 676 questionari (33.8%). Dei rispondenti, 362 svolgono anche funzioni manageriali nell'ospedale (53.5%) mentre 314 non hanno una funzione manageriale (46.4%). Analizzando più nel dettaglio i due gruppi di rispondenti, risulta che di coloro che hanno una funzione manageriale, 35 sono dei top manager, 307 sono responsabili di struttura complessa sanitaria e 20 non sanitaria. Invece, di coloro che non hanno un ruolo manageriale, 288 sono professionisti sanitari e 26 non sanitari. L'analisi dei dati evidenzia coerenza tra professionisti e professionisti con funzioni manageriali. Infatti, analizzando gli item considerati più scelti (>50%) si nota una coincidenza tra i due gruppi che sta a significare che è molto chiaro cosa ci aspetta da chi svolge funzioni gestionali. Allo stesso modo, anche per le competenze considerate meno rilevanti (<5% delle preferenze) abbiamo valutazioni molto simili tra professionisti che svolgono funzioni manageriali e chi svolge solo ruoli professionali. Dai dati emerge che vi sono item predominanti in ogni topic e che sono uguali tra chi ricopre funzioni manageriali e chi no in quasi tutte le aree; in particolare emergono: saper fare valutazioni economiche di specifici progetti (scelto dal 86.1% del campione); comunicare in maniera informale (scelto dal 75.9%) e gestire i collaboratori basandosi sulle competenze (scelto dal 73.1%).

**LIMITI** La nostra ricerca presenta due limiti principali. I risultati possono essere influenzati dal contesto di riferimento, se l'individuazione delle aree manageriali (topic) è stata realizzata sulla base della letteratura internazionale, la scelta delle competenze specifiche (item) è avvenuta da parte degli operatori sulla base della loro esperienza nel proprio contesto di riferimento. Un secondo limite è la possibilità di ulteriori elementi che potrebbero influenzare le risposte degli operatori e che non sono stati presi in considerazione (età, sesso, background...).

**CONCLUSIONI** I risultati mettono in luce alcuni "comportamenti" virtuosi da parte delle direzioni: 1. un'attenzione congiunta ai processi sia qualitativi che economici; 2. una politica del personale fortemente ancorata alla valutazione delle competenze, quasi in contrapposizione ad una politica del personale tradizionale e di stampo amministrativo e formale; 3. la creazione di un humus organizzativo favorevole allo sviluppo della leadership, leadership orientata a generare un clima collaborativo e quindi motivante.

**Autore per la corrispondenza:** Lanza Gianluca – Università degli Studi di Parma – Email: [gianluca.lanza@unipr.it](mailto:gianluca.lanza@unipr.it)

## 96. Intensità del dolore al triage: studio osservazionale

Latini Jasmine<sup>1</sup>, Andreoli Elisa<sup>2</sup>, Faccilongo Mario<sup>2</sup>, Maccaroni Roberto<sup>2</sup>, Dignani Lucia<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Università Politecnica delle Marche, <sup>2</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona

**BACKGROUND** Il dolore rappresenta uno dei principali sintomi di ingresso nelle unità operative di Pronto Soccorso (PS). Tuttavia, nonostante le persone si aspettino che il proprio dolore venga rapidamente trattato, raramente i farmaci antidolorifici vengono somministrati prima dell'inizio della visita. La letteratura evidenzia infatti che spesso il dolore viene sottotrattato, con importanti risposte fisiche e psichiche indesiderate. Inoltre, un'inadeguata gestione del dolore influenza negativamente la percezione dell'assistenza ricevuta da parte dei pazienti, con conseguenze quali aumento dei reclami e riduzione della soddisfazione dell'utente. Diversi studi hanno rilevato che l'implementazione di protocolli di gestione precoce del dolore al triage influiscono in modo significativo sull'outcome clinico-assistenziale, portando ad un aumento della patientsatisfaction e ad una riduzione dei tempi di permanenza degli assistiti in PS.

**OBIETTIVI** Valutare i punteggi di intensità di dolore degli assistiti in PS, al momento di accesso al triage.

**METODI** È stato condotto uno studio osservazionale descrittivo. Come campione sono stati considerati tutti gli accessi effettuati nel PS di un ospedale marchigiano nel periodo gennaio-febbraio 2017, dopo introduzione di un protocollo per la gestione del dolore al triage. Sono stati considerati i criteri di esclusione: accessi in codice rosso, intossicazioni da sostanze di abuso, persone con epatopatia cronica, persone con nausea o vomito all'ingresso. Tra i criteri di inclusione è stato considerato: dolore come sintomo principale all'ingresso. Sono state considerate le seguenti variabili operative: - dipendenti: livello di dolore percepito, misurato attraverso scala Numerical Rating Scale (NRS) o Pain in Advanced Dementia (PAINAD), - variabili indipendenti: protocollo. La raccolta dati è stata condotta mediante analisi dei verbali di PS relativi al periodo considerato. I dati sono stati raccolti attraverso un database appositamente creato con Microsoft Excel, in modo da considerare le variabili socio-demografiche degli assistiti, il problema principale di accesso, l'intensità del dolore percepito prima e dopo la terapia antalgica, il farmaco antidolorifico somministrato, l'appropriatezza dei farmaci somministrati rispetto a quanto indicato dal protocollo. Lo studio rientra in una ricerca più ampia avente l'obiettivo di misurare la variazione dei punteggi di dolore al triage, dopo applicazione del protocollo sulla gestione del dolore.

**RISULTATI** Sono stati considerati 4027 accessi al triage, rientranti nei criteri di inclusione. Il campione era composto prevalentemente da maschi (51.81%), aveva un'età media di 50.22 (DS=21) anni. I codici di priorità di accesso assegnati al triage erano: 7.82% bianchi; 70.52% verdi; 21.66% gialli. Il motivo di accesso era determinato prevalentemente da trauma (37.6%). Per quanto attiene l'applicazione del protocollo di gestione del dolore al triage, è emerso che lo strumento di valutazione è stato nel 100% dei casi la NRS. Tra gli accessi indagati, il 9.3% degli assistiti ha riferito un dolore lieve (NRS 1-3), il 24.42% un dolore moderato (NRS 4-6) e il 66.28% un dolore di grado severo (NRS 7-10). Il 7.05% del campione ha rifiutato di assumere l'antidolorifico proposto al triage, nonostante lamentasse dolore. Non sono stati registrati effetti collaterali da farmaco. Parte del campione ha iniziato la visita medica prima della rivalutazione del dolore.

**LIMITI** Il principale limite dello studio è rappresentato dal breve periodo temporale di raccolta dati.

**CONCLUSIONI** La conoscenza dell'entità del fenomeno dolore al triage offre importanti informazioni che consentono di evidenziare possibili aree suscettibili di interventi di miglioramento. La letteratura evidenzia a tal proposito, come un approccio sistematico alla valutazione e gestione del dolore al triage produca percezioni positive sugli assistiti, influenzando l'outcome clinico-assistenziale.

**Autore per la corrispondenza:** Dignani Lucia – AOU Ospedali Riuniti di Ancona – Email: [luciadignani@yahoo.it](mailto:luciadignani@yahoo.it)

## 97. L'audit sulle modalità prescrittive di medicinali a rischio di inappropriately come strumento di governo clinico ed efficienza gestionale

Leoni Olivia, Oria Cristina, Della Rosa Cristina, Lattuada Paola, Maestroni Anna Maria

*ATS Insubria*

**BACKGROUND** Le Statine e gli Inibitori di Pompa Protonica (IPP) sono medicinali ad elevata prescrizione e spesa per il SSN, soggetti nella pratica clinica ad inappropriately prescrittiva rispetto alle indicazioni Evidence-Based e alle condizioni di rimborsabilità. In linea con gli obiettivi regionali, nel 2017 un Gruppo di lavoro istituito dalla Direzione Sanitaria della ATS Insubria ha avviato azioni di miglioramento, tra cui la stesura di due documenti con "indicatori d'uso appropriato" di tali medicinali (in accordo con le rispettive Note AIFA di rimborsabilità) e l'organizzazione di un percorso formativo per Medici del territorio (MAP) e Specialisti ospedalieri, basato su un processo sistematico di audit clinico e di confronto tra pari per la revisione delle attitudini prescrittive.

**OBIETTIVI** Obiettivo principale è di elevare lo standard di cura attraverso comportamenti prescrittivi appropriati; la razionalizzazione della spesa farmaceutica può inoltre consentire la riallocazione delle risorse in ambiti di maggiore bisogno.

**METODI** Nel periodo aprile-novembre 2017 sono stati realizzati 36 incontri di audit, 6 per ciascuno dei 6 gruppi rivolti ad un numero massimo di 30 partecipanti. Il percorso, riconosciuto come attività di formazione accreditata ECM "gruppo di miglioramento", è stato condotto da un Medico farmacologo e da un Farmacista dell'ATS, con il coinvolgimento di Specialisti ospedalieri di riferimento sulle tematiche trattate. Nel complesso hanno partecipato all'audit 150 medici, prevalentemente MAP (pari al 16% di tutti i MAP operanti in ATS). La discussione è stata stimolata mediante l'illustrazione degli indicatori di appropriatezza, l'analisi dei dati prescrittivi di contesto (con dettaglio fino al singolo Medico) e delle criticità prescrittive rispetto alle evidenze scientifiche, la discussione di casi clinici riscontrati nella pratica corrente.

**RISULTATI** I partecipanti hanno aderito con interesse al percorso di audit, condividendo gli argomenti scelti, gli indicatori di appropriatezza individuati come standard di riferimento, la necessità di modificare le attitudini prescrittive inappropriate e di verificare nel tempo l'efficacia dell'azione formativa, attraverso il monitoraggio periodico della prescrizione con specifici feed-back informativi e l'organizzazione di un incontro di re-audit nel 2018. Nella seconda parte del 2017, il monitoraggio dei principali indicatori di consumo e di costo ha registrato un progressivo miglioramento di alcuni indicatori prescrittivi individuati da Regione Lombardia quali proxy di appropriatezza, in particolare per gli IPP: riduzione della prevalenza d'uso in età adulta (16,5%; -14,2% rispetto al 2015 e -13,8% rispetto al 2016) e della spesa procapite (€ 16,5; -31,4% e -30,1%), cui si è accompagnata anche una diminuzione della durata di esposizione al trattamento (20,4 DDD procapite - Dosi Definite Giornaliere; -31,7% e -32%).

**LIMITI** Il principale limite dell'attività di audit è stata la limitata partecipazione degli specialisti ospedalieri, che, pur incidendo per una scarsa quota sulla prescrizione in SSN (5% del totale, secondo dati di ATS), sono in grado di "indurre" su ricetta bianca le prescrizioni territoriali sia in fase di dimissione ospedaliera che di visita ambulatoriale; per tali professionisti occorre individuare modalità formative differenti e/o specifiche "leve" motivazionali alla partecipazione.

**CONCLUSIONI** Lo strumento dell'Audit si è rivelato efficace nel motivare i medici a migliorare il comportamento prescrittivo, mediante la condivisione di indicatori di performance. Fra gli elementi favorevoli sono da considerare anche la trasversalità e la continuità nel tempo degli incontri, il confronto su tematiche nei diversi ambiti assistenziali, il ruolo di "governance" della ATS a tutela e legittimazione del percorso intrapreso. I risultati ottenuti in via preliminare dovranno essere verificati e consolidati durante i prossimi 12 mesi, sia in termini di riduzione dell'inappropriately sia di razionalizzazione della spesa.

**Autore per la corrispondenza:** Leoni Olivia – ATS Insubria – Email: olivialeoni825@gmail.com

## 98. Valutazione delle complicanze correlate alla gestione del dolore postoperatorio con TAP Block nel paziente sottoposto a bypass gastrico. Uno studio osservazionale con caso controllo

Levorato Letizia Irene<sup>1</sup>, Ferrara Demetrio<sup>2</sup>, Braglia Luca<sup>2</sup>, Mecugni Daniela<sup>1</sup>, Camellini Riccarda<sup>1</sup>, Gradellini Cinzia<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, <sup>2</sup>Azienda USL Reggio Emilia

**BACKGROUND** Le evidenze riportano che i trattamenti non-chirurgici risultano insufficienti nei pazienti con obesità patologica; al contrario, la chirurgia bariatrica e, nello specifico, il bypass gastrico, permettono di raggiungere buoni risultati a lungo termine. Per migliorarne la gestione perioperatoria, la letteratura suggerisce strategie basate sui principi del protocollo Enhanced Recovery After Bariatric Surgery (ERABS). Tale protocollo integra una serie di interventi multimodali, allo scopo di ridurre lo stress metabolico, facilitare il recupero delle funzioni corporee, ridurre la morbidità, i tempi di degenza e procedurali, le liste d'attesa. Questi risultati si traducono in una gestione più efficiente ed economica, senza effetti sulla sicurezza e sull'incidenza di complicanze. In alcune realtà, è stata introdotta la tecnica TAP Block (Transversus Abdominis Plane Block), un'anestesia regionale per la gestione del dolore postoperatorio che si correla a una diminuita richiesta di oppioidi nel post operatorio. Poiché questi pazienti sono più inclini a sviluppare problematiche di tipo respiratorio, correlate alla Morfina, potrebbero beneficiare di questa tecnica che produce effetti analgesici, senza incorrere in complicanze respiratorie. Dalla letteratura emerge, inoltre, una bassa incidenza di complicanze. Nei pazienti obesi, l'obiettivo della gestione del dolore è particolarmente importante perché si traduce in: miglioramento del comfort, deambulazione precoce, migliore funzionalità respiratoria e riduzione di sedazione, nausea/vomito (effetti collaterali degli oppiacei) che potrebbero causare complicanze chirurgiche.

**OBIETTIVI** Valutare l'efficacia della gestione del dolore postoperatorio, per i pazienti sottoposti a bypass gastrico, con tecnica TAP Block, secondo protocollo ERABS.

**METODI** Studio osservazionale analitico di coorte, retrospettivo e prospettico, considerando i seguenti dati: sesso, età, BMI, rischio ASA, orario della prima richiesta di Morfina, patologie concomitanti, complicanze legate al TAP Block, mobilitazione, deambulazione, idratazione, alimentazione precoci; eventuale trasferimento in Terapia Intensiva. Sono, inoltre, considerati, su distribuzione per fasce orarie: livello di dolore; dosaggio e numero di somministrazioni di Morfina; farmaci analgesici non oppiacei (non previsti dal protocollo ERABS); effetti avversi della Morfina. I criteri di inclusione allo studio sono sovrapponibili a quelli utilizzati per la selezione dei pazienti all'intervento di bypass gastrico secondo le Linee Guida della SICOB. I metodi statistici utilizzati sono: media, deviazione standard e intervallo di confidenza bilaterale al 95% per la media, confronto tra le medie delle due coorti, test t, p-value, percentuali. Lo studio è stato autorizzato dal Comitato Etico Provinciale.

**RISULTATI** Sono stati inclusi nello studio 45 pazienti (di cui 20 trattati con TAP Block). Relativamente al livello di dolore (NRS), nell'intervallo di tempo 0-2 ore è stata rilevata una riduzione statisticamente significativa nel gruppo dei trattati. Nei restanti intervalli, non sono risultate differenze significative. Nell'80% dei controlli è stato necessario somministrare Morfina nelle prime 24 ore, quasi il doppio rispetto ai trattati (45%). Nell'intervallo 2-4 ore, a nessun paziente è stata somministrata Morfina nonostante un livello di dolore severo (10%) e molto severo (5%) in entrambe le coorti; si riscontra, tuttavia, un utilizzo di farmaci non oppiacei (23% dei controlli, 10% dei trattati). Negli intervalli successivi il dosaggio di Morfina è risultato sostanzialmente sovrapponibile. Relativamente alla deambulazione precoce, emerge un miglioramento statisticamente significativo nel gruppo dei trattati (85% dei trattati, 40% dei controlli). Mobilitazione, idratazione e alimentazione precoci non evidenziano differenze statisticamente significative. Non sono emerse complicanze correlate al TAP Block, a conferma della sicurezza del trattamento. Per quanto riguarda le complicanze correlabili alla somministrazione di Morfina, non sono emerse differenze significative. Relativamente ai farmaci non oppiacei, in tutti gli intervalli di tempo la percentuale di pazienti a cui sono stati somministrati è stata maggiore nel gruppo controllo.

**LIMITI** La scarsa numerosità del campione costituisce un limite che potrebbe essere superato con il proseguo dello studio.

**CONCLUSIONI** Nei pazienti che seguono il protocollo ERABS, l'introduzione del TAP Block per la gestione del dolore postoperatorio, è risultata efficace. Si evidenzia, infatti, un'importante riduzione del dolore e della somministrazione di analgesici oppioidi, oltre a un miglioramento della deambulazione precoce. Altro elemento importante risulta la sicurezza del trattamento, confermata dall'assenza di complicanze.

**Autore per la corrispondenza:** Levorato Letizia Irene – Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia –  
Email: letilevo@yahoo.it



## 99. Il ruolo dell'infermiere case manager nella pianificazione della dimissione e della continuità delle cure: uno studio osservazionale retrospettivo condotto presso U.A. post acuti ospedale infermi di Rimini.

Liberati Stefania<sup>1</sup>, Miraglia Federica<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ASUR - Area Vasta N. 3, <sup>2</sup>Residenza Santa Maria in Chienti

**BACKGROUND** L'incremento delle patologie croniche legato all'allungamento dell'aspettativa di vita ha comportato una riprogrammazione dell'offerta sanitaria. La necessità di fornire continuità assistenziale ha richiesto la creazione di strutture di accoglienza, Lunga Degenza, Case della Salute, RSA, RSR. L'ospedalizzazione è in genere riservata al trattamento delle riacutizzazioni. Vi si ricorre in maniera non sempre appropriata dal momento che, è dimostrato, fornisce benefici limitati in termini di qualità e prolungamento della vita. Certamente si percepisce la mancanza di raccordo tra la fase "di acuzie" e quella post ospedaliera.

**OBIETTIVI** Ho deciso di porre sotto analisi la realtà dell'unità Post Acuti dell'ospedale Infermi di Rimini, effettuando un breve periodo di tirocinio osservazionale al fianco di un infermiere case manager con l'obiettivo di valutare l'appropriatezza dell'assistenza erogata e la corretta identificazione del percorso alla dimissione.

**METODI** La ricerca è uno studio osservazionale descrittivo a partire dal percepito del soggetto partecipante rispetto alle competenze possedute al fine di analizzare comprendere e valutare aspetti concreti legati al ruolo del case manager.

**RISULTATI** Nei due giorni trascorsi presso l'unità Post Acuti dell'ospedale Infermi di Rimini, ho potuto constatare che l'Infermiere Case Manager detiene la totale presa in carico del paziente, dall'ammissione fino alla dimissione che è stabilita in accordo comune con il medico referente. Egli identifica il percorso extra-ospedaliero più adatto prendendo i contatti con le strutture idonee, attivando i servizi e le risorse necessarie al proseguimento del piano assistenziale del paziente, per evitare l'interruzione delle cure.

**LIMITI** Breve tempo di osservazione che non ha permesso di raccogliere dati sufficienti a valutare tutti i vantaggi conseguenti all'introduzione della figura del case manager.

**CONCLUSIONI** Adottando questa metodologia, l'unità Post Acuti ha ottenuto risultati positivi, quali la riduzione della degenza media e delle riammissioni in reparti per acuti in tempi brevi, un'ottimizzazione dei livelli di autocura grazie a programmi di educazione effettuati per il paziente e caregiver ottenendo così una migliore preparazione degli stessi alla dimissione. Inoltre, dalla revisione della letteratura emergono risultati che sono analoghi a quelli forniti dalla struttura oggetto di analisi. Diversi studi dimostrano che con l'introduzione di tale figura nel sistema sanitario si ottiene: - una riduzione dei ricoveri ospedalieri - un forte decremento delle riammissioni in ospedale entro 90 giorni dalla dimissione (Laramée et al.; 2003) - un miglioramento della capacità di autogestione degli assistiti dovuto a un grande investimento nei programmi educativi su pazienti e familiari (Peters- Klimm et al., 2010).

**Autore per la corrispondenza:** Liberati Stefania – ASUR - Area Vasta N. 3 – Email: ste211@libero.it

## 100. Sicurezza nell'identificazione del paziente in fase di accettazione dei campioni biologici: il ruolo dell'automazione

Lippi Giuseppe<sup>1</sup>, Antonella Bassi<sup>2</sup>, Chiara Bovo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Università degli Studi di Verona, <sup>2</sup>Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

**BACKGROUND** Come recentemente riaffermato dalla Joint Commission, l'identificazione dei pazienti che accedono alle strutture dei Servizi Sanitari Nazionali rimane critica. Malgrado gli errori di identificazioni non siano tra le più frequenti cause di malpractice, essi si associano però al maggior numero di conseguenze avverse per il paziente, giacché ad essi può conseguire una diagnosi errata o un trattamento inappropriato. Pertanto, anche nell'ambito della Medicina di Laboratorio la possibilità che avvengano errori di identificazione del paziente all'atto della raccolta del campione biologico, ovvero incongruenze tra i dati riprodotti nei contenitori di materiali biologici (soprattutto provette di sangue) e reale identità del paziente, comporta un rischio elevatissimo per la salute del paziente.

**OBIETTIVI** Gli obiettivi di questo studio si sono focalizzati sulla verifica dell'efficacia di dispositivi automatici per l'etichettatura dei campioni biologici nella riduzione della possibilità di errori preanalitici nel corso della raccolta dei campioni biologici.

**METODI** Lo studio si è svolto presso il centro prelievi per pazienti ambulatoriali della Unità Operativa Complessa Laboratorio Analisi dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona. Lo studio di natura osservazionale è stato diviso in due periodi, entrambi della durata di 1 anno. Nella prima fase dello studio l'identificazione ed etichettatura dei campioni biologici è stata eseguita convenzionalmente dal personale infermieristico del centro prelievi. Nella seconda fase dello studio (anno 2016), le attività d'identificazione del paziente e di etichettatura dei campioni biologici sono state demandate a un sistema automatico (ProTube, Inpeco, Lugano Svizzera), collocato singolarmente in ogni box prelievo. Il sistema consente di tracciare tutte le operazioni in fase di accettazione del paziente e raccolta del campione, e garantisce anche il riconoscimento attivo dell'operatore che ha svolto l'attività di prelievo. Per valutare l'efficacia del sistema sono stati sistematicamente registrati tutti i problemi preanalitici all'atto della raccolta dei campioni biologici prima e dopo l'implementazione del sistema.

**RISULTATI** Confrontando i dati raccolti nella prima e nella seconda fase dello studio, si sono registrati i seguenti errori preanalitici: identificazione errata: 16 versus 0; campioni non pervenuti: 18 versus 3; campioni scarsi: 5 versus 0; provetta sbagliata: 65 versus 0; errore di temperatura nel trasporto: 10 versus 1. Globalmente, il numero degli errori preanalitici dopo l'implementazione del sistema automatico d'identificazione del paziente e di etichettatura delle provette è diminuito del 96% (114 versus 4). In particolare, gli errori d'identificazione del paziente sono stati completamente annullati.

**LIMITI** Studio basato su un singolo centro.

**CONCLUSIONI** Nella nostra esperienza, l'utilizzo di un dispositivo automatico per l'etichettatura dei campioni biologici e per la verifica dell'identità del paziente ha consentito di abbattere drasticamente gli errori di raccolta dei campioni biologici, annullando virtualmente il rischio di errori d'identificazione.

**Autore per la corrispondenza:** Lippi Giuseppe – Università degli Studi di Verona – Email: giuseppe.lippi@univr.it

## 101. Impatto economico-organizzativo della diagnostica di laboratorio

Lippi Giuseppe<sup>1</sup>, Chiara Bovo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Università degli Studi di Verona, <sup>2</sup>Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

**BACKGROUND** La medicina di laboratorio rappresenta una branca essenziale della medicina, poiché i risultati dei test di laboratorio contribuiscono essenzialmente allo screening, alla diagnosi, al follow-up ed al monitoraggio terapeutico di tutte le principali patologie umane. In un sistema sanitario nazionale (SSN) con risorse sempre più limitate, i laboratori clinici stanno subendo una serie di processi di riorganizzazione e consolidamento sovente guidati da decisioni economiche piuttosto che da una razionalizzazione all'insegna della centralità del paziente. In questo contesto, il budget dei laboratori clinici ha subito considerevoli contrazioni negli ultimi anni, dettate dal fatto che l'attività di laboratorio è più facilmente quantificabile (e quindi comprimibile) e che lo stesso laboratorio clinico viene sovente considerato come una "commodity" piuttosto che come una risorsa.

**OBIETTIVI** Prescindendo dall'innegabile contributo clinico degli esami di laboratorio, ci siamo posti come obiettivo in questo studio di valutare le possibili ricadute pratiche in termini di economia sanitaria, relativamente all'attività di una Unità Operativa Complessa di Medicina di Laboratorio, inserita in una grande Azienda Ospedaliera Universitaria Italiana.

**METODI** Sulla base dei dati ufficiali del controllo di gestione, si è analizzata la produttività in termini economici della Unità Operativa Complessa di Medicina di Laboratorio dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria Integrata di Verona (AOUI-VR). È stata quindi valutata la spesa complessiva (reagenti, strumentazione, personale, mantenimento), la valorizzazione economica complessiva (sulla base della valorizzazione degli esami dedotta dal nomenclatore regionale) e dell'impatto del ritorno economico sull'Azienda Ospedaliera (profitto), in termini di rimborsabilità da Aziende Sanitarie territoriali o altre Aziende Sanitarie Regionali ed extra-Regionali.

**RISULTATI** La Unità Operativa Complessa di Medicina di Laboratorio dell'Azienda Ospedaliera-Universitaria Integrata di Verona ha eseguito a tutto il 2017 un totale di 6.344 milioni di prestazioni per pazienti ambulatoriali e ricoverati. I costi relativi a reagenti/strumentazione, personale e mantenimento registrati nel medesimo periodo sono stati rispettivamente di 6.903 milioni di Euro, 2.879 milioni di Euro e 0.812 milioni di euro (spesa complessiva: 10.594 milioni di euro). Sulla base del nomenclatore regionale, la valorizzazione complessiva delle prestazioni per pazienti ambulatoriali e ricoverati nel medesimo periodo è stata di 21.727 milioni di Euro. Integrando i valori relativi alla spesa economica ed alla valorizzazione, si può quindi stimare che la profittabilità dell'attività di diagnostica di laboratorio sia stata per l'Azienda pari al 205%.

**LIMITI** Analisi limitata ad una singola Struttura Complessa di Medicina di Laboratorio.

**CONCLUSIONI** Una recente analisi di Forbes, ha stimato che le attività umane caratterizzate da maggiore profitto sono l'industria farmaceutica (30%), seguita da compagnie di investimento (29.1%), industria del tabacco (27.2%), servizi internet (25%) ed industria biotecnologica (24.6%). Sempre da questa analisi di Forbes, si stima che l'attività degli Ospedali nel loro complesso abbia una profittabilità generalmente non superiore al 3-5%. I dati emersi dalla nostra analisi dimostrano chiaramente come l'attività della diagnostica di laboratorio, oltretutto essenziale al processo decisionale clinico, rappresenti altresì una grande risorsa economica per il Sistema Sanitario Nazionale, garantendo un margine di profitto di quasi 10 volte superiore a qualsiasi altra attività umana.

**Autore per la corrispondenza:** Lippi Giuseppe – Università degli Studi di Verona – Email: giuseppe.lippi@univr.it

## 102. Raccomandazioni delle Società Scientifiche di Medicina di Laboratorio Italiane e della Società Italiana di Ergonomia e fattori umani per l'identificazione e gestione dei risultati critici in laboratorio

Lippi Giuseppe<sup>1</sup>, Giavarina Davide<sup>2</sup>, Ciacchio Marcello<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Università degli Studi di Verona, <sup>2</sup>Azienda ULSS 8 Berica, <sup>3</sup>Azienda Ospedaliera Universitaria di Palermo

**BACKGROUND** Nell'approccio centrato sul paziente, la medicina di laboratorio svolge un ruolo integrante nell'ambito del processo decisionale clinico, poiché i risultati degli esami di laboratorio forniscono informazioni insostituibili per la diagnosi ed il monitoraggio delle malattie. Nella gestione del paziente e nelle decisioni cliniche, l'utilizzo di un risultato di laboratorio diventa particolarmente cruciale quando il risultato stesso rispecchi una situazione di rischio grave ed imminente per la salute del paziente. Come definito dalla Joint Commission (JC), i valori critici di laboratorio identificano risultati che, indipendentemente dal loro valore, necessitano di una tempestiva comunicazione poiché essi hanno effetti immediati sul processo decisionale clinico. Esistono chiare evidenze, frutto di recenti sondaggi, che la comunicazione dei valori critici in alcuni laboratori Italiani può essere carente, inefficiente o non tempestiva, così da mettere potenzialmente a rischio la salute dei pazienti ed i relativi esiti.

**OBIETTIVI** Alla luce dell'importanza per la sicurezza del paziente della comunicazione dei valori critici di laboratorio, un gruppo interdisciplinare delle tre Società Italiane di Medicina di Laboratorio (SIBioC, SIPMeL e CISMEL) e della Società Italiana di Ergonomia e fattori umani (SIE), ha programmato la definizione di una linea-guida operativa da applicarsi, su scala nazionale, alla comunicazione efficace e tempestiva dei valori critici in tutti i laboratori nazionali.

**METODI** Ogni società scientifica ha identificati un gruppo di Membri, che hanno insieme operato una revisione sistematica della letteratura e della best practice in altre nazioni (seguendo criteri validati), ed hanno quindi esaminato in dettaglio (i) quali esami di laboratorio debbano essere considerati critici in funzione dei loro risultati; (ii) i limiti dei suddetti esami oltre i quali il valore debba seguire una specifica procedura di comunicazione di valori critici; (iii) una serie di procedure operative atte a garantire la effettiva e tempestiva comunicazione dei valori critici ai clinici; (iv) una serie di procedure operative atte a verificare che la comunicazione dei valori critici sia stata tempestiva ed efficace; (v) una serie di indicatori atti a monitorare il processo di implementazione delle procedure, verificandone l'efficacia.

**RISULTATI** Il Gruppo di Studio ha dapprima identificato un pannello di esami di laboratorio i cui valori critici richiedano sempre una efficace e tempestiva comunicazione. Essi comprendono conta dei leucociti, neutrofili e piastrine, emoglobina, tempo di protrombina (PT), tempo di tromboplastina parziale attivata (APTT), fibrinogeno, glicemia, potassiemia, sodiemia, calcemia, magnesemia, fosfatemia, osmolalità e pH plasmatici. Sulla base della letteratura scientifica corrente, per ogni parametro sono stati identificati i limiti decisionali per l'attivazione della procedura di comunicazione conforme al concetto di valore critico. Sono state contestualmente definite (i) procedure cui ogni laboratorio dovrà attenersi in merito alla modalità e tempestività della comunicazione, (ii) "read-back" per garantire che il messaggio sia stato efficientemente ricevuto e compreso dai clinici, (iii) procedure per la registrazione dell'avvenuta comunicazione e (iv) indicatori per il monitoraggio continuo dell'efficacia della comunicazione.

**LIMITI** Non identificabili.

**CONCLUSIONI** L'applicazione su scala nazionale di queste raccomandazioni, prodotte ufficialmente da SIBioC-SIPMeL-CISMEL-SIE, consentirà di armonizzare le pratiche locali, garantendo contestualmente una comunicazione più efficiente e tempestiva dei valori critici di laboratorio e contribuendo così a tutelare la salute dei pazienti e contestualmente a migliorarne gli esiti.

**Autore per la corrispondenza:** Lippi Giuseppe – Università degli Studi di Verona – Email: giuseppe.lippi@univr.it

### 103. La Mirror Therapy nei pazienti con ictus

Lo Mascolo Lucrezia

*Università Politecnica delle Marche*

**BACKGROUND** La Mirror Therapy è uno strumento ancora poco conosciuto e usato nel campo neuro-riabilitativo. Il principio base di tale metodica è l'attivazione dei cosiddetti "neuroni specchio", che avviene in seguito all'osservazione di un movimento e ha come obiettivo il recupero della funzione motoria; essa è una pratica specifica per il paziente affetto da disabilità croniche post-ictus quali emiparesi/emiplegia. Durante la procedura il braccio malato viene coperto alla vista del paziente e viene posizionato uno specchio di fronte al braccio sano (questo è il lato osservato dal paziente durante i movimenti). Gli esercizi comprendono flessione/estensione del polso/gomito, presa/rilascio e rotazione di oggetti di uso quotidiano. I mirror visual feedback (MVF) evocati dall'immagine speculare "ingannano" il cervello facendogli credere che a muoversi sia il braccio malato e non quello sano, e sono quindi responsabili del progressivo recupero motorio. Se non insorge dolore e le condizioni cliniche lo consentono, viene aumentato il grado di complessità degli esercizi, con movimenti simmetrici e simultanei.

**OBIETTIVI** - verificare l'efficacia del trattamento anche a distanza di tempo - individuare i vantaggi rispetto alle tecniche riabilitative tradizionali (fisioterapia) la mobilizzazione passiva si limita a compensare il deficit motorio allenando l'arto sano, e non permette la riorganizzazione delle aree corticali coinvolte nella funzionalità del braccio, che avviene solo in seguito a esercizi attivi del braccio malato. Poiché le connessioni sinaptiche sono strettamente dipendenti dall'uso, questa assenza di stimolazione porta col tempo a una vera e propria "paralisi acquisita" e ogni possibilità di recupero viene persa. Questo è il motivo per cui lo studio presuppone un cambiamento nell'approccio assistenziale. - promuoverne la diffusione nelle strutture sanitarie e nel domicilio in modo da garantire l'autogestione e l'aderenza al programma terapeutico, nonché ottenere esiti migliori e più rapidi.

**METODI** Nella revisione sono stati inclusi studi e evidenze scientifiche riguardanti pazienti adulti affetti da emiparesi post-ictus: una parte di essi è stata trattata con la fisioterapia convenzionale e l'altra con il trattamento in sperimentazione (Mirror Therapy) e sono stati misurati gli esiti all'inizio, al termine e a distanza di 6 mesi dalla fine dei due trattamenti. Alcune sedute di MT erano in associazione a elettrostimolazione neuromuscolare (NMES), magnetoencefalografia (MEG), o sfruttavano l'impiego di oggetti "target" verso cui dirigere i movimenti.

**RISULTATI** Grazie alle scale di valutazione NSA, WMFT, e FMA si è evidenziato che gli esiti del gruppo in trattamento con la MT miglioravano molto di più rispetto al gruppo ricevente trattamento standard (velocità, precisione e coordinazione dei movimenti); la sintomatologia dolorosa riferita dai partecipanti era in calo (sia alle pause che a fine seduta). Con il follow-up a 6 mesi si è osservato come gli effetti benefici fossero anche stabili e duraturi; in più è stata confermata la valenza terapeutica della combinazione MT e NMES così come per la MT e oggetti della vita di tutti i giorni.

**LIMITI** I limiti dello studio sono: - i tempi ristretti per la valutazione degli effetti sugli esiti analizzati e per la valutazione a distanza - il basso numero di studi fatti sull'argomento e i pochi dati disponibili.

**CONCLUSIONI** Tutti i partecipanti allo studio hanno notato una significativa riduzione della sintomatologia dolorosa, la ripresa di un discreto livello di autonomia e un generale miglioramento della qualità di vita. Il trattamento di MT non ha portato a eventi avversi particolari e sembra risultare uno strumento riabilitativo promettente.

**Autore per la corrispondenza:** Lo Mascolo Lucrezia – Università Politecnica delle Marche – Email: lulusun26.94@gmail.com

## 104. Promuovere e qualificare l'Assistenza Primaria come materia specifica di ricerca, studio e lavoro: l'impegno di APRIREnetwork

Lonati Fulvio, Morini Mara, Zanetti Ermellina

*APRIRE - Assistenza Primaria In Rete*

**BACKGROUND** I recenti cambiamenti epidemiologici caratterizzati dal prolungamento della vita e dall'aumento di anni da trascorrere con disabilità, uniti a modifiche ambientali, culturali, sociali, politiche, richiedono alla comunità degli operatori e professionisti della salute un nuovo approccio, caratterizzato da un'operatività integrata, sistematica e proattiva e nello stesso tempo semplice ed economica, capace di coinvolgere il cittadino nella sua quotidianità. L'organizzazione delle cure primarie richiede un cambiamento culturale: il passaggio da una medicina d'attesa (con grande enfasi sul ruolo dell'ospedale) a una medicina di iniziativa con un forte investimento di risorse e nuove progettualità sul territorio e una ridefinizione dell'attuale organizzazione della medicina di base. L'Assistenza Primaria (AP) è riconosciuta a livello internazionale più funzionale per la presa in carico dei problemi di salute nel contesto di vita, garanzia di continuità delle cure, coinvolgimento dell'assistito e della famiglia, equità nell'accesso e sostenibilità economica, riconoscimento alle persone del ruolo di protagoniste. L'AP si avvale di interventi di provata efficacia preventiva, terapeutica, riabilitativa, assistenziale, meno costosi e più agevolmente gestibili dal singolo e dalla sua famiglia nei luoghi della vita quotidiana: casa, lavoro, scuola, tempo libero. Considerato che in Italia nessuna organizzazione presidia lo sviluppo professionale e organizzativo dell'AP, nel Marzo 2015 si è costituita l'Associazione APRIRE – Assistenza Primaria In Rete – Salute a Km 0, con lo scopo di attivare un network di persone che partecipano all'identificazione, costruzione e diffusione di idee, documenti, strumenti e percorsi formativi per far crescere la consapevolezza dell'importanza dell'AP. Il presente contributo illustra gli obiettivi, gli interventi, i risultati e le prospettive future.

**OBIETTIVI** Promuovere e qualificare l'AP come materia specifica di ricerca, studio e lavoro, da perseguire attraverso un network basato su 3 pilastri: 1. favorire la conoscenza e l'interazione tra realtà associative e professionisti portatori di interessi e di letture multidisciplinari sull'AP 2. valorizzare persone e famiglie come veri operatori dei propri percorsi di salute e malattia 3. rappresentare il ruolo dell'AP nel dialogo con interlocutori sociali e istituzionali.

**METODI** Gli strumenti del network sono: • Sito Web /[www.aprirenetwork.it](http://www.aprirenetwork.it) luogo di scambio e confronto • Newsletter monotematica settimanale.

**RISULTATI** Il sito è una realtà consolidata, in crescita con aggiornamenti settimanali, strutturato in: Chi siamo; In rete con; Iscriviti alla newsletter; Partecipa; Studi, esperienze, strumenti; Sostieni APRIREnetwork; News; Eventi; Progetti e lavori in corso; Contributi pubblicati; Presentazioni a convegni e corsi. In 11 mesi, 2017 ha avuto 4.789 visitatori e 20.702 pagine visitate, inviate 51 APRIREnews, pubblicate 77 recensioni di documenti e 2 approfondimenti: Primary Health Care quality in Italy: a literature overview e Un glossario per l'Assistenza Primaria. APRIREnetwork ha relazionato a 19 corsi/convegni e redatto 15 pubblicazioni. Ha collaborato al volume Governare l'Assistenza Primaria: Manuale per operatori di Sanità Pubblica, ed. Mondadori 2016 e ne sta pubblicando sul proprio sito i singoli capitoli (oggi 15). Cura l'editing del progetto editoriale Prevenzione, cura, assistenza: il ruolo attivo del cittadino – Manuale per operatori, finalizzato a fornire orientamenti e competenze per svolgere attività di educazione alla salute e terapeutica. Coordina i lavori preparatori della Conferenza di Consenso "La cura nelle fasi terminali della vita nel grande anziano. Cure palliative e accompagnamento a domicilio, nelle residenze per anziani e in hospice" che verrà celebrata a ottobre 2018 Ha sostenuto fattivamente la campagna Salviamo il nostro SSN ed è in rete con: 25 Università e Centri Studio; 8 Aziende e Strutture Sanitarie; 24 Società Scientifiche, Associazioni, Ordini professionali.

**LIMITI** Nonostante i numerosi rapporti con realtà universitarie, rimane infruttuoso il tentativo di promuovere sistematicamente percorsi formativi mirati all'AP.

**CONCLUSIONI** APRIREnetwork è in progressiva crescita come luogo virtuale di approfondimento e confronto scientifico e professionale: la collaborazione con GIMBE rafforza la possibilità di diffondere sistematicamente il valore dell'AP.

**Autore per la corrispondenza:** Lonati Fulvio – APRIRE - Assistenza Primaria In Rete – Email: [fulvio.lonati@gmail.com](mailto:fulvio.lonati@gmail.com)

## 105. Burnout Syndrome (BOS): strumenti di valutazione del fenomeno. Una revisione della letteratura

Lucertini Carla<sup>1</sup>, Mengucci Edoardo<sup>2</sup>, Surico Gabriele<sup>2</sup>, Toccaceli Andrea<sup>1</sup>, Briglio Nigro Lorenzo<sup>1</sup>, Barone Antonio<sup>1</sup>, Dignani Lucia<sup>1</sup>

<sup>1</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona, <sup>2</sup>Università Politecnica delle Marche

**BACKGROUND** La Burnout Syndrome (BOS) è una particolare tipologia di esaurimento psicologico ed emotivo correlato all'attività lavorativa. La psicologa Christina Maslach, iniziò a parlare della BOS inteso come vera e propria sindrome osservata in quelle che oggi sono definite "helping professions": Rientrano in questa definizione tutte quelle professioni che implicano un grande coinvolgimento relazionale ed emotivo con i "clienti" e che nel lungo periodo tendono a portare il professionista verso una condizione di apatia ed indifferenza nei confronti della propria attività lavorativa, nonché ad una condizione di esaurimento sia fisico che psicologico con ripercussioni più o meno evidenti sullo stile di vita generale.

**OBIETTIVI** Condurre una revisione dei principali strumenti di valutazione della BOS nelle helping profession.

**METODI** Consultazione banca dati PubMed con filtri: ultimi 10 anni, lingua italiana ed inglese, free full text mediante keywords per ricerca libera e vocabolario MeSH dal 2007 ad oggi, utilizzando sia la ricerca libera che quella basata sui termini MeSH.

**RISULTATI** Con la ricerca libera sono stati reperiti 12.954 records, con il selection process sono stati selezionati 45 ritenuti pertinenti di cui 7 con tool di valutazione. La ricerca MeSH ha restituito 3.620 articoli che con applicazione dei filtri di ricerca ha permesso di selezionare 100 records pertinenti di cui 2 con tool di valutazione. Il Maslach Burnout Inventory-MBI (Maslach & Jackson, 1986) risulta essere lo strumento di valutazione della BOS più utilizzato, nonostante sia dimostrato il superamento delle sue 3 dimensioni di valutazione del fenomeno. Durante la ricerca sono infatti emersi numerosi altri strumenti con una diversa considerazione della sindrome sia dal punto di vista concettuale che da quello dimensionale toccando aree come Esaurimento Emotivo, Realizzazione Personale, Reazione Depressiva allo Stress, Impotenza, Vuotezza, Noia, Fatigue, Incapacità di Rilassarsi, Sovraccaricare se stessi, Distaccato ed infine Reazione Aggressiva allo Stress contenute nelle dimensioni: Frenetic (alta dedizione lavorativa e coping attivo) Underchallenged (dedizione intermedia) Worn-out (bassa dedizione e coping passivo).

**LIMITI** Consultazione di una sola banca dati e filtro di selezione su due sole lingue.

**CONCLUSIONI** Nonostante la grande varietà di strumenti presenti in letteratura, al momento risultano essere utilizzati in via preferenziale quelli aventi le basi nella visione a tre dimensioni di Maslach, e derivati dal modello del MBI. Questo però non esclude che, con maggiore visibilità ed ulteriori validazioni anche gli strumenti attualmente presi meno in considerazione potrebbero con il tempo diventare una valida alternativa in grado di supportare in maniera solida la diagnosi della BOS dando maggiore visibilità ad un fenomeno in via di sviluppo e sempre più frequente tra lavoratori e studenti in formazione, definendo l'importanza di una idonea formazione sui possibili fattori di rischio e sul corretto uso dei diversi strumenti attualmente disponibili.

**Autore per la corrispondenza:** Lucertini Carla – AOU Ospedali Riuniti di Ancona –  
Email: carla.lucertini@ospedaliriuniti.marche.it



## 106. Survey per la valutazione del ruolo del centro de salud nello scenario dell'infermieristica di comunità italiana

Lucertini Carla<sup>1</sup>, Rihai Kalthoum<sup>2</sup>, Dignani Lucia<sup>1</sup>, Gioacchini Gloria<sup>1</sup>, Toccaceli Andrea<sup>1</sup>

<sup>1</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona, <sup>2</sup>Università Politecnica delle Marche

**BACKGROUND** In Italia le patologie di natura cronico-degenerativa sono in aumento. L'assistenza domiciliare (ADI) è uno dei punti della complessa rete di servizi assistenziali contenuti nel sistema sanitario nazionale e permette un approccio all'assistito che non consideri solo la malattia ma integri aspetti della vita e delle relazioni. Nel sistema sanitario spagnolo vi è modello di assistenza basata sul superamento dei disquilibri territoriali e sociali rappresentata dal Centro de Salud composto da un team composto di medici, pediatri, infermieri, ausiliari, tecnici amministrativi con l'obiettivo di tutela, promozione e recupero della salute di tutta la comunità; è presente anche un servizio di primo soccorso ambulatoriale che permette alla popolazione di ricevere una prima assistenza senza recarsi nell'immediato al pronto soccorso ospedaliero. Il Centro de Salud risponde alla domanda di assistenza sempre più frequentemente proveniente da pazienti pluripatologici, I Sistemi Sanitari italiano e spagnolo appaiono simili in quanto a raggiungimento di obiettivi improntati sulla centralità dell'assistito e volti alla diminuzione di cronicità, ma allo stesso tempo differenti.

**OBIETTIVI** Valutare il ruolo del Centro de Salud nello scenario dell'infermieristica di comunità italiana.

**METODI** È stata condotta una survey per individuare la necessità del Centro de Salud all'interno del modello sanitario italiano, svoltasi nel periodo agosto-ottobre 2017 su due campioni nel distretto di Fabriano- Sassoferrato (Ancona): 1: infermieri che prestano servizio in ADI; 2: popolazione del setting arruolata all'uscita da farmacie e ambulatori MMG. Sono stati inclusi nello studio persone con la maggiore età e cognitivo non compromesso. Lo strumento utilizzato è un questionario ad hoc compilato in forma anonima e facoltativa composto: sezione con sintesi modello Centro de Salud, 2 item a risposta dicotomica (SI/ NO), 9 Items valutabili con scala Likert (1= nulla 5= moltissimo) e 1 item con scala Likert invertita come quesito tranello per accertare l'affidabilità delle risposte date.

**RISULTATI** Il campione "popolazione" è composto da 71 unità (77.46% femmine) il 54,92% ha una età compresa tra 41- 50 anni e risulta occupato lavorativamente, il 43,66% abita nel raggio da 2 a 5 Km dal MMG, l'80,28% degli arruolati raggiunge il MMG in auto, il 49,30% si reca dal MMG 1 volta al mese. Il 92,96% non conosce il Centro de Salud mentre la media ottenuta negli Items con scala Likert oscilla da 2,14 al 4,51 riferiti ai temi di percezione livello assistenza infermieristica Chi si è rivolto all'ADI per sé o conoscente ha valutato il suo livello di soddisfazione per il servizio offerto di poco superiore alla media (2,85) sentendosi mediamente seguito dal MMG al rientro da un ricovero (2,55) si ritiene mediamente informato sulle sue complicanze e fattori di rischio legati alle patologie croniche (2,52) e ritiene importante la presenza di un equipe medico di famiglia- infermiere (4,44), ritiene che il centro de salud possa migliorare la qualità dell'assistenza ricevuta (3,9), il tema di questo Item viene riportato con diversa forma nell'item "tranello" che ottiene la media più bassa (2.04) confermando una attenta lettura da parte degli arruolati, del questionario ad hoc utilizzato. Infine in 94,37% è favorevole alla introduzione di un modello come il Centro de Salud nel SSN italiano. Il campione "Infermieri ADI" ha avuto un response rate del 100% e risulta composto da: 79% femmine, con età compresa tra 41-50 anni in prevalenza e in servizio da 11 anni a oltre 20 anni. Il 78.75% dei rispondenti non conosce il Centro de Salud. La media ottenuta nelle risposte date agli item va dal 2,64 (percezione integrazione tra cura-prevenzione- promozione salute nel SSN) e 4,43 su importanza continuità assistenziale. Il campione "infermieri" ritiene che nell'assistenza primaria sia utile l'attribuzione ad ogni nucleo familiare di un infermiere associato al proprio medico di famiglia (4,14) mentre il Centro de Salud può essere uno strumento di miglioramento per la qualità assistenziale (3,93) tema che posto a Item tranello ottiene valore media 1,57 confermando anche in questo caso una consultazione attenta dello strumento utilizzato. Infine la totalità degli arruolati per il campione "infermieri" auspica l'introduzione del modello del Centro de Salud nel SSN italiano.

**LIMITI** Monocentricità dello studio e caratteristiche del setting analizzato rappresentato da area decentrata rispetto alle strutture sanitarie per acuti.

**CONCLUSIONI** I campioni sono in accordo sulla necessità di attribuire ad ogni nucleo familiare un'equipe medico –infermiere al fine di garantire un'assistenza attenta e mirata. I risultati di questa ricerca mettono in luce i punti di forza e debolezza del territorio preso in esame e le possibili azioni di miglioramento del sistema assistenziale.

**Autore per la corrispondenza:** Lucertini Carla – AOU Ospedali Riuniti di Ancona –  
Email: carla.lucertini@ospedaliriuniti.marche.it

## 107. La gestione infermieristica di un fast-track radiologico di pronto soccorso: una strategia per ottimizzare le risorse e ridurre i tempi di attesa

Lucertini Carla<sup>1</sup>, Schiano Martina<sup>2</sup>, Ricchiuto Pierluigi<sup>2</sup>, Toccaceli Andrea<sup>1</sup>, Valeri Beatrice<sup>1</sup>, Sansò Cristina<sup>1</sup>, Dignani Lucia<sup>1</sup>

<sup>1</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona, <sup>2</sup>Università Politecnica delle Marche

**BACKGROUND** Uno dei maggiori problemi presenti all'interno del Pronto Soccorso è il sovraffollamento dato dalla sproporzione tra la domanda sanitaria (numero di pazienti in attesa e in carico) e le risorse disponibili, che può portare inevitabilmente alla latenza nella presa in carico ed un ritardo nell'effettuazione di accertamenti diagnostici. Da qui nasce l'importanza di utilizzare sistemi di triage, quali i fast - track che permettono di effettuare scelte di priorità razionalizzando i tempi di attesa. Con lo scopo di rendere più uniforme la valutazione dell'utente e, quindi, la scelta della priorità di accesso, è necessario che le aziende sanitarie predispongano protocolli e/o procedure cliniche e organizzative basati su Evidence Based Medicine (EBM) ed Evidence Based Nursing (EBN) condivise con gli operatori.

**OBIETTIVI** Verificare un sistema diretto a un gruppo di pazienti con lievi traumatismi della parte distale degli arti che permetta all'infermiere di triage di richiedere la radiografia (RX) al momento della valutazione dell'utente all'accesso in PS. In questo contesto risulta essenziale valutare la variabile tempo all'interno del PS per ridurre il congestionamento e i lunghi tempi di attesa e trattamento.

**METODI** Lo studio è stato condotto da giugno a settembre 2015, presso la SOD Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona. Sono stati confrontati 360 verbali in cui viene richiesto dal medico l'esame radiologico del distretto anatomico interessato all'utente. Il verbale è stato confrontato con una flow chart elaborata in precedenza, utilizzata dall'infermiere di triage come ipotetico protocollo per la richiesta di RX al momento dell'accettazione in PS per: trauma contusivo – distorsivo isolato di un arto (dal gomito in giù e dal ginocchio in giù, compresi gomito e ginocchio) o con presenza di dolore alla digitopressione con Numerical Rating Scale (NRS) > 4. Infine sono stati confrontati i due tempi: 1) il tempo di attesa (intervallo di tempo tra arrivo in PS e visita medica) e 2) intervallo di tempo tra inizio visita medica e dimissione.

**RISULTATI** Su 360 verbali analizzati il medico ha richiesto l'esame radiologico per 359 pazienti, quindi per il 99,7% l'infermiere avrebbe richiesto, agli stessi pazienti, la radiografia con un margine di errore dello 0,3%. Questi risultati dimostrano che l'utilizzo del protocollo non porterebbe ad un aumento di prestazioni radiologiche e quindi ad un consumo maggiore di risorse da parte dell'Azienda Sanitaria. È stato analizzato il tempo totale medio atteso dall'arrivo alla dimissione in PS da un paziente: 130 minuti per eseguire la visita con medico di PS; 35 minuti per poter effettuare l'esame radiologico richiesto dal medico; 30 minuti per la refertazione e ulteriori 80 minuti per la dimissione, per un totale di tempo medio atteso di 275 minuti all'interno del PS rispettando gli attuali tempi di percorso. Una volta calcolati i tempi medi, si è andato a sottrarre il tempo di attesa che intercorre tra arrivo e visita medica, al tempo totale (arrivo – dimissione). Si è evidenziato che il percorso breve fast – track radiologico e l'applicazione del protocollo riduce i tempi di attesa del paziente a 145 minuti, riducendo di 130 minuti i tempi di attesa.

**LIMITI** Scelta del tipo di studio utilizzato, osservazionale retrospettivo. Assenza di un confronto tra i casi con i controlli, la ridotta dimensione campionaria.

**CONCLUSIONI** L'uso di un fast – track radiologico può ridurre i tempi medi di attesa del 53%, portando, inoltre, ad una riduzione dell'affollamento della sala d'attesa e miglioramento della gestione dei codici minori da parte dell'infermiere di triage.

**Autore per la corrispondenza:** Lucertini Carla – AOU Ospedali Riuniti di Ancona –  
Email: carla.lucertini@ospedaliriuniti.marche.it

## 108. Magnet Hospital: quality of nursing in un setting ospedaliero italiano. Studio multi-day cross-sectional

Lucertini Carla<sup>1</sup>, Valeri Beatrice<sup>1</sup>, Dignani Lucia<sup>1</sup>, Toccaceli Andrea<sup>1</sup>, Pelusi Gilda<sup>2</sup>

<sup>1</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona, <sup>2</sup>Università Politecnica delle Marche

**BACKGROUND** La soddisfazione professionale è un concetto chiave all'interno delle organizzazioni produttive, in particolare per quelle che forniscono assistenza sanitaria. I Magnet Hospital sono strutture ospedaliere che curano con particolare attenzione il rapporto con il personale sanitario dipendente, quello infermieristico in particolare, e che esercitano un fenomeno di attrazione che si manifesta con il benessere del professionista che si sente molto motivato nel proprio agire e tende a restare a lungo nella stessa azienda.

**OBIETTIVI** Individuare il Dipartimento più virtuoso relativamente ai punti contenuti nella NWI-r, nella MMSS e nella NSNS, all'interno dell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Ancona. Verranno valutate: la qualità dell'assistenza; il miglioramento della qualità; gli infermieri come insegnanti e lo sviluppo professionale (ACNN, Requisiti 6/7/11/14 per ottenere l'accreditamento Magnet Hospital).

**METODI** Lo studio svolto è un quantitativo multi-day cross-sectional ed il campione scelto è non probabilistico di convenienza. Sono stati inclusi gli infermieri appartenenti a sette dipartimenti dell'Azienda, presenti nelle SS.OO.DD. nel momento della raccolta dati ed i pazienti degenti nei reparti. Le variabili osservate sono: la qualità dell'assistenza; il miglioramento della qualità; gli infermieri come insegnanti; lo sviluppo professionale (ACNN, Requisiti 6/7/11/14 per ottenere l'accreditamento Magnet Hospital). Gli strumenti utilizzati sono le scale di valutazione validate: Nurse Working Index Review (NWI-r); McCloskey/Mueller Satisfaction Scale (MMSS); Newcastle Satisfaction with Nurses Scales (NSNS). La raccolta dati si è svolta da Aprile a Giugno 2016 ed ha previsto, oltre ai normali test per il confronto dei valori medi osservati nelle variabili continue, l'uso dell'indice di correlazione lineare per verificare i rapporti tra le variabili oggetto dello studio.

**RISULTATI** Sono stati somministrati agli infermieri 477 questionari: 354 compilati (il 74%) e 123 nulli. Analizzando globalmente i risultati ottenuti con lo strumento NWI-r, il dipartimento che risulta essere più soddisfatto è quello di Specialità Mediche e Chirurgiche, con un punteggio di 33 su 48 (68,75% di benessere); con lo strumento MMSS il dipartimento con i punteggi maggiori è Medicina Interna (106/155, cioè 68,39% di benessere); mentre i pazienti che risultano essere più soddisfatti, in base alla NSNS, sono quelli degenti nel dipartimento di Scienze Cardiovascolari. Il test di correlazione di Bravais-Pearson, ha permesso di incrociare rispettivamente due variabili statistiche, gli items della NWI-r e della MMSS uno ad uno, per verificare se vi fosse un'eventuale relazione di linearità tra di essi. Dall'analisi dei dati, è stato possibile evidenziare quanto segue: • all'aumentare del grado di soddisfazione per un buon nurse-manager, aumenta corrispettivamente il grado di soddisfazione per lo stipendio (MMSS item 1 e NWI-r item 7); • all'aumentare di servizi di supporto adeguati all'interno dei reparti (NWI-r item 1) si incrementa parallelamente un maggior grado di soddisfazione per le ferie (MMSS item 2); • aumenta inoltre la soddisfazione per la programmazione mensile o settimanale del proprio orario di lavoro (MMSS item 8) in contemporanea con il crescere della soddisfazione per l'amministrazione dell'ospedale che ascolta e risponde alle preoccupazioni dei dipendenti (NWI-r 9); • gli infermieri che mantengono contatti sociali con i propri colleghi fuori dall'orario di servizio (MMSS item 18), sono infermieri più soddisfatti, in maniera direttamente proporzionale all'aumentare della soddisfazione per il numero di operatori adeguato per fornire assistenza di qualità (item 3 NWI-r), allo staff di vigilanza presente (NWI-r 5) e all'amministrazione dell'ospedale che ascolta le preoccupazioni dei dipendenti (NWI-r 9); • il livello di responsabilità per il proprio lavoro (MMSS item 29), aumenta con la presenza di servizi di supporto adeguati (NWI-r item 1), con uno staff di vigilanza efficiente (NWI-r item 5) e con la presenza di benefici elargiti dall'azienda (MMSS item 3). Con il test-U di Mann Whitney possiamo rifiutare l'ipotesi nulla, garantendo la non casualità delle risposte. Infatti per quanto riguarda il campione infermieristico, il sesso o avere effettuato una formazione post base non modifica la soddisfazione degli infermieri, che si differenzia soltanto in base al dipartimento di appartenenza.

**LIMITI** Disegno dello studio (osservazionale) che non tiene conto del turn-over del setting indagato.

**CONCLUSIONI** Investire su un professionista soddisfatto del proprio lavoro permette alle organizzazioni sanitarie di raggiungere l'obiettivo di fornire cure di qualità ai loro assistiti ed il miglioramento degli ambienti di lavoro si traduce in un miglioramento per gli outcomes assistenziali degli assistiti.

**Autore per la corrispondenza:** Lucertini Carla – AOU Ospedali Riuniti di Ancona –  
Email: carla.lucertini@ospedaliriuniti.marche.it

## 109. Ruolo dello sviluppo professionale nei Magnet Hospital. Studio quali- quantitativo

Lucertini Carla<sup>1</sup>, Valeri Beatrice<sup>1</sup>, Toccaceli Andrea<sup>1</sup>, Dignani Lucia<sup>1</sup>, Pelusi Gilda<sup>2</sup>

<sup>1</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona, <sup>2</sup>Università Politecnica delle Marche

**BACKGROUND** I Magnet Hospital sono strutture ospedaliere che curano con particolare attenzione il rapporto con il personale sanitario dipendente, quello infermieristico in particolare, e che esercitano un fenomeno di attrazione che si manifesta con il benessere del professionista che si sente molto motivato nel proprio agire e tende a restare a lungo nella stessa azienda. Da qui è nata l'esigenza di ricercare il grado di soddisfazione degli infermieri che lavorano all'interno dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona (AOU OO.RR.), tramite l'utilizzo di tre strumenti validati: Nursing Work Index review; McCloskey/Mueller Satisfaction Scale; Newcastle Satisfaction with Nurses Scales. Lo studio svolto è un quantitativo multi-day cross-sectional ed il campione è non probabilistico di convenienza. Sono stati somministrati agli infermieri 477 questionari e 76 questionari ai pazienti. Incrociando i risultati delle tre scale di valutazione, è emerso che i dipartimenti dove gli infermieri ed i pazienti risultano essere più soddisfatti sono: Specialità Mediche e Chirurgiche, Medicina Interna e Scienze Cardiovascolari.

**OBIETTIVI** Individuare le motivazioni del virtuosismo dei tre dipartimenti dell'AOU OO.RR. di Ancona in merito a: la qualità dell'assistenza; il miglioramento della qualità; gli infermieri come insegnanti e lo sviluppo professionale (ACNN, Requisiti 6/7/11/14 per ottenere l'accreditamento Magnet Hospital).

**METODI** Lo studio è un quali-quantitativo. Le variabili osservate sono: la qualità dell'assistenza; il miglioramento della qualità; gli infermieri come insegnanti e lo sviluppo professionale (ACNN, Requisiti 6/7/11/14 per ottenere l'accreditamento Magnet Hospital). Analisi quantitativa- Il campione è rappresentato dalla documentazione infermieristica in uso nei dipartimenti dell'AOU OO.RR. risultati più virtuosi; e dall'analisi dei corsi di formazione svolti all'interno dei singoli dipartimenti negli ultimi 5 anni. Lo strumento utilizzato è una griglia per la valutazione di: accertamento infermieristico; presenza delle schede con le principali scale di valutazione indicate dalla AOU OO.RR. e presenza delle schede indicanti i temi contenuti nel termometro della qualità assistenziale. Analisi qualitativa- Il campione oggetto dello studio è rappresentato da infermieri, fino ad un massimo di 10 per ogni dipartimento. Lo strumento di indagine è un'intervista singola strutturata con tre domande aperte, previo rilascio del consenso del partecipante. I dati raccolti mediante le interviste sono stati analizzati secondo il metodo Parse. Il periodo di osservazione è stato da Febbraio a Settembre 2017.

**RISULTATI** Analisi quantitativa- La documentazione infermieristica presente all'interno delle singole SOD dei Dipartimenti è completa rispetto ai temi contenuti nel documento del termometro della qualità aziendale. In tutte le SOD sono presenti schede per il monitoraggio delle lesioni da pressione, della gestione della caduta, degli accessi venosi centrali e del catetere vescicale. Inoltre viene svolto l'accertamento infermieristico secondo i modelli funzionali di Gordon. Ai sensi del DGR 520/2013, i tre Dipartimenti più virtuosi hanno sviluppato la loro formazione nel periodo 2012-2017 seguendo percorsi differenti. Le tematiche maggiormente affrontate sono l'area 2 (170 corsi), con linee guida, protocolli e procedure, l'area 6 (41corsi), la sicurezza del paziente e Risk Management, l'area 3 (37 corsi) con la documentazione clinica, percorsi clinico-assistenziali diagnostici, riabilitativi e profili di cura. Analisi qualitativa- Dalla codifica delle parole degli intervistati sono state individuate delle etichette che hanno permesso di identificare tre temi comuni sull'argomento trattato. Assistenza di qualità: viene svolta un'assistenza di qualità che pone al centro il benessere e la salute del paziente, si lavora con protocolli e linee guida aggiornate basate sulle migliori evidenze scientifiche. Collaborazione interprofessionale: il rapporto con i medici è fondamentale per raggiungere outcomes di eccellenza; si basa su fiducia, dialogo e collaborazione. Gli infermieri sono di supporto in tutte le decisioni che riguardano il paziente. Viene considerata importante anche la figura dell'oss che collabora con gli infermieri. Sviluppo professionale: risulta un forte desiderio di poter continuare a crescere professionalmente ed una grande soddisfazione per le occasioni ricevute per apportare miglioramenti all'interno delle proprie realtà operative.

**LIMITI** Disegno dello studio quantitativo di tipo osservazione. Assenza triangolazione dei dati.

**CONCLUSIONI** Investire su un professionista soddisfatto del proprio lavoro permette alle organizzazioni sanitarie di raggiungere l'obiettivo di fornire cure di qualità ai loro assistiti, ed il miglioramento degli ambienti di lavoro si traduce in un miglioramento per gli outcomes assistenziali delle persone assistite.

**Autore per la corrispondenza:** Lucertini Carla – AOU Ospedali Riuniti di Ancona –  
Email: carla.lucertini@ospedaliriuniti.marche.it

## 110. Le aggressioni fisiche e verbali tra gli studenti in Infermieristica: risultati di uno studio osservazionale

Lupo Roberto<sup>1</sup>, Camino Raffaele<sup>2</sup>, D'abate Antonietta<sup>3</sup>, Simonetti Valentina<sup>4</sup>, Santoro Pietro<sup>5</sup>, Galli Francesco<sup>6</sup>, Comparcini Dania<sup>7</sup>

<sup>1</sup>ASL Lecce, <sup>2</sup>Ospedale "S. Giuseppe da Copertino", <sup>3</sup>Azienda Sanitaria Regionale del Molise, <sup>4</sup>ASUR - Area Vasta N. 5, <sup>5</sup>Math Counseling, <sup>6</sup>ASUR - Area Vasta N. 2, <sup>7</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona

**BACKGROUND** La violenza sul lavoro (workplace violence) è un fenomeno che interessa tutti gli ambiti professionali, in particolare, il rischio è più elevato per gli infermieri e, in generale, per coloro che lavorano in ambito sanitario e che si interfacciano direttamente con l'utenza. Gli studenti di Infermieristica, inseriti in un percorso formativo professionalizzante che include il tirocinio in ambito clinico, sono parimenti esposti a questo fenomeno. Ad oggi, la dimensione reale del fenomeno non è nota e in letteratura sono esigui gli studi in merito alle aggressioni fisiche e verbale tra gli studenti Infermieri italiani, sempre più a rischio di abbandonare il percorso di studi intrapreso.

**OBIETTIVI** Determinare la prevalenza del fenomeno della violenza fisica e verbale subita dagli studenti infermieri ed eventuali conseguenze psico-fisiche correlate.

**METODI** È stato condotto uno studio multicentrico trasversale in un campione di studenti afferenti a tre Corsi di laurea in Infermieristica (Lecce, Reggio Emilia e Campobasso), utilizzando la versione italiana del questionario "Violent Incident Form" (VIF). Lo strumento d'indagine è costituito da quattro sezioni: la prima rileva le caratteristiche socio-demografiche del campione (età, anno frequentante, istituzione di appartenenza, sede), la seconda (20 item) e la terza (12 item) sono finalizzate a rilevare frequenze e caratteristiche degli episodi di violenza fisica e verbale e possibili ripercussioni psico-fisiche. Lo strumento d'indagine è stato informatizzato tramite la piattaforma di google drive e diffuso attraverso la mailing list a cui gli studenti erano iscritti.

**RISULTATI** Dal campione (n=318), età media di 23 anni (DS=4.2) si evince che circa il 15% ed oltre il 50% degli studenti è stato vittima rispettivamente di almeno un episodio di violenza fisica e verbale. Il 52.5% (n=167) ha riferito di aver subito, durante il corso di studi, episodi di molestie (20%) e minacce (12%) durante il periodo di tirocinio. Il 53.1% degli episodi di aggressione fisica (n=17) e il 76.9% delle aggressioni verbali (n=100) sono avvenuti durante l'orario di tirocinio, il 46.9% (n=15) dopo l'orario delle lezioni e il 23% (n=30) fuori dagli orari universitari. Il setting principale dell'aggressione fisica è il dipartimento chirurgico (28%), segue il dipartimento medico (22%), dipartimento di emergenza-urgenza (12.5%) e quello geriatrico-riabilitativo (12.5%). I partecipanti hanno dichiarato che l'aggressore, generalmente è di genere maschile (62.5%), di età superiore ai 19 anni; nel 50% dei casi di aggressione fisica l'aggressore è stato un paziente, nel 30% uno studente e per il 12% dei casi la violenza è stata perpetrata da un tutor clinico. Il 40.6% (n=13) del campione ha scelto di non denunciare gli eventi avversi subiti per paura; il 25% del campione riferisce sentimento di rabbia ed umiliazione, mentre per il 6.3% del campione la partecipazione allo studio ha rievocato l'episodio di violenza subita.

**LIMITI** Il principale limite dello studio riguarda la possibilità che si siano verificati casi di recall bias correlati alla compilazione del questionario, effettuata in un periodo successivo alle aggressioni subite.

**CONCLUSIONI** Le aggressioni fisiche e verbali, interne ed esterne, sono presenti in tutti i setting sanitari, non escluso quello della formazione degli studenti infermieri. Le violenze subite possono avere ripercussioni sul benessere psico-fisico dello studente, sull'opinione che può sviluppare della professione e sul proseguo degli studi. Sarebbe auspicabile, quindi, incrementare il monitoraggio e la prevenzione di tali eventi durante il periodo di formazione clinica dello studente ed approfondire lo studio del fenomeno nel contesto italiano attraverso ulteriori studi multicentrici.

**Autore per la corrispondenza:** Lupo Roberto – ASL Lecce – Email: robertolupo\_2015@libero.it

## 111. Analisi del disagio lavorativo tra gli infermieri italiani: studio osservazionale

Lupo Roberto<sup>1</sup>, Santoro Pietro<sup>2</sup>, D'abate Antonietta<sup>3</sup>, Simonetti Valentina<sup>4</sup>, Comparcini Dania<sup>5</sup>

<sup>1</sup>ASL Lecce, <sup>2</sup>Ospedale "S. Giuseppe da Copertino", <sup>3</sup>Azienda Sanitaria Regionale del Molise, <sup>4</sup>ASUR - Area Vasta N. 5,

<sup>5</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona

**BACKGROUND** Negli ultimi anni particolare importanza è stata data alle malattie lavoro-associate (work-related diseases) attraverso la valutazione dei rischi psicosociali. Dalla letteratura si evince come lo stress e l'insonnia, il lavoro a turni, i cambiamenti organizzativi, l'assenza di controllo e la precarietà del lavoratore, possono provocare disagio lavorativo (mobbing, burnout, stress lavorativo, molestie). I Professionisti Infermieri, svolgendo una professione d'aiuto possono riscontrare situazioni di disagio lavorativo. Ad oggi, sono esigui gli studi in letteratura sul disagio lavorativo ed i rischi psicosociali correlati al disturbo del sonno e la percezione dello stress.

**OBIETTIVI** Determinare il disagio lavorativo ed eventuali correlazioni con il disturbo del sonno e livelli di stress in una popolazione di infermieri italiani.

**METODI** Da Aprile a Settembre 2015 è stato condotto uno studio multicentrico trasversale in un campione di infermieri italiani (n= 210) utilizzando un questionario sul disagio lavorativo; ai partecipanti è stato chiesto anche di compilare due scale per valutare l'indice di qualità del sonno e misurare la percezione dello stress, rispettivamente la Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) e la Perceived Stress Scale (PSS) a 10 item.

**RISULTATI** Tra gli infermieri che hanno aderito all'indagine il 29.5% è di genere maschile e il 70.5% di genere femminile. L'età media è di 42.2 anni (DS 9.3). Gran parte del campione lavora come infermiere (87.1%) a tempo indeterminato (84.3%) e full-time (91.9%). I livelli di mobbing sono mediamente bassi (media  $3.3 \pm 4.5$ ). La scala PSQI, mostra una media al di sopra della soglia minima relativa ad un sonno soddisfacente (media  $7.95 \pm 3.9$ ). La scala PSS-10 si colloca al di sopra delle medie calcolate sui gruppi normativi ( $18.9 \pm 6.4$ ). Dallo studio emerge una sostanziale differenza in termini di qualità del sonno tra infermieri (28%) e coordinatori (54%). Sono state eseguite correlazioni tra età e salute percepita ( $r=-0.301$ ,  $p<0.341$ ).

**LIMITI** Data la ridotta numerosità campionaria, il campione reclutato potrebbe non essere rappresentativo di tutta la popolazione infermieristica italiana.

**CONCLUSIONI** Dall'analisi delle correlazioni tra l'età e la salute percepita si evince che all'aumentare degli anni la percezione della propria salute tende a peggiorare. La presenza di Mobbing è legata ad una diminuzione importante delle condizioni di salute, ad un peggioramento sensibile della qualità del sonno e a livelli più alti di stress percepito. All'aumentare della qualità del sonno aumenta la salute percepita. Gli infermieri turnisti presentano risvolti negativi sul piano della salute, fra gli aspetti più influenti legati al mobbing rientrano quelli legati alla vita sociale tra i colleghi e allo stile di leadership esercitato dai dirigenti. Alla luce dei risultati ottenuti, si avvalora l'ipotesi che, dopo le relazioni tra colleghi, lo stile di leadership sia un fattore determinante per l'instaurazione e il mantenimento del Mobbing; future ricerche multicentriche dovrebbero essere orientate all'individuazione dei modelli direzionali di tipo partecipativo per ridurre l'incidenza del fenomeno.

**Autore per la corrispondenza:** Lupo Roberto – ASL Lecce – Email: robertolupo\_2015@libero.it



## 112. Fast-Track: percorso veloce di recupero funzionale per artroprotesi totale d'anca e di ginocchio

Maffia Pierfrancesco<sup>1</sup>, Amendola Filomena<sup>1</sup>, Zanelli Matteo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Università degli Studi di Parma, <sup>2</sup>Azienda USL Reggio Emilia

**BACKGROUND** L'intervento di artroprotesi d'anca (PTA) e di ginocchio (PTG) è uno dei più frequenti interventi chirurgici ortopedici oggi effettuati. La domanda europea e mondiale per questa tipologia di interventi è in continua crescita. Negli ultimi decenni i progressi conseguiti nel settore dell'artroprotesi, tra cui la conoscenza biomeccanica, la tecnica chirurgica, i materiali protesici, contrastano con la gestione medica peri-operatoria rimasta pressoché invariata soprattutto in Italia. Il recupero rapido del paziente inteso come sintesi delle pratiche mediche più avanzate nella gestione di dolore, sanguinamento e nel controllo accurato delle complicanze rappresenta il fondamento del percorso di recupero funzionale Fast-Track, introdotto e divulgato in Italia dal Dr. A. Baldini. Il percorso veloce richiede un approccio multimodale e conferisce al paziente un ruolo di protagonista attivo del proprio recupero riabilitativo tramite un processo educativo pre-operatorio ed una presa di coscienza appropriata delle aspettative. È ormai provato che una collaborazione tra direzione sanitaria, team anestesilogico e chirurgico, infermieri e fisioterapisti conduce ad un recupero rapido per pazienti sottoposti a PTG/PTA. Il Fast-Track per protesi totale di ginocchio e anca è un'entità dinamica e offre al paziente il miglior trattamento possibile in ogni momento del percorso. Il concetto Fast-Track combina le caratteristiche cliniche basate sulle evidenze con l'ottimizzazione organizzativa, revisionando le tradizioni mediche. La metodica propone un trattamento multimodale costituito da strategie di gestione di sanguinamento, dolore e ferita chirurgica uniti a fisioterapia precoce per creare delle condizioni riabilitative ottimali. I risultati misurati riguardano lunghezza del soggiorno; riduzione di morbidità/mortalità; miglioramento dei parametri clinici; recupero funzionale e soddisfazione del paziente.

**OBIETTIVI** Obiettivo dello studio di tesi è analizzare gli elementi che compongono il percorso Fast-Track, le innovazioni introdotte nell'ambito della multimodalità dei trattamenti, i risultati funzionali raggiunti con il suo impiego e la verifica dell'efficacia di un sistema veloce, il cui razionale ha caratteristiche multidisciplinari.

**METODI** Il progetto di tesi è stato condotto presso l'Ospedale Civile di Guastalla sotto la guida del Dr. M. Zanelli. Gli strumenti di valutazione utilizzati per definire lo studio sono: scale di valutazione e scheda di raccolta dati. Il protocollo prevede una visita specialistica ortopedica; reclutamento dei pazienti; lezione pre-operatoria per educare e informare il paziente sulle tappe del percorso e le reali aspettative di outcome. La riabilitazione inizia 5 ore post-intervento. La dimissione è prevista in 4<sup>a</sup> giornata. Il recupero rapido migliora la gestione medico-sanitaria del paziente stesso. Procedure e terapie hanno fondamenti EBM (Evidence Based Medicine) ed ampio riscontro in letteratura. Sono state prese come indicatori di risultato scale di valutazione per dolore, escursione articolare, autonomie, soddisfazione del paziente. È stata realizzata ad hoc una scheda per monitorare l'applicazione delle strategie previste nelle varie fasi del percorso.

**RISULTATI** I risultati mostrano un andamento uniforme e controllato del parametro dolore con valori della scala NRS.

**LIMITI** Limiti dello studio sono stati l'analisi di un campione ridotto, che non ha portato a risultati statisticamente significativi e la mancanza di un caso controllo.

**CONCLUSIONI** In conclusione i risultati dimostrano che il lavoro d'equipe multidisciplinare con approccio uniforme al paziente, combinato alla proposta di un trattamento multimodale, ha portato a: riduzione dei giorni di degenza rispetto ad un percorso di recupero postoperatorio tradizionale; maggior soddisfazione dei pazienti; miglioramento dei parametri clinici con riduzione del dolore postoperatorio; incremento progressivo dei ROM articolari; deambulazione precoce; incremento della resistenza al cammino.

**Autore per la corrispondenza:** Amendola Filomena – Università degli Studi di Parma – Email: famendola@ausl.pr.it



### 113. Efficacia del progetto “prevenzione e qualità di vita nella malattia coronarica”: valutazione degli esiti a 8 anni di attività

Maiorano Arianna, Bergonzo Daniela, Figus Roberto, Geninatti Silvio, Noussan Patrizia

ASL TO2

**BACKGROUND** Secondo l’Organizzazione Mondiale della Sanità, la malattia cardiovascolare è attualmente la principale causa di morte nel mondo ed è stimata in continuo aumento. L’Unità di Terapia Intensiva Coronarica (UTIC) del presidio ospedaliero (p.o.) S.G. Bosco di Torino ha avviato il progetto “Prevenzione e qualità di vita nella malattia coronarica”, il quale, inserendosi nel contesto della prevenzione secondaria, si pone come obiettivo il miglioramento della qualità di vita del paziente affetto da malattia cardiovascolare al fine di aumentarne la probabilità di sopravvivenza. Il progetto prevede un colloquio iniziale di counseling infermieristico in cui si identificano i fattori di rischio individuali modificabili, si incentiva il paziente a modificare lo stile di vita e si illustra il progetto. Segue la fase di arruolamento, che comprende: l’acquisizione del consenso scritto e dei dati basali relativi alla malattia cardiovascolare (esami ematochimici, stile di vita, misure antropometriche), la definizione degli obiettivi da raggiungere e la programmazione, a un mese dall’evento, di un incontro educativo multi-professionale (infermiere, medico, nutrizionista e psicologo) e di 2 follow up individuali a 6 e 12 mesi.

**OBIETTIVI** Identificare e descrivere l’efficacia del progetto di prevenzione realizzato per le persone ricoverate per malattia cardiovascolare, misurando gli esiti di sopravvivenza e di ricadute per stessa patologia cardiaca a 8 anni di attività.

**METODI** È stato condotto uno studio quantitativo prospettico di tipo quasi sperimentale (campione non randomizzato), su un campione di n.893 ricoverati presso l’UTIC dal 31 luglio 2007 al 31 luglio 2015 (età <75 aa; diagnosi di infarto miocardico acuto). I pazienti sono stati suddivisi tra coloro che hanno partecipato al progetto (Gruppo Sperimentale-G.S.) e coloro che non vi hanno preso parte (Gruppo di Controllo-G.C.). Sono state valutate le differenze in merito alla mortalità e alle recidive per stessa patologia. Per quanto riguarda lo studio delle recidive sono stati considerati i seguenti codici ICD-9-CM: infarto miocardico acuto e sottocategorie (410), sindrome coronarica intermedia e sottocategorie (411.1), insufficienza di cuore sinistro (428.1). È stata fissata una significatività statistica per  $p\text{-value} < 0,05$ , testata mediante i test Log-Rango, Verosimiglianza -2Log(LR) e Wilcoxon.

**RISULTATI** Dall’analisi dei dati relativi all’incidenza dei decessi risulta che: G.S. (n=453 pazienti) n.10 decessi (2.21%); G.C. (n=440) n.27 decessi (6,14%). La determinazione del rischio relativo ha evidenziato una probabilità di sopravvivenza maggiore del 4% nel G.S. rispetto al G.C. (I.C. 95%: 1,01-1,07). Lo studio della stima di sopravvivenza a 8 anni non evidenzia differenze statisticamente significative tra i due gruppi, nonostante si osservi che, per i primi 2 anni successivi all’evento acuto, la probabilità di sopravvivenza sia maggiore di circa il 40% nel G.S. rispetto al G.C. A 3 anni, la differenza si riduce drasticamente del 20%, per poi stabilizzarsi fino a circa 5 anni e annullarsi successivamente. Di conseguenza si è deciso di condurre lo studio della stima di sopravvivenza considerando i dati rispetto a un tempo di 5 anni, dal quale è emersa una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi (Wilcoxon Test,  $p = 0.0287$ ). Lo studio dell’esito recidive mostra quanto segue: G.S. (n=207) n.43 recidive (20,77%); G.C. (n=215) n.54 recidive (25,12%). Non è emersa alcuna differenza statisticamente significativa tra i due gruppi.

**LIMITI** Il primo limite è rappresentato dalla mancata reperibilità dei dati relativi a n.52 pazienti della popolazione totale. In merito alle recidive è stato possibile analizzare i dati dei soli pazienti residenti nei territori di competenza dell’Azienda Sanitaria Locale TO2, con conseguente dimezzamento del campione.

**CONCLUSIONI** Il progetto costituisce una valida strategia al fine di aumentare la probabilità di sopravvivenza nei pazienti affetti da malattia cardiovascolare: se la probabilità di sopravvivenza a 8 anni non presenta differenze statisticamente significative tra i due gruppi, quella a 5 anni sì. Questo fenomeno può trovar ragione nell’effetto memoria sia dell’evento acuto, correlato alla maggiore percezione di paura di recidiva, sia dei contenuti educativi trasmessi attraverso il progetto, ancora recenti. Allontanandosi dal follow up a 12 mesi, l’effetto memoria potrebbe diminuire e costituire, pertanto, uno dei fattori di decrescita della probabilità di sopravvivenza nel tempo. Potrebbe essere utile l’inserimento di follow up a cadenza temporale regolare, in aggiunta a quelli già previsti. Lo studio degli eventi recidiva non ha prodotto differenze statisticamente significative tra i due gruppi: se il progetto di prevenzione aumenta la probabilità di sopravvivenza, esso tuttavia, non riduce la comparsa di recidive in seguito ad infarto miocardico acuto, dove la funzione e l’integrità anatomica/vascolare non può essere ripristinata in alcun caso.

**Autore per la corrispondenza:** Maiorano Arianna – ASL TO2 – Email: a.maiorano93@gmail.com

## 114. La salute del professionista sanitario: ricerca quantitativa sulla Burnout Syndrome e stress lavoro-correlato in Ematologia e Centro Trapianti di Midollo Osseo

Mancini Arianna<sup>1</sup>, Gatti Chiara<sup>2</sup>

<sup>1</sup>AOU Maggiore della Carità di Novara, <sup>2</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona

**BACKGROUND** Nella società odierna, sempre più attenta a perseguire l'efficacia e l'efficienza, si rischia di perdere di vista il concetto di salute del professionista. Secondo quanto riportato nel D.Lgs. 81/2008 art.3 comma 4, lo stress lavoro correlato può essere causato da fattori diversi come il contenuto del lavoro, carenze nella comunicazione, l'eventuale inadeguatezza nella gestione dell'organizzazione e dell'ambiente di lavoro, etc. L'European Agency for Safety and Health at Work definisce lo stress lavoro correlato come una variabile che intercorre nel momento in cui le richieste, provenienti dall'ambiente lavorativo, eccedono la capacità dell'individuo nel fronteggiarle. Un elemento che potrebbe scaturire da esso è la sindrome del burnout che, secondo Maslach, rappresenta un esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale. I costi per la società possono essere assenteismo, calo della produttività, invalidità e richieste di pensionamento anticipato. Maggiormente coinvolte in questo processo sono le helping professions: si tratta di una patologia professionale particolarmente rilevante per l'area socio-sanitaria.

**OBIETTIVI** Valutare lo stress lavoro-correlato ed il burnout nel setting infermieristico di Ematologia e Centro Trapianti di Midollo Osseo dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Maggiore della Carità" di Novara.

**METODI** È stata condotta una ricerca di tipo quantitativo-osservazionale nei mesi Marzo-Aprile 2017 nella SCU Ematologia e Centro Trapianti di Midollo Osseo dell'AOU Maggiore della Carità di Novara, dove sono stati reclutati tutti gli infermieri in organico (n=12). Lo studio ha previsto la somministrazione di 2 questionari: il Job Content Questionnaire di Karasek (50 affermazioni) ed il questionario Maslach Burnout Inventory (MBI, con 22 affermazioni).

**RISULTATI** Il response rate è stato del 100%. Dall'analisi dei dati raccolti dalla MBI si evince che per quanto riguarda l'item "esaurimento emotivo" il 66,6% del campione presenta un livello di burnout basso, il 16,6% medio ed il 16,6% elevato; per l'item "depersonalizzazione" il 66,6% ha un livello di burnout basso, l'8,3% medio ed il 25% elevato; per l'item "realizzazione personale" il 58,3% mostra un livello basso, il 16,6% medio ed il 25% elevato". Incrociando i livelli di burnout con le variabili socio-demografiche emerge che coloro che hanno un livello basso sono del genere femminile (74,1% vs 33,3% maschile), di età compresa tra 41-50 anni (73,3% vs 53,3% di età 31-40 anni), con esperienza lavorativa >20 anni (80% vs 50% di coloro che lavorano da meno di 10 anni), e con turnistica h24 (73,3% vs 44,4% infermiere h12). Al contrario, dimostrano un elevato livello di burnout coloro che sono di genere maschile (55,6% vs 11,1% femminile), di età compresa tra 31-40 anni e 41-50 anni (26,6% in egual misura vs 0% fascia 20-30 anni), con esperienza lavorativa compresa tra 11-20 anni (33,3% vs 20% della fascia >20 anni) e con turnistica dal lunedì al venerdì (44,4% vs 16,6% del personale h12). Per quanto riguarda la variabile "durata d'impiego in questo reparto" vi è una sovrapposizione nella distribuzione del livello di burnout: per tutti e 3 gli item le percentuali derivate da coloro che lavorano da 1-5 anni e 6-10 anni sono equamente ripartite, con il risultato di un livello generale medio. Infine, occorre sottolineare che tutti i risultati riguardanti la turnistica di reparto sono stati esposti escludendo il personale part-time, in quanto rappresentato da una sola unità infermieristica. Dalla valutazione dei dati derivanti dalla ricerca sullo stress lavoro-correlato emerge che il 100% degli infermieri risulta avere un'elevata domanda lavorativa ed un elevato potere decisionale secondo i criteri del questionario di Karasek.

**LIMITI** La ridotta numerosità del campione pone dei limiti alla validità esterna. Inoltre, il questionario stress lavoro-correlato di Karasek è di tipo multiprofessionale ed in quanto tale non risulta essere specifico per le professioni sanitarie.

**CONCLUSIONI** Il lavoro è stato condotto in una Struttura Complessa a Direzione Universitaria nata circa 10 anni fa ed è per questo motivo che il campione è stato suddiviso in fasce temporali relativamente circoscritte. Dallo studio si può dedurre che gli infermieri con una maggiore esperienza lavorativa hanno un basso livello di burnout, in quanto hanno sviluppato dei meccanismi compensatori di auto-supporto per fronteggiare questo disagio psico-fisico e le problematiche da esso derivate, sia dal punto di vista professionale che sociale. Questa ricerca deve essere un punto di partenza per la valutazione di tale problema ad ogni ambito assistenziale e multiprofessionale, in quanto coinvolgendo più risorse si potrà iniziare a prendere finalmente in considerazione la salute del professionista e limitare la spesa sanitaria dal fallimento da essa derivato.

**Autore per la corrispondenza:** Gatti Chiara – AOU Ospedali Riuniti di Ancona – Email: chiaragatti91@libero.it

## 115. La visione articolata e unitaria del caring: le comorbidità come elemento di disturbo della percezione dei pazienti

Marcelli Stefano<sup>1</sup>, Capparè Giuseppe<sup>1</sup>, Rasetti Carlo<sup>1</sup>, Soccio Angela<sup>1</sup>, Troiani Silvano<sup>2</sup>, Rocchi Renato<sup>3</sup>, Gatti Chiara<sup>2</sup>, Santarelli Adoriano<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ASUR - Area Vasta N. 5, <sup>2</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona, <sup>3</sup>ASUR - Area Vasta N. 4

**BACKGROUND** Il successo di un'organizzazione sanitaria, dal punto di vista gestionale, dipende dal saper comprendere le esigenze e le aspettative presenti e future, implicite, espresse e latenti dei pazienti, al fine di poterle soddisfare, mirando ad un superamento delle stesse. Vista la specificità della professione infermieristica appare evidente che l'effettiva presa in carico del paziente e della famiglia non si può misurare e di conseguenza raggiungere senza un'effettiva misurazione degli esiti delle performance. La determinazione di queste dimensioni si presenta come un evento complesso e difficile che comprende: la valutazione soggettiva delle reazioni cognitive ed emotive dell'utente sull'esperienza della degenza, la presenza o meno di comorbidità, il background culturale dello stesso, le precedenti esperienze in ambito ospedaliero e le aspettative rispetto all'ambiente fisico e organizzativo in cui si colloca lo stesso. Per l'infermiere che lavora nel campo della salute e delle malattie croniche, la valutazione della soddisfazione dell'utente è necessaria, ciò permette una conoscenza delle aspettative dell'assistito tale da consentirgli di agire su di esse.

**OBIETTIVI** Lo studio in oggetto si pone l'obiettivo di indagare come le variabili età, diagnosi di ingresso e comorbidità incidono sulla percezione dell'utenza in riferimento alla qualità assistenziale ricevuta.

**METODI** Lo studio è di tipo osservazionale realizzato mediante l'impiego della Patient Satisfaction Scale (PSS), uno strumento di valutazione somministrato a 140 pazienti in fase di dimissione presso Asur Marche – Area Vasta n.5 U.O.C. di Medicina Interna dell'ospedale “Madonna del Soccorso” di San Benedetto del Tronto. Il processo di valutazione viene sviluppato mediante i dati riferiti dal paziente attraverso una scala Likert a 4 punti la quale riflette il grado di appagamento dell'utente. I risultati sono stati incrociati con variabili che risultano influenzare la qualità percepita come: la presenza di comorbidità, età e diagnosi di ingresso. Lo studio è stato sviluppato in un tempo compreso tra Agosto 2016 e Settembre 2017.

**RISULTATI** Da questa indagine emergono dati che riportano elevati livelli di soddisfazione in quei pazienti che presentavano da una patologia concomitante, a tre comorbidità i quali rappresentano il 79% degli utenti rispetto al totale. Il focus di questo studio è stato però quello di analizzare il restante 21% dei pazienti, i quali privi di comorbidità, hanno espresso un indice di soddisfazione medio pari a 2,92, un punteggio che si riferisce al valore di “insoddisfatto”. Di questi pazienti si è valutato età, diagnosi di ingresso e precedenti esperienze ospedaliere. Da ciò è emerso che di 15 pazienti “insoddisfatti”, 10 presentavano un'età compresa tra i 40 e i 60 anni, erano alla loro prima esperienza ospedaliera e presentavano diagnosi di ingresso come: scompenso idro-elettrolitico, e sepsi. Inoltre l'insoddisfazione riportata dai pazienti privi di malattie croniche era accentuata all'item 3 cioè “il tempo che il personale infermieristico mi ha dedicato” con un punteggio minimo di 2,75.

**LIMITI** Essendo compilato dagli stessi utenti arruolati nel campione, il questionario presenta un certo grado di soggettività. La paura di ripercussioni può aver influito nella scelta delle risposte. Malgrado fosse stato assicurato la protezione dei dati personali.

**CONCLUSIONI** L'indagine effettuata conferma ciò che emerge dalla letteratura ovvero che i soggetti ricoverati per condizioni croniche non hanno riferito una soddisfazione peggiore rispetto a coloro che presentavano malattie acute. Secondo molti studi, la migliore percezione della soddisfazione nei soggetti cronici è dunque legata all'accettazione della malattia: sono perciò fondamentali nella percezione della qualità assistenziale, i fenomeni di adattamento e le strategie di coping. Inoltre grazie all'utilizzo di uno strumento validato si è individuato un deficit assistenziale per “il tempo che il personale infermieristico mi ha dedicato”. Per ovviare a tale deficit sarebbe opportuno adottare un modello assistenziale basato sull'intensità di cura. Nell'intensità di cura il protagonista principale è il paziente: diversamente dall'ospedale organizzato per disciplina dove i pazienti vengono ricoverati nelle diverse unità in base alla patologia, nel nuovo modello viene collocato in base alla sua instabilità clinica e alla complessità assistenziale e sono i diversi professionisti ad intervenire intorno a lui.

**Autore per la corrispondenza:** Marcelli Stefano – ASUR - Area Vasta N. 5 – Email: s.marcelli@univpm.it

## 116. Aderenza al regime terapeutico e persona anziana: come l'approccio sistematico può migliorare la compliance e ridurre il rischio

Marcelli Stefano<sup>1</sup>, Casablanca Carmelo<sup>1</sup>, Rasetti Carlo<sup>1</sup>, Gatti Chiara<sup>2</sup>, Troiani Silvano<sup>2</sup>, Rocchi Renato<sup>3</sup>, Soccio Angela<sup>2</sup>, Santarelli Adoriano<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ASUR - Area Vasta N. 5, <sup>2</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona, <sup>3</sup>ASUR - Area Vasta N. 4

**BACKGROUND** Molti anziani che vivono nel proprio domicilio hanno diverse patologie, che di conseguenza richiedono più farmaci giornalieri. La polifarmacia è particolarmente diffusa in Francia; uno studio recente ha osservato tale condizione terapeutica, definita come assunzione da cinque a nove farmaci, nel 53,6% di una popolazione di 2350 pazienti di età pari o superiore a 70 anni che vivono a casa, ed eccessiva assunzione pari a dieci e più farmaci nel 13,8% dei casi. I cambiamenti farmacocinetici e farmacodinamici correlati all'età rendono gli anziani più a rischio di complicanze iatrogene. Inoltre, le persone anziane sono anche esposte al rischio di eventi avversi da farmaco durante la degenza ospedaliera che possono contribuire a determinare un'ospedalizzazione prolungata e costi aggiuntivi. Diversi problemi specifici sono associati con la prescrizione medica, compresa la mancanza di dati riguardo il farmaco stesso, mancanza gestione, età e scarsa comunicazione tra il medico curante e l'assistito. Questi fattori possono portare a prescrizioni inappropriate o inefficaci. In questo contesto, sono emersi vari criteri per l'appropriata gestione delle prescrizioni di farmaci nei pazienti anziani e i farmacisti sono stati coinvolti da vicino. L'uso efficace dei servizi di farmacia clinica ha dimostrato di ridurre la mortalità e i costi.

**OBIETTIVI** Indagare sulla problematica della polifarmacia, individuando la relazione fra l'aderenza al regime terapeutico e l'età e quali sono i fattori di rischio correlati all'errore da prescrizione.

**METODI** La revisione della letteratura nazionale ed internazionale è stata eseguita attraverso l'utilizzo di motori di ricerca quali PubMed, CINAHL, Cochrane Databases, Cochrane Database of Abstracts and Reviews of Effects e periodici elettronici congiunti l'argomento in oggetto, attraverso l'utilizzo di specifiche parole chiave incrociate con l'elemento booleano (AND) come: drugs and nursing, drugs and older people, drugs and complication, drugs and geriatrics, older people and drugs complications.

**RISULTATI** Più di metà dei pazienti anziani hanno problemi di aderenza al regime terapeutico. Strutturare l'assistenza farmaceutica al momento del ricovero può aiutare a garantire la riproducibilità della gestione farmaceutica e contribuire a una maggiore trasparenza nel processo di cura. Tuttavia, la consegna delle cure farmaceutiche su di un modello sistematico di base, ad esempio attraverso approfondita anamnesi all'ammissione, può essere difficile da raggiungere, perché dipende in gran parte dalla disponibilità di personale adeguatamente formato. In ogni caso, è stato riscontrato anche che in alcuni casi la compliance aumenta con l'età. Una potenziale spiegazione per questo risultato è che i pazienti più anziani possono avere assistenti o aiuto domiciliare che contribuisce a garantire una buona aderenza. L'Health Organization sottolinea che un prerequisito per migliorare l'aderenza è la valutazione dello stato mentale del paziente; per le persone le cui risposte possono essere considerate inaffidabili, l'aderenza al trattamento dovrebbe essere discussa con la famiglia o con il caregiver.

**LIMITI** Abbracciando le linee guida del Risk Management appare evidente come non vi siano ostacoli all'implementazione di queste nuove strategie, purché rimanga in coerenza con le linee guida internazionali e venga impiegato in modo proattivo per la promozione del controllo del rischio clinico in riferimento alla governance dei pazienti fragili.

**CONCLUSIONI** Un'integrazione dell'anamnesi farmaceutica con il Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) potrebbe promuovere un approccio sistematico ai processi di cura farmaceutica al momento del ricovero di pazienti anziani all'ospedale. Questo cambiamento implica un approccio globale ed olistico al paziente, ma richiede la piena integrazione del farmacista clinico nell'équipe sanitaria multidisciplinare e disponibilità di personale sufficiente. Una buona valutazione farmaceutica può senz'altro migliorare la sicurezza del paziente nei periodi di transizione di cura e può ridurre il potenziale di errore nell'assunzione della terapia.

**Autore per la corrispondenza:** Marcelli Stefano – ASUR - Area Vasta N. 5 – Email: s.marcelli@univpm.it

## 117. L'impatto dell'obesità nella cardiocirurgia e nei costi ospedalieri: il BMI come strumento di analisi del rischio clinico

Marcelli Stefano<sup>1</sup>, Casablanca Carmelo<sup>1</sup>, Rasetti Carlo<sup>1</sup>, Gatti Chiara<sup>2</sup>, Troiani Silvano<sup>2</sup>, Rocchi Renato<sup>3</sup>, Soccio Angela<sup>2</sup>, Santarelli Adoriano<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ASUR - Area Vasta N. 5, <sup>2</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona, <sup>3</sup>ASUR - Area Vasta N. 4

**BACKGROUND** La prevalenza dell'obesità è in aumento in tutto il mondo, producendo ripercussioni significative in ambito cardiovascolare riguardo morbidità, mortalità e costi sanitari. Di conseguenza, la cardiocirurgia per i pazienti obesi è diventata comune. Pochi studi hanno valutato l'effetto dell'obesità su risultati e utilizzo delle risorse in seguito a chirurgia cardiaca. Alcuni ricercatori hanno documentato che i pazienti obesi hanno più alta incidenza di morbidità e mortalità dopo un intervento di bypass aorto-coronarico (CABG). Al contrario, altri studi hanno concluso che l'obesità non influisce negativamente sulla morbidità o mortalità dei pazienti dopo CABG e alcuni studi hanno trovato un relazione inversa tra obesità e esiti avversi, che è indicata come il "paradosso dell'obesità". Molte indagini precedenti erano limitate a dati con campione di dimensione limitata. Inoltre, tutti gli studi precedenti hanno valutato l'esito non in base all'indice di massa corporea (BMI) dei pazienti, ma secondo fasce di peso, che potrebbero avere influenzato i risultati. In ogni caso, il costo dell'obesità sul sistema sanitario è enorme. Si stima che i costi medici secondari a malattie legate all'obesità superano i 150 miliardi all'anno, soltanto per Medicare. Anche se ci sono alcuni dati sull'utilizzo della chirurgia in pazienti obesi, pochissimi sono specifici per la chirurgia cardiaca. La relazione tra obesità e costi per l'utilizzo della chirurgia cardiaca è importante per definire la corretta allocazione delle risorse.

**OBIETTIVI** Valutare come l'aumento del BMI influisca sugli NSO dei pazienti obesi, nonché sulla durata della loro degenza ospedaliera in seguito ad interventi di cardiocirurgia e sull'impatto che questa categoria di persone ha sui costi delle cure sanitarie.

**METODI** La revisione della letteratura nazionale ed internazionale è stata eseguita attraverso l'utilizzo di motori di ricerca quali PubMed, CINAHL, Cochrane Databases, Cochrane Database of Abstracts and Reviews of Effects e periodici elettronici congiunti l'argomento in oggetto, attraverso l'utilizzo di specifiche parole chiave incrociate con l'elemento booleano (AND) come: obesity and nursing, obesity and cost, obesity and complication, obesity and surgery, obesity and cardiac surgery.

**RISULTATI** I pazienti obesi subiscono frequentemente la chirurgia cardiaca. In una coorte di 13637 utenti è stato riscontrato che un BMI più elevato influisce sui risultati e sulle risorse utilizzate in seguito a chirurgia cardiaca. Maggiori morbidità sono state individuate nei pazienti con alto BMI, come ad esempio polmonite, ventilazione prolungata ed insufficienza renale; di conseguenza, un alto BMI è associato con un aumento dei giorni di degenza ospedaliera, di cure intensive e pertanto con un'impennata dei costi. Sebbene la mortalità delle persone in sovrappeso non sia molto più alta dei normopeso, questa subisce un significativo aumento nei pazienti con BMI =30. Inoltre, per questa categoria di persone il costo ospedaliero era aumentato del 17,2%. Un certo numero di studi, tuttavia, ha dimostrato un "paradosso dell'obesità", che consiste in un tasso di mortalità dei pazienti obesi pari o inferiore a quello di persone normopeso. Risultati contraddittori possono essere secondari alle differenze tra le coorti di pazienti, alla stratificazione del rischio e alla categorizzazione arbitraria del BMI.

**LIMITI** Il paradosso attualmente presente in letteratura non viene distrutto a causa di una carenza di studi, oppure di errori arbitrari nella definizione, in alcuni lavori, dei criteri d'inclusione del campione e del disegno di studio.

**CONCLUSIONI** L'aumento del BMI è associato a maggiore morbidità, mortalità e costi per le cure ospedaliere; come tale, dovrebbe essere considerato con maggior peso nella valutazione del rischio clinico. Ulteriori misure per prevenire le principali complicanze, come l'infezione profonda della ferita sternale post-operatoria, l'insufficienza renale, la polmonite e la ventilazione prolungata dovrebbero essere adottate. Servirebbe inoltre migliorare qualitativamente la ricerca, evitando categorizzazioni arbitrarie del BMI, per colmare le lacune attualmente presenti in letteratura.

**Autore per la corrispondenza:** Marcelli Stefano – ASUR - Area Vasta N. 5 – Email: s.marcelli@univpm.it

## 118. L'onere finanziario delle infezioni ospedaliere nell'area della cardiocirurgia: degenza, NSO e tasso di riammissione a confronto

Marcelli Stefano<sup>1</sup>, Casablanca Carmelo<sup>1</sup>, Rasetti Carlo<sup>1</sup>, Gatti Chiara<sup>2</sup>, Troiani Silvano<sup>2</sup>, Rocchi Renato<sup>3</sup>, Soccio Angela<sup>2</sup>, Santarelli Adoriano<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ASUR - Area Vasta N. 5, <sup>2</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona, <sup>3</sup>ASUR - Area Vasta N. 4

**BACKGROUND** I pazienti sottoposti a chirurgia cardiaca sono a rischio di gravi infezioni postoperatorie, che portano a devastanti, se non fatali, conseguenze cliniche e costi sostanziali, come si evince dal prolungamento dei ricoveri e dalle riammissioni più frequenti. Ridurre il rischio per le infezioni nosocomiali è una priorità chiave per migliorare l'assistenza in ambito chirurgico. Le infezioni ospedaliere sono di crescente preoccupazione, dato che i pazienti sottoposti a chirurgia cardiaca sono più anziani e, come tali, hanno molteplici comorbidità, che aumentano ulteriormente il loro rischio di infezione. Alcune infezioni sono diminuite di recente a causa della loro identificazione e del successo dell'implementazione delle migliori pratiche cliniche. Tuttavia, pochi studi hanno valutato l'impatto delle infezioni ospedaliere sui costi e sul rischio di una possibile riammissione. Alcuni di questi hanno affrontato l'impatto economico di uno spettro più ampio di infezioni ospedaliere in pazienti sottoposti a cardiocirurgia, incrociandole con un database di fatturazione, importante nella definizione del costo sanitario a causa della correlazione con la classificazione internazionale delle malattie (ICD-9). Solo una delle quattro infezioni prese in esame da queste indagini soddisfa i criteri e gli standard per il controllo e la prevenzione delle malattie.

**OBIETTIVI** Indagare sull'incidenza delle infezioni ospedaliere nei pazienti sottoposti a cardiocirurgia ed esaminare l'impatto di questa problematica sugli NSO, sul peso dei costi ospedalieri e sul tasso di riammissione.

**METODI** La revisione della letteratura nazionale ed internazionale è stata eseguita attraverso l'utilizzo di motori di ricerca quali PubMed, CINAHL, Cochrane Databases, Cochrane Database of Abstracts and Reviews of Effects e periodici elettronici congiunti l'argomento in oggetto, attraverso l'utilizzo di specifiche parole chiave incrociate con l'elemento booleano (AND) come: infections and nursing, infections and cost, infections and complication, infections and surgery, infections and cardiac surgery.

**RISULTATI** Tra i pazienti con infezione ospedaliere, si riscontrano alte prevalenze di precedenti interventi di cardiocirurgia, insufficienza cardiaca congestizia, ipertensione e storia di infarto o ictus. Le principali infezioni erano presenti con più frequenza nelle persone sottoposte ad interventi in emergenza o ad operazioni più lunghe. Destinatari di trapianto e pazienti che hanno ricevuto un dispositivo di assistenza ventricolare (VAD) hanno sviluppato con maggiore facilità infezioni durante la loro degenza, rispetto ad altre persone sottoposte a qualsiasi altro tipo di intervento cardiocirurgico. In media, i pazienti con infezione hanno avuto una degenza ospedaliere tre volte più lunga rispetto a chi non ne presentava; questo vale anche per il costo delle cure. Durante il corso della degenza, in un normale paziente il costo cambia quotidianamente: uno studio ha dimostrato come questo raggiunga il picco nei primi due giorni di ricovero, con un ammontare di circa 5000€, per poi scendere a 2000€ entro una settimana. Al contrario, nei pazienti affetti da infezioni nosocomiale il picco è rimasto tale per un periodo di tempo più lungo e il più basso costo è stato raggiunto non dopo una, bensì dopo tre settimane. Inoltre, le persone che hanno sviluppato un'infezione durante la degenza in ospedale hanno un tasso di riammissione più alto rispetto ad altri pazienti.

**LIMITI** L'attuale approfondimento sposa alla perfezione le linee produttive del Risk Management e in coerenza con le indicazioni internazionali è evidente che non ci siano particolari condizioni che ne possano ostacolare la realizzazione, purché impiegato all'interno di un approccio proattivo del rischio clinico finalizzato a migliorare i processi interni delle organizzazioni complesse.

**CONCLUSIONI** Le infezioni ospedaliere sono un grave impedimento per il massimo beneficio raggiungibile dalla medicina moderna, in quanto colpiscono ogni anno circa 1,7 milioni di persone e sono associate con la morte di almeno 100.000 persone ogni anno solo in USA. Nell'ultimo decennio, il campo della cardiocirurgia ha subito importanti cambiamenti, che hanno stimolato la ricerca e la crescita delle prove d'efficacia sull'argomento, nonché l'accuratezza delle pratiche assistenziali. Le riammissioni dovute alle infezioni nosocomiali sono più costose e frequenti rispetto alle altre e, in sostanza, rappresentano circa un terzo del costo totale provocato dalle infezioni ospedaliere. Sebbene ci siano evidenze che non correlano un elevato costo di riammissione ad una minore qualità degli NSO, ormai il tasso di riammissione è considerato come uno dei più pesanti indicatori di scarsa qualità assistenziale ed essenziale per la valutazione degli oneri finanziari connessi.

**Autore per la corrispondenza:** Marcelli Stefano – ASUR - Area Vasta N. 5 – Email: s.marcelli@univpm.it



## 119. L'onere infermieristico nella riammissione a 30 giorni: il post-operatorio come momento sensibile delle pratiche cliniche

Marcelli Stefano<sup>1</sup>, Casablanca Carmelo<sup>1</sup>, Rasetti Carlo<sup>1</sup>, Gatti Chiara<sup>2</sup>, Troiani Silvano<sup>2</sup>, Rocchi Renato<sup>3</sup>, Soccio Angela<sup>2</sup>, Santarelli Adoriano<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ASUR - Area Vasta N. 5, <sup>2</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona, <sup>3</sup>ASUR - Area Vasta N. 4

**BACKGROUND** Ogni anno, quasi un milione di anziani subiscono interventi di protesi d'anca e di ginocchio negli Stati Uniti. Circa il 3,5% di questi pazienti sperimentano complicanze postoperatorie, molte delle quali giustificano la riospedalizzazione. I tassi di complicanze post-chirurgiche ospedaliere seguenti queste procedure variano tra 1,8 e 8,9%, il che suggerisce un significativo margine di miglioramento. In effetti, le prove recenti individuano le complicazioni, compresa l'infezione, come i principali fattori di riammissione tra gli anziani nel post-operatorio. L'assistenza infermieristica intensiva è essenziale per la prevenzione delle complicazioni e la promozione della guarigione. Mentre molti degli sforzi per ridurre le riammissioni si sono concentrate sulle cure di transizione e post acute, pochi riconoscono l'importanza delle cure infermieristiche erogate durante il ricovero in ospedale. Nel periodo post-operatorio immediato, i pazienti sono a rischio per complicanze potenzialmente fatali, tra cui infezione, sanguinamento, coaguli di sangue, emboli polmonari e cadute. Durante i giorni e le settimane seguenti l'intervento, i pazienti necessitano di assistenza alla mobilità, riabilitazione fisica, gestione delle ferite e formazione continua sulla cura di sé nel post-operatorio.

**OBIETTIVI** Valutare come il miglioramento del lavoro di équipe e delle condizioni di lavoro del personale influisce sul tasso di riammissione a 10 e a 30 giorni dei pazienti ortopedici anziani.

**METODI** La revisione della letteratura nazionale ed internazionale è stata eseguita attraverso l'utilizzo di motori di ricerca quali PubMed, CINAHL, Cochrane Databases, Cochrane Database of Abstracts and Reviews of Effects e periodici elettronici congiunti l'argomento in oggetto, attraverso l'utilizzo di specifiche parole chiave incrociate con l'elemento booleano (AND) come: older people and nursing, orthopedic surgery and nursing, orthopedic surgery and complications, orthopedic surgery and nursing work, nursing work and outcomes.

**RISULTATI** Uno studio che ha reclutato i pazienti di Medicare ha individuato una correlazione tra le caratteristiche del personale infermieristico, come ad esempio il lavoro di squadra e le condizioni di lavoro, e la riammissione a 30 giorni di tali utenti. L'associazione tra le riammissioni e il personale infermieristico era più pronunciata tra le prime riammissioni (entro i 10 giorni) rispetto a 30 giorni, suggerendo che l'assistenza infermieristica svolta in ospedale è particolarmente significativa per ridurre le probabilità di pazienti che manifestano eventi clinici acuti che richiedono il ricovero ospedaliero poco dopo la dimissione. I risultati principali di questo studio evidenziano l'importanza degli infermieri e del personale sanitario nel migliorare gli outcomes di questi pazienti. Il motivo più comune per la riammissione era l'infezione postoperatoria. Gli infermieri sono coinvolti in molti aspetti della prevenzione delle infezioni, tra cui: avvio tempestivo di antibiotici prima dell'intervento chirurgico, sospendere gli antibiotici al momento opportuno, la gestione delle ferite, monitoraggio per segni e sintomi di infezione o sepsi ed educazione sulla prevenzione delle infezioni dopo la dimissione. Anche gli infermieri prevengono l'infezione attraverso il lavaggio delle mani coerente ed adeguato alla pratica da svolgere. Quando gli infermieri sono stressati per diverso tempo, tutte queste misure di prevenzione possono essere compromesse. Una revisione sistematica di oltre 40 studi ha dimostrato con prove schiaccianti che il personale infermieristico è collegato alle infezioni associate all'assistenza sanitaria. Un più recente studio ha correlato il burnout, associate anche al distacco emotivo dal proprio lavoro, con un aumento dell'infezione del sito chirurgico.

**LIMITI** Abbracciando le linee guida del Risk Management appare evidente che una formazione mirata del personale di assistenza e una divulgazione capillare della cultura del rischio rimangono i due assi principali per l'ottimizzazione delle risorse, la capacità di evitare guasti nella filiera assistenziale e migliorare di conseguenza le condizioni lavorative.

**CONCLUSIONI** Nonostante la crescente attenzione alla qualità dell'assistenza, gli ospedali rimangono ambienti pericolosi per molti anziani. La cura dell'ospedale è fondamentale per molti interventi chirurgici invasivi e bisogni acuti di salute, e rimane una rete sicura per le persone più vulnerabili della nazione. Sebbene le cause della riammissione siano multifattoriali, i risultati degli studi esaminati dimostrano che in ospedale l'assistenza infermieristica ha implicazioni importanti per gli outcomes dei pazienti. Infatti, la priorità di tutti gli operatori sanitari dovrebbe essere fornire assistenza sicura ai pazienti. La mancata riduzione delle riammissioni rimane un segnale per la bassa qualità, continua a far esplodere i costi sanitari e mette a repentaglio la salute, la sicurezza e la qualità di vita dei pazienti.

**Autore per la corrispondenza:** Marcelli Stefano – ASUR - Area Vasta N. 5 – Email: s.marcelli@univpm.it



## 120. Le batteriemie nosocomiali: i setting assistenziali complessi come aree sensibili di alert

Marcelli Stefano<sup>1</sup>, Casablanca Carmelo<sup>1</sup>, Rasetti Carlo<sup>1</sup>, Gatti Chiara<sup>2</sup>, Troiani Silvano<sup>2</sup>, Rocchi Renato<sup>3</sup>, Soccio Angela<sup>2</sup>, Santarelli Adoriano<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ASUR - Area Vasta N. 5, <sup>2</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona, <sup>3</sup>ASUR - Area Vasta N. 4

**BACKGROUND** I miglioramenti conseguiti nell'ambito della batteriologia ed immunologia e la scoperta ed immissione sul mercato degli antibiotici negli anni '40, hanno contribuito a diffondere l'utopia che le infezioni ospedaliere potessero essere definitivamente eliminate. Tale utopia si è subito rivelata falsa: le infezioni ospedaliere nel tempo hanno continuato a rappresentare la più frequente "complicanza" ospedaliera e il loro trend, in assenza di metodologie di controllo si è concretizzata nello sviluppo di importanti resistenze antimicrobiche con la l'aumento della morbidità, mortalità e il conseguente innalzamento dei costi di ospedalizzazione. Le infezioni causate da batteri gram-negativi resistenti sono sempre più diffuse e costituiscono una seria minaccia per la salute pubblica in tutto il mondo. Negli Stati Uniti e in molti altri paesi, dal 2000 ad oggi si è registrato un costante aumento di tassi di Extended-spettro  $\beta$ -lattamasi produttori di enterobatteri, carbapenemi resistente Enterobacteriaceae, e ceppi multiresistenti di *Pseudomonas aeruginosa* e *Acinetobacter baumannii*, in particolare tra i pazienti ospedalizzati con infezioni addominali, del tratto urinario, e polmonite associata a ventilazione.

**OBIETTIVI** Indagare le principali infezioni antibiotico-resistenti, le pratiche più a rischio e i setting assistenziali più colpiti.

**METODI** La revisione della letteratura nazionale ed internazionale è stata eseguita attraverso l'utilizzo di motori di ricerca quali PubMed, Scopus, UPtoDATE, CINAHL, Cochrane Databases, Cochrane Database of Abstracts and Reviews of Effectsz, EBSCOhost Research database, Health Technology Assessment Database, attraverso specifiche parole chiavi (Operatore Booleano AND) come Nosocomial outbreak and cost effectiveness analysis, health economics and Infection prevention, Italian hospital and gram-negative infections, gram-negative and economics and mortality, economic analysis and systematic review, antimicrobial resistance in European hospitals and economic burden, intensive care units (ICUs) and multi-resistant bacteria.

**RISULTATI** La sepsi rappresenta una emergenza medica in permanente aumento e di difficile gestione clinica associata ad prognosi sfavorevole. I più importanti patogeni Gram-negativi in ambito ospedaliero comprendono *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* e *Pseudomonas aeruginosa*, che rappresentano il 27% di tutti gli agenti patogeni e il 70% di tutti gli agenti patogeni Gram-negativi che causano infezioni nosocomiali. A Singapore, un progetto di vigilanza in ambito ospedaliero ha dato prova che il 21,7% di *Escherichia coli* e il 27,4% di *Klebsiella pneumoniae* sono stati resistenti alle cefalosporine di terza generazione e il 12,8% di *Pseudomonas aeruginosa* e il 50% di *Acinetobacter* ai carbapenemici. Nei setting assistenziali complessi come le terapie intensive neonatali, i ricercatori non si sono solo concentrati a studiare i costi aggiuntivi, ma nel corso degli anni sono stati individuati gli indicatori di qualità sensibili alle performance dei professionisti all'interno delle Terapie Intensive Pediatriche. Infatti, in riferimento a quanto detto, Chen L et al ne ha determinati 11 calcolati per tasso di incidenza: le infezioni nosocomiali, le estubazioni endotracheali accidentali, gli errori da somministrazione di farmaci, il trattamento del dolore, lo stravasamento venoso periferico, la conformità delle procedure relative al lavaggio delle mani, le lesioni da pressione, il numero degli operatori il carico di lavoro, la percentuale degli infermieri con più di cinque anni di esperienza in NICU e l'insorgenza di retinopatia.

**LIMITI** Sposando le linee guida del Risk Management appare evidente come non vi siano ostacoli alla realizzazione di questo approfondimento, purché rimanga in coerenza con le linee guida internazionali e venga impiegato in modo proattivo per la promozione del controllo del rischio clinico all'interno dei setting assistenziali sensibili.

**CONCLUSIONI** Dalle evidenze scientifiche relative ai processi infettivi all'interno delle aree complesse appare evidente che l'uso inappropriato di antibiotici può determinare multi resistenze con un considerevole aumento dei costi legati all'assistenza sanitaria. Altri ricercatori invece si sono concentrati sul fatto che oltre al personale esperto di prevenzione delle infezioni, nelle Terapie Intensive neonatali è indispensabile calibrare il numero del personale di assistenza rispetto ai carichi di lavoro al fine di ridurre gli eventi avversi. In definitiva appare inconfutabile che l'igiene delle mani degli operatori rimane una pratica fondamentale, dove la professione infermieristica si trova in una posizione chiave per identificare lo stadio precoce di sepsi e lo sviluppo di insufficienza d'organo.

**Autore per la corrispondenza:** Marcelli Stefano – ASUR - Area Vasta N. 5 – Email: s.marcelli@univpm.it

## 121. Le infezioni delle vie urinarie come fardello del sistema sanitario odierno: analisi degli eventi avversi

Marcelli Stefano<sup>1</sup>, Casablanca Carmelo<sup>1</sup>, Rasetti Carlo<sup>1</sup>, Gatti Chiara<sup>2</sup>, Troiani Silvano<sup>2</sup>, Rocchi Renato<sup>3</sup>, Soccio Angela<sup>2</sup>, Santarelli Adoriano<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ASUR - Area Vasta N. 5, <sup>2</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona, <sup>3</sup>ASUR - Area Vasta N. 4

**BACKGROUND** Per più di 3500 anni, come documentato in mesopotamia nel 3000 a.C, i cateteri urinari sono stati utilizzati per drenare la vescica quando essa non riusciva a svuotarsi autonomamente. Per le persone con disfunzioni importanti e per le quali il metodo è fattibile, l'auto-cateterizzazione intermittente, purché pulita, è la procedura ottimale. Per coloro che richiedono un catetere a permanenza, sia a breve che a lungo termine, il catetere di Foley è invariabilmente utilizzato, come lo è stato del resto dalla sua introduzione, quasi 80 anni fa, nonostante il fatto che esso possa causare colonizzazione batterica, infezioni ricorrenti e croniche, calcoli alla vescica e setticemia, danno ai reni, alla vescica e all'uretra e contribuisce allo sviluppo di resistenza agli antibiotici. In termini di risorse mediche, sociali ed economiche, la ritenzione e l'incontinenza, aggravate dall'uso del catetere di Foley, sono enormi. Nel Regno Unito, il danno derivante dall'uso del catetere di Foley costa al servizio sanitario nazionale tra £ 1,0-2,5 miliardi e circa 2100 morti all'anno. Pertanto, c'è un bisogno urgente dello sviluppo di un sistema di cateteri permanenti alternativi. Il gold standard che la ricerca vuole per il nuovo catetere comprende: l'essere facile e sicuro da inserire, sia uretralmente o sovrapubicamente; l'essere affidabile durante la permanenza nella vescica e facile e sicuro da rimuovere quando necessario, così da mimare la naturale fisiologia, riempiendo a bassa pressione e svuotandosi completamente senza danneggiare la vescica; avere meccanismi di controllo appropriati per tutti gli utenti.

**OBIETTIVI** Indagare sulle principali complicanze del cateterismo a permanenza, sia a breve che a lungo termine, e sull'impatto che le infezioni del tratto urinario hanno sui costi sanitari.

**METODI** La revisione della letteratura nazionale ed internazionale è stata eseguita attraverso l'utilizzo di motori di ricerca quali PubMed, CINAHL, Cochrane Databases, Cochrane Database of Abstracts and Reviews of Effects e periodici elettronici congiunti l'argomento in oggetto, attraverso l'utilizzo di specifiche parole chiave incrociate con l'elemento booleano (AND) come: infections and nursing, catheter and nursing, catheter and complications, catheter and infections, catheter and costs.

**RISULTATI** In uno studio di 430 nuovi ricoveri nelle case di cura negli Stati Uniti, il 39% dei pazienti di età pari o superiore a 65 anni ha sofferto di incontinenza urinaria diurna. In questo setting, la cateterizzazione è raccomandata solo come ultima risorsa, a causa della sua alta incidenza di infezioni del tratto urinario. È chiaramente impossibile fare un semplice e preciso calcolo del costo finanziario riconducibile alle infezioni del tratto urinario provocate dalla cateterizzazione. Secondo le statistiche sugli episodi ospedalieri, ci sono stati 281.296 episodi di eventi avversi gravi legati alle infezioni del tratto urinario negli ospedali del National Health Service (e ospedali privati che lavorano per il NHS) in Inghilterra e in Galles, solo nel biennio 2012-2013. È ragionevole presumere che l'80% di questi episodi (225.036) siano dovuti proprio al rischio che la cateterizzazione comporta.

**LIMITI** Sposando le linee guida del Risk Management appare evidente come non vi siano ostacoli alla realizzazione di questa analisi proattiva e identificazione delle aree di miglioramento.

**CONCLUSIONI** Sebbene il controllo dell'impatto economico provocato dagli eventi avversi della cateterizzazione si sia mostrato molto più attento nell'ultimo periodo, purtroppo è anche vero che la comunità scientifica, la pubblicità pertinente le aziende e le autorità di regolamentazione hanno ampiamente fallito nel cercare una soluzione. Le compagnie commerciali probabilmente non vedono alcun motivo per sconvolgere i loro modelli di business affidandosi a nuove tecnologie. Apparentemente le autorità di regolamentazione trascurano completamente la loro responsabilità di incoraggiare l'innovazione, malgrado sia palese che i dispositivi attualmente esistenti sono chiaramente inadeguati. La via da seguire è chiara: ora è il momento per i finanziatori della ricerca, per i fornitori di assistenza sanitaria e per i regolatori di stimolare la scienza, le comunità ingegneristiche, commerciali e cliniche ad accettare ed affrontare a testa alta la sfida.

**Autore per la corrispondenza:** Marcelli Stefano – ASUR - Area Vasta N. 5 – Email: s.marcelli@univpm.it

## 122. L'onere socio-sanitario della BPCO: Il rischio di riammissione come nursing sensitive outcomes

Marcelli Stefano<sup>1</sup>, Neglia Marco<sup>1</sup>, Casablanca Carmelo<sup>1</sup>, Rasetti Carlo<sup>1</sup>, Gatti Chiara<sup>2</sup>, Troiani Silvano<sup>2</sup>, Rocchi Renato<sup>3</sup>, Soccio Angela<sup>2</sup>, Santarelli Adoriano<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ASUR - Area Vasta N. 5, <sup>2</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona, <sup>3</sup>ASUR - Area Vasta N. 4

**BACKGROUND** La broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) rappresenta la quarta causa di morte a livello mondiale, si stima che 328 milioni di persone ne siano affette e che entro il 2020 diventerà la terza causa. È responsabile di circa il 50% dei decessi derivati da patologie dell'apparato respiratorio e rappresenta per questo un problema particolarmente invalidante per le società, in termini di disabilità e mortalità precoce, colpendo a livello socio-economico a causa delle frequenti riospedalizzazioni. Esacerbazioni ricorrenti hanno portato ad un tasso elevato di riammissioni: un quinto dei pazienti, infatti, vengono riammessi entro 30 giorni dall'avvenuta dimissione ospedaliera. Le esacerbazioni della malattia, unitamente ad una scorretta presa in carico del paziente nel post dimissione, risultano eventi di fondamentale importanza nella presa in carico, poiché influiscono in negativo sulla qualità di vita, sui tassi di riammissione, sui costi e sulla progressione della malattia, andando a determinare un peso schiacciante sia per quando riguarda l'aspetto sociale che economico. In Europa, i costi complessivi derivanti dalle malattie respiratorie ammontano a circa il 6% del budget sanitario totale, su cui la BPCO grava per il 56% (38.6 miliardi di Euro) del costo totale. Negli Stati Uniti invece, i costi diretti per la BPCO sono di 32 miliardi di dollari mentre i costi indiretti ammontano a 20.4 miliardi di dollari e in tutto questo le riacutizzazioni rappresentano la maggior spesa per il sistema sanitario.

**OBIETTIVI** Ricercare e approfondire l'argomento riguardante gli effetti del caring infermieristico sulle riammissioni ospedaliere a trenta giorni dei pazienti affetti da BPCO, la qualità di vita ed i relativi costi, determinando quindi se tali esiti possano risultare sensibili (in maniera negativa o positiva) alla presa in carico da parte del personale infermieristico nel follow-up.

**METODI** La revisione della letteratura nazionale ed internazionale è stata eseguita attraverso l'utilizzo di motori di ricerca quali PubMed, Scopus, UPTodate, CINAHL, Cochrane Databases, Cochrane Database of Abstracts and Reviews of Effects, EBSCOhost Research database, Health Technology Assessment Database, attraverso specifiche parole chiavi (Operatore Booleano AND) come BPCO and costs, health economics and BPCO, BPCO and older people, BPCO and nursing, BPCO and outcomes, BPCO and patient readmission.

**RISULTATI** Dall'analisi della letteratura, emerge che il trattamento e la cura dei pazienti affetti da Broncopneumopatia cronica ostruttiva, si sta spostando negli ultimi anni e in molti paesi, sempre più dagli ospedali verso l'assistenza sul territorio. In particolare gli infermieri possono contribuire notevolmente alla cura a lungo termine di questi pazienti a causa della loro posizione unica ed essendo di fatto coinvolti in tutte le fasi della malattia, dalla prevenzione al fine vita. Alcuni studi hanno suggerito che le risorse ospedaliere, incluso il personale medico, sono state associate ad un aumento di riammissione dei pazienti con BPCO. I risultati del paziente infatti, dipendono dalle prestazioni di coloro che forniscono assistenza, le risorse umane sono un fattore importante che non può essere ignorato assolutamente. Due revisioni sistematiche che hanno valutato l'efficacia dell'assistenza domiciliare in pazienti con esacerbazioni della BPCO hanno dimostrato che il trattamento di questi pazienti a casa ha determinato un tasso di mortalità ridotto numericamente o inalterato rispetto all'assistenza ospedaliera.

**LIMITI** Sposando le linee guida del Risk Management appare evidente come non vi siano ostacoli alla realizzazione di nuove strategie, purché collocate e calibrate in coerenza con le linee guida internazionali e venga impiegato in modo proattivo per la promozione del controllo del rischio clinico nelle strutture complesse.

**CONCLUSIONI** I programmi a gestione infermieristica per la presa in carico di pazienti affetti da BPCO in una fase stabile della patologia, forniscono alternative valide per alcuni pazienti. La dimissione che prevede la presa in carico infermieristica è sicura, e genera altresì una riduzione dei costi, questi infatti, risultano essere inferiori a quelli solitamente impiegati per l'ammissione ospedaliera. Rispetto quindi, al "tradizionale" trattamento in regime di ricovero, i suddetti programmi possono rappresentare una svolta e dare ottimi risultati sia sotto l'aspetto sociale, (se si valuta la qualità della vita di chi ne è affetto), sia sotto quello economico, (attraverso una riduzione della pressione che da sempre questa patologia esercita sui letti ospedalieri), tuttavia, non vengono modificati tasso di riammissione ospedaliera a 30 giorni e mortalità.

**Autore per la corrispondenza:** Marcelli Stefano – ASUR - Area Vasta N. 5 – Email: s.marcelli@univpm.it

### 123. La valutazione degli indici di gravità del paziente complesso all'interno della filiera assistenziale.

Marcelli Stefano<sup>1</sup>, Casablanca Carmelo<sup>1</sup>, Rasetti Carlo<sup>1</sup>, Gatti Chiara<sup>2</sup>, Troiani Silvano<sup>2</sup>, Rocchi Renato<sup>3</sup>, Soccio Angela<sup>2</sup>, Santarelli Adoriano<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ASUR - Area Vasta N. 5, <sup>2</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona, <sup>3</sup>ASUR - Area Vasta N. 4

**BACKGROUND** La definizione dell'intensità di cura è stata sviluppata già alla fine degli anni settanta per mettere in relazione le reali necessità assistenziali rispetto alle dotazioni organiche presenti all'interno dei vari setting assistenziali. L'approfondimento di questa dimensione purché difficile da individuare, ha condotto i vari ricercatori a revisionare e sviluppare nuovi approcci, non solo per fornire indicazioni sulla definizione del numero di operatori necessari e di conseguenza in merito al budget da dedicare ai costi del personale, ma più di ogni altra cosa per gestire i bisogni dei singoli pazienti, attraverso un'assistenza flessibile e personalizzata. L'elaborazione di strategie dedicate si sono concentrate sulla possibilità di fornire misure standardizzate dei livelli di gravità negli stati acuti di malattia e stabilire in maniera uniforme approcci di sorveglianza per tracciare il decorso clinico e per gestire in maniera appropriata ogni eventuale situazione di deterioramento.

**OBIETTIVI** Comprendere come la valutazione routinaria di specifici parametri fisiologici dei pazienti possano fornire la possibilità di identificare i cosiddetti sistemi di allarme, la possibile collocazione dei singoli pazienti nelle aree per intensità di cura distinti per livelli di complessità e come i livelli di "allerta" siano in grado di modulare l'urgenza della risposta clinica.

**METODI** L'approfondimento della letteratura nazionale ed internazionale in relazione all'arco temporale degli ultimi 3 anni è stata eseguita attraverso l'utilizzo di motori di ricerca quali PubMed, Scopus, UPtoDATE, CINAHL, Cochrane Databases, Cochrane Database of Abstracts and Reviews of Effects, EBSCOhost Research database, Health Technology Assessment Database, National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death – NCEPOD, The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) e periodici elettronici come Intensive Care Medicine, QJM: An International Journal of Medicine, Journal of Critical Care, Journal of Nursing Management, Intensive and Critical Care Nursing, attraverso l'utilizzo di specifiche parole chiave incrociate con l'elemento booleano (AND) come staff nursing and adverse event, staff nursing and mortality, staff nursing and workload, decision support and deteriorating patients, early warning scores and rapid response systems.

**RISULTATI** I dati provenienti dalla letteratura confermano come esperti del settore, da anni, attraverso l'analisi retrospettiva delle documentazioni assistenziali, prendendo in considerazione specifici indicatori come l'arresto cardiaco, il tempo di trasferimento in terapia intensiva e la mortalità entro 24 ore dalla prima valutazione nei dipartimenti di emergenza, studiano le migliori strategie per statificare il livello di deterioramento dei pazienti attraverso specifici algoritmi. Il National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death nel 2006 da un rendiconto su 226 strutture ospedaliere ha dichiarato che oltre il 60% dei ricoverati in unità operative ordinarie con parametri vitali instabili hanno atteso più di 12 ore prima di essere trasferiti in setting appropriati come le terapie intensive. Altri studi inglesi hanno fornito dati sconcertanti a riguardo, infatti dall'analisi dei pazienti deceduti nel 2009 su un campione casuale di 1000 soggetti adulti in 10 ospedali, è emerso che il 5% di questi avrebbe avuto oltre il 50% di probabilità di sopravvivenza se non si fossero verificate ritardi nel gestire tempestivamente gli improvvisi aggravamenti. Alam N et al attraverso una revisione sistematica pubblicata sul Journal of the European Resuscitation Council, prendendo in considerazione come end point la mortalità ospedaliera, gli eventi avversi gravi, l'arresto cardiopolmonare, la durata del ricovero e la documentazione dei parametri vitali ha stabilito che se i pazienti vengono stratificati attraverso lo score di allerta precoce (Early Warning Score), vi è la possibilità di riconoscere preventivamente il potenziale peggioramento acuto e di conseguenza ridurre la mortalità in modo significativo.

**LIMITI** Considerata la posta in palio è inutile affermare che la misurazione sistematica dei semplici parametri fisiologici utili a riconoscere precocemente quanti sono in fase acuta o in deterioramento, si colloca alla perfezione all'interno delle più comuni strategie di risk management.

**CONCLUSIONI** Lo score di allerta precoce fa parte di quegli strumenti che gli anglosassoni definiscono Physiological Track and Trigger Warning System ovvero punteggi attribuiti ai pazienti che servono per discriminare tra le diverse condizioni cliniche come confermato dal National Institute for Health and Care Excellence. L'EWS viene utilizzato all'ingresso come strumento di triage all'atto del ricovero e pertanto può essere utilizzato per allocare i pazienti, secondo i criteri di criticità ed instabilità clinica nell'area appropriata e risulta molto efficace anche per facilitare il processo della continuità ospedale territorio.

**Autore per la corrispondenza:** Marcelli Stefano – ASUR - Area Vasta N. 5 – Email: s.marcelli@univpm.it

## 124. Clostridium difficile e malpractice: gli standard assistenziali ed i processi decisionali come fattori protettivi

Marcelli Stefano<sup>1</sup>, Rasetti Carlo<sup>1</sup>, Cipolloni Valentina<sup>1</sup>, Troiani Silvano<sup>2</sup>, Rocchi Renato<sup>3</sup>, Gatti Chiara<sup>2</sup>, Soccio Angela<sup>2</sup>, Santarelli Adoriano<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ASUR - Area Vasta N. 5, <sup>2</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona, <sup>3</sup>ASUR - Area Vasta N. 4

**BACKGROUND** Le infezioni da Clostridium difficile (CDI) rappresentano un considerevole problema di salute pubblica nel mondo, molto delicato e di grande rilevanza, anche economica. I ceppi possono innescare quadri clinici diversi, che vanno dalle forme asintomatiche a manifestazioni cliniche come la diarrea, fino ad arrivare a forme caratterizzate da particolare gravità come le coliti pseudoemorragiche, megacolon tossico e, occasionalmente, possono sfociare in esiti infausti. Quando contratta all'interno dei setting ospedalieri, la CDI spesso si manifesta in un decorso clinico severo, con elevati livelli di mortalità, dando luogo anche ad un aumento significativo della durata della degenza e di conseguenza sui costi che ne derivano. I soggetti particolarmente suscettibili a questa tipologia di infezione sono gli anziani, specie se ricoverati in area di degenza per acuti o lungodegenze, oppure quelli sottoposti a terapie antibiotiche o di inibitori della pompa protonica. Ricercatori di settore, da anni studiano i meccanismi di acquisizione e trasmissione all'interno delle organizzazioni sanitarie con particolare riguardo ai focolai epidemici e alle cause specifiche come la gestione degli spazi, i contatti interpersonali e le misure igieniche come il lavaggio delle mani degli operatori sanitari.

**OBIETTIVI** Studiare come le infezioni da Clostridium difficile (CDI) siano in grado di sviluppare quadri morbosi nei pazienti fragili e come particolari strategie comportamentali e organizzative siano in grado di rallentare tale fenomeno.

**METODI** L'approfondimento della letteratura nazionale e internazionale è stata eseguita attraverso l'utilizzo di motori di ricerca quali PubMed, CINAHL, Cochrane Database of Abstracts and Reviews of Effectsz, e periodici elettronici come Journal Clinical Microbiology Reviews, Antimicrobial Resistance and Infection Control Journal, Critical Care Medicine, Journal of Infectious Diseases, International Journal of Hygiene and Environmental Health, Journal of Infection Control & Hospital Epidemiology, National Database of Nursing Quality Indicators attraverso l'utilizzo di specifiche parole chiave incrociate con l'elemento booleano (AND) come clostridium difficile and hospitalization, clostridium difficile and cost, clostridium difficile and antibiotic treatment, clostridium difficile and risk factors.

**RISULTATI** L'incidenza e la gravità dell'infezione da Clostridium difficile (CDI) nel mondo sono aumentate negli ultimi 20 anni a causa dello sviluppo di ceppi ipervirulenti, l'uso non appropriato della terapia antibiotica e il costante aumento dei soggetti suscettibili. L'Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology di Washington ha definito il CDI come una delle principali cause di infezione gastrointestinale associata all'assistenza sanitaria, dove la prevenzione della trasmissione del microorganismo e dell'infezione, continua a rappresentare una sfida problematica nel contesto della prevenzione delle infezioni e dell'incolumità dei pazienti. Schweizer ML et al attraverso una revisione della letteratura pubblicata su Antimicrobial Resistance and Infection Control Journal, verificando studi multicentrici pubblicati negli Stati Uniti tra il 2000 e il 2014, ha affermato che la CDI è stata associata ad un aumento della mortalità di 2,5 volte maggiore rispetto ad altri pazienti ospedalizzati, dove il costo medio attribuibile per l'ospedalizzazione variava da \$ 8.426 a \$ 48.500 e che l'onere finanziario dopo la dimissione era pari a \$ 1,592 per le visite ambulatoriali e \$ 14,847 per le riammissioni. Dalla ricerca sono emerse alcune strategie di sanità pubblica dimostrate efficaci per la riduzione di questa problematica, come il miglioramento di programmi di gestione degli antibiotici, l'inserimento di specialisti di malattie infettive all'interno dei setting sensibili, l'implementazione delle misure di controllo delle infezioni e la promozione della salute a più livelli, accompagnata da una formazione mirata degli operatori.

**LIMITI** Per ridurre tale fenomeno vi è la necessità di impiegare personale dedicato, e nel percorso di dimissione del paziente che ha contratto tale infezione andrebbero inserite altre figure per descrivere le attività da svolgere a livello domiciliare.

**CONCLUSIONI** Trattandosi di una problematica esistente a livello mondiale, sono state create allo scopo nel tempo numerose linee guida. Per quanto riguarda il ruolo del personale di assistenza appare inequivocabile l'importanza del loro valore aggiunto all'interno dei programmi di prevenzione e riduzione degli eventi avversi. A fronte di questo quadro assumono particolare importanza l'utilizzo di strategie indirizzate a sorveglianza e controllo di questi fenomeni attraverso la sensibilizzazione di tutti i professionisti a più livelli, dove l'obiettivo è di evitare l'acquisizione da parte dei pazienti ricoverati e di impedirne la diffusione.

**Autore per la corrispondenza:** Marcelli Stefano – ASUR - Area Vasta N. 5 – Email: s.marcelli@univpm.it

## 125. Patient Reported Outcomes e durata della degenza: la valutazione degli indicatori della qualità assistenziale

Marcelli Stefano<sup>1</sup>, Rasetti Carlo<sup>1</sup>, Mariani Camilla<sup>1</sup>, Collecchia Simona<sup>1</sup>, Soccio Angela<sup>1</sup>, Troiani Silvano<sup>2</sup>, Rocchi Renato<sup>3</sup>, Gatti Chiara<sup>2</sup>, Santarelli Adoriano<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ASUR - Area Vasta N. 5, <sup>2</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona, <sup>3</sup>ASUR - Area Vasta N. 4

**BACKGROUND** L'evoluzione della professione ha portato gli infermieri ad interrogarsi sul contributo che essi possono apportare in termini di esiti per il paziente. Non a caso l'appagamento dell'utente per il caring infermieristico ricevuto viene considerato in letteratura come il fattore predittivo più importante dell'assistenza complessiva ospedaliera. La percezione della qualità delinea un quadro che abbraccia aspetti cruciali dell'assistenza moderna configurandosi come un fenomeno complesso e multifattoriale che comprende la valutazione in riferimento all'esperienza della degenza, i ricoveri precedenti e l'opinione rispetto alla struttura fisica e organizzativa. Per il professionista sanitario risulta perciò indispensabile comprendere se tali fattori, siano in grado di influenzare l'indice di appagamento dell'utente al fine di poter pianificare miglioramenti all'interno del processo di cura.

**OBIETTIVI** Lo studio in oggetto si pone l'obiettivo di andare a misurare la percezione del paziente, in riferimento ad aree specifiche e mettere in relazione i dati ottenuti con la durata della degenza ed esperienze di ricoveri precedenti al fine di considerarli tali da influenzare la percezione della qualità assistenziale ricevuta.

**METODI** La valutazione della soddisfazione è stata effettuata nel periodo compreso tra Agosto 2016 e Settembre 2017, facendo riferimento ad una metodologia di tipo qualitativo e quindi mediante l'utilizzo di un'indagine osservazionale. È stata utilizzata come strumento di valutazione la "Patient Satisfaction Scale" somministrata ad un campione di 150 pazienti presso Asur Marche – Area Vasta n.5 U.O.C di Medicina LPA del Presidio Ospedaliero "Mazzoni" di Ascoli Piceno, includendo pazienti con età superiore ai 18 anni, in fase di dimissione, senza alterazioni dello stato di coscienza e ricoverati da almeno 72 ore. Ad essi è stato chiesto di esprimere un punteggio mediante una scala Likert la quale comprende valori tra il "molto insoddisfatto" e il "molto soddisfatto". Oltre lo strumento è stato somministrato un questionario per la raccolta delle variabili socio-demografiche e le informazioni raccolte sono state trattate secondo la normativa vigente in riferimento alla privacy.

**RISULTATI** Dai dati raccolti è emersa una riduzione dell'indice di appagamento nei pazienti con degenza superiore ai 15 giorni che rappresenta il 48% del campione indagato, i quali hanno espresso un punteggio medio pari a 2,96 corrispondente al valore di "insoddisfatto". È stato possibile riscontrare che i punteggi minimi di soddisfazione sono stati raggiunti negli items "tempo che il personale infermieristico mi ha dedicato", "come gli infermieri mi hanno preparato alla dimissione" e "come i miei famigliari sono stati preparati alla dimissione". Il decremento del grado di soddisfazione è stato riscontrato inoltre in quei pazienti che presentavano precedenti esperienze ospedaliere pari al 78% del totale. Questi hanno espresso un punteggio medio pari a 3,08 il quale si riferisce al valore limite di soddisfazione raggiungendo anche in questo caso, i punteggi minimi di 2,96, 2,88 e di 2,89 nei medesimi items sopracitati, collocandosi pertanto al livello di insoddisfatto. Incrociando infine la variabile degenza superiore ai 15 giorni e presenza di ricoveri precedenti è stato possibile appurare che, analizzando nel dettaglio quei pazienti che avevano espresso punteggi relativi all'area dell'insoddisfazione, l'87% di questi ultimi avevano dalle 2 alle 4 precedenti esperienze ospedaliere.

**LIMITI** I pazienti stessi hanno compilato i questionari e pertanto esiste un certo grado di soggettività. Considerando che poteva sussistere il timore di possibili ripercussioni si può ipotizzare che ciò possa aver influito sulla scelta delle risposte nonostante sia stato garantito l'anonimato.

**CONCLUSIONI** Lo studio effettuato sostiene quella parte di letteratura la quale afferma che variabili come durata della degenza e presenza di precedenti esperienze ospedaliere possono incidere sul grado di soddisfazione del paziente e non solo afferma anche che, una riduzione delle giornate di degenza e del tasso di riammissione, non influenzano negativamente l'indice di appagamento e vengono anche considerati degli indicatori di buona qualità assistenziale. Inoltre l'utilizzo di strumenti di valutazione validati dalla letteratura come la Patient Satisfaction Scale consente di individuare dei punti di debolezza a livello organizzativo principalmente nel tempo dedicato all'utente e nel processo di preparazione alla dimissione.

**Autore per la corrispondenza:** Marcelli Stefano – ASUR - Area Vasta N. 5 – Email: s.marcelli@univpm.it



## 126. La determinazione delle dimensioni dell'accuratezza della documentazione infermieristica tra opportunità e risvolti medico legali

Marcelli Stefano<sup>1</sup>, Rasetti Carlo<sup>1</sup>, Parziale Claudia<sup>1</sup>, Casablanca Carmelo<sup>1</sup>, Gatti Chiara<sup>2</sup>, Troiani Silvano<sup>2</sup>, Rocchi Renato<sup>3</sup>, Soccio Angela<sup>1</sup>, Santarelli Adoriano<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ASUR - Area Vasta N. 5, <sup>2</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona, <sup>3</sup>ASUR - Area Vasta N. 4

**BACKGROUND** È ampiamente comprovato dalla letteratura scientifica che la documentazione infermieristica costituisce un elemento essenziale per stimare la peculiarità della qualità assistenziale, dove vengono comprese le singole attività rispetto alla specifica presa in carico. Il contenuto, come evidenziato dal codice penale costituisce un vincolo di verità su tutto ciò che il professionista attesta e mette in evidenza quotidianamente, come si realizzano le conoscenze e le decisioni basate sulle competenze per gestire le risposte dei pazienti alle malattie e ai trattamenti. La documentazione infermieristica, essendo parte integrante della cartella clinica, deve assicurare il rispetto dei requisiti richiesti per gli atti pubblici, sia formali come nome, cognome e firma di chi esegue le annotazioni, che sostanziali, come veridicità, completezza, precisione, chiarezza e tempestività della stesura. La documentazione è una parte essenziale dell'assistenza infermieristica e fornisce prove che le performance siano state effettuate e contiene informazioni importanti per migliorare la qualità e la continuità delle cure. Come affermato dal World Alliance for Patient Safety, la mancanza di nomenclatura standardizzata, ostacola la "buona documentazione scritta" e può avere un effetto negativo sulla sicurezza del paziente. Un linguaggio definito e condiviso secondo standard validati, porta ad identificare i fattori correlati (eziologia) e le specifiche caratteristiche (segni e sintomi) in un linguaggio chiaro e inequivocabile.

**OBIETTIVI** Sviluppare una metodologia condivisa di controllo sulla qualità della documentazione infermieristica finalizzata a misurare costantemente le informazioni presenti in riferimento a indicatori di processo fondamentali come accuratezza e rintracciabilità e permettere di approfondire l'analisi dello scostamento tra l'operatività quotidiana e i requisiti previsti dalla normativa vigente.

**METODI** La revisione della letteratura nazionale ed internazionale è stata eseguita attraverso l'utilizzo di motori di ricerca quali PubMed, CINAHL, Cochrane Database of Abstracts and Reviews of Effects, e periodici elettronici come Nursing Outlook Journal, International Journal of Nursing Knowledge, Journal of Advanced Nursing, Journal of Nursing Care Quality, Journal of Nursing Scholarship attraverso l'utilizzo di specifiche parole chiave incrociate con l'elemento booleano (AND) come measurements and nursing documentation, nursing documentation and accuracy, nursing diagnosis and nursing record.

**RISULTATI** L'approfondimento ha messo in evidenza che fin dagli anni ottanta, la professione ha sperimentato modelli di verifica orientati all'esame dei processi e dei risultati attraverso il Phaneeuf e l'IGECSI che si identificano come approcci sistemici. Il Phaneeuf generato come metodologia di Nursing Audit, incentrato sull'analisi retrospettiva delle cartelle dei pazienti, consente la verifica ripetuta delle attività assistenziali. L'IGECSI (Instrument Global d'Evaluation de la Qualité des Soins Infermiers), versione francese adeguata nel Quebec e conosciuto come Rush – Medicus Nursing Process Methodology, è uno strumento notevolmente dettagliato e approfondisce l'analisi in riferimento ai processi assistenziali, ai risultati dell'assistenza e all'organizzazione. Con il passare del tempo esperti del settore hanno testato la specificità di altri strumenti per valutare la peculiarità della documentazione, come il Quality of Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes (Q-DIO) e il D-Catch instrument. Il primo è stato sviluppato dal 2005 al 2006 per misurare la qualità delle diagnosi infermieristiche documentate, degli interventi e dei risultati dei pazienti sensibili all'immobilizzazione e successivamente dopo essere stato sperimentato in vari paesi come Svizzera, Portogallo, Brasile e Stati Uniti, si è confermato come uno strumento utile per valutare la qualità e l'accuratezza delle cartelle infermieristiche. L'altro, il D-Catch instrument nel 2007 - 2008 è stato testato nei Paesi Bassi come strumento psicometrico e con il passare degli anni attraverso verifiche di applicazione in varie strutture italiane, è risultato affidabile e dal punto di vista qualitativo può essere utilizzato come un indicatore della precisione della documentazione assistenziale.

**LIMITI** Appare evidente che la misurazione continua dell'appropriatezza della documentazione rappresenta un asse fondamentale del miglioramento continuo e di conseguenza non ci sono limiti di realizzazione, purché si integri all'interno dei livelli minimi di collaborazione professionale e alla diffusione capillare della metodologia di rilevazione.

**CONCLUSIONI** La letteratura scientifica mette in risalto come i programmi fondati sull'approfondimento della qualità della documentazione infermieristica debbano essere visti come opportunità di cambiamento e non come adempimento burocratico.

**Autore per la corrispondenza:** Marcelli Stefano – ASUR - Area Vasta N. 5 – Email: s.marcelli@univpm.it



## 127. Latex free e appropriatezza di governance: le procedure assistenziali a supporto della pratica clinica

Marcelli Stefano<sup>1</sup>, Rasetti Carlo<sup>1</sup>, Parziale Claudia<sup>1</sup>, Casablanca Carmelo<sup>1</sup>, Gatti Chiara<sup>2</sup>, Troiani Silvano<sup>2</sup>, Rocchi Renato<sup>3</sup>, Soccio Angela<sup>1</sup>, Santarelli Adoriano<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ASUR - Area Vasta N. 5, <sup>2</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona, <sup>3</sup>ASUR - Area Vasta N. 4

**BACKGROUND** Esperti del settore da anni studiano l'elevato rischio di mortalità collegato a questa situazione patologica e come evidenziato da Reines HD et al, la problematica ha guadagnato molta più attenzione dall'introduzione delle cosiddette "precauzioni" universali in seguito all'identificazione dell'AIDS e di altre malattie virali trasmesse. Un'esposizione continua o un contatto con prodotti in lattice possono sensibilizzare il corpo umano causando reazioni da lievi a fatali. Le malattie allergiche sono sotto diagnosticate e sotto trattate nonostante la loro ampia prevalenza e in particolare l'anafilassi è spesso sottostimata. Le reazioni possono essere complicate dal contatto con altre sostanze, provocando così una reazione crociata. Alcuni individui sono più a rischio di altri, a causa dell'esposizione ripetitiva al lattice attraverso i loro percorsi di carriera, ripetuti interventi chirurgici, altre allergie o condizioni respiratorie. L'aumento del numero di casi segnalati, verificatosi in seguito alla diffusione dell'uso del lattice, ha spinto diversi organismi scientifici e istituzionali, sia a livello locale che internazionale, a creare linee guida per la gestione del rischio in ambiente sanitario. La prevalenza della sensibilizzazione al lattice inoltre, varia a seconda della popolazione studiata, infatti anche il rischio genetico, l'atopia interferiscono sugli esiti di tale allergia.

**OBIETTIVI** Indagare e capire come gli approcci organizzativi fondati sulle best practice siano in grado di supportare i singoli professionisti nella gestione di questa tipologia di soggetti identificando i fattori di rischio garantendo un'adeguata assistenza all'emergenza attraverso l'implementazione di procedure gestionali e di prevenzione a più livelli verificando nello stesso tempo le conoscenze del personale di assistenza.

**METODI** La revisione della letteratura nazionale ed internazionale è stata eseguita attraverso l'utilizzo di motori di ricerca quali PubMed, CINAHL, Cochrane Databases, Cochrane Database of Abstracts and Reviews of Effectsz e periodici elettronici congiunti l'argomento in oggetto attraverso l'utilizzo di specifiche parole chiave incrociate con l'elemento booleano (AND) come: latex free and patient, latex allergy and guidelines, allergic patient to latex and nursing, management of latex allergies and safe latex use, healthcare workers and latex allergy.

**RISULTATI** Diversi studi mettono in evidenza come la mancanza di informazione dei segni e sintomi preventivi e la scarsa formazione del personale sull'utilizzo del lattice sussistano nella possibilità di influenzare in modo negativo gli esiti assistenziali. Studi di prevalenza finalizzati a fotografare il fenomeno hanno dimostrato che ogni anno sempre un numero maggiore di pazienti e sanitari mostrano tale patologia che si concretizza in quadri clinici complessi. Esperti del settore hanno riscontrato che solo l'1% degli operatori sanitari che svolgono quotidianamente la propria attività, è in grado di abbinare correttamente i guanti appropriati alla procedura appositamente progettata.

**LIMITI** L'attuale approfondimento sposa alla perfezione le linee produttive del Risk Management e in coerenza con le indicazioni internazionali è evidente che non ci siano particolari condizioni che ne possano ostacolare la realizzazione, purché impiegato all'interno di un approccio proattivo del rischio clinico finalizzato a migliorare i processi interni delle organizzazioni complesse.

**CONCLUSIONI** Negli ultimi anni, la letteratura internazionale ha ospitato un ampio dibattito su quale fosse l'approccio da preferire per la gestione delle allergie al lattice per prevenire inutili morbidità e mortalità, e come evidenziato da molti autori, l'unico modo per ridurre il rischio di eventi avversi sia l'adozione mirata di strategie preventive che si devono collocare all'interno di procedure scritte, condivise dalla comunità scientifica e soprattutto adattabili ai singoli contesti operativi. L'aumento dell'uso di guanti medicali, insieme a metodi eccellenti per la diagnosi hanno condotto le organizzazioni a riconoscere l'allergia al lattice come una seria preoccupazione, dove i gruppi dei pazienti ad alto rischio devono essere valutati attentamente al fine di ridurre il rischio di eventi avversi. Le evidenze mettono in risalto che i programmi di prevenzione risentono delle carenze di formazione delle risorse umane e di politiche locali, fattori onnipresenti che influiscono negativamente sui processi di governance.

**Autore per la corrispondenza:** Marcelli Stefano – ASUR - Area Vasta N. 5 – Email: s.marcelli@univpm.it

## 128. Piano Nazionale Esiti: potenzialità e limiti. Analisi dell'Indicatore Mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata

Mascella Fabio, Affatato Alessandra, Drudi Katia, Dionisi Antonella, Mancini Anna Rita, Di Monte Alessandro, Bertozzi Lorena, Tiraferri Francesca, Fattori Andrea

AUSL della Romagna

**BACKGROUND** Il Programma Nazionale Esiti (PNE) è un potente strumento introdotto dal Ministero della Salute coordinato da AGENAS che sviluppa nel Servizio Sanitario italiano la valutazione degli esiti degli interventi sanitari attraverso l'analisi dei flussi informativi Sanitari (Flussi SDO, CIO, ECC). Il programma individua, per numerosi indicatori Sanitari, scostamenti delle performance rispetto a standard prefissati (o media nazionale) e richiede alla Struttura Ospedaliera in cui si è registrata la differenza di analizzare le possibili cause del risultato. Nel 2015 fra gli indicatori analizzati è emerso un tasso di mortalità a 30 giorni decisamente inferiore alla media nazionale per il Nosocomio "Infermi" di Rimini, il PNE ci ha chiesto pertanto di analizzare le possibili motivazioni che sostengono il riscontro.

**OBIETTIVI** Analisi della potenzialità e dei limiti dei dati rilevati dal PNE attraverso l'analisi dell'indicatore mortalità a 30 giorni per BPCO relativo al Nosocomio di Rimini.

**METODI** È stato condotto un AUDIT clinico finalizzato a rispondere al quesito proposto dal PNE relativo al riscontro di bassa mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata. È stato pertanto costruito gruppo di lavoro multidisciplinare e multi professionale con mandato dalla Direzione Sanitaria di analizzare il problema. Il Gruppo di lavoro ha deciso di risolvere il compito affidato analizzando il problema sotto tre aspetti: 1. Tecnica di Codifica (codifica SDO non corretta?; tecnica di arruolamento adottata dal PNE poco specifica?); 2. Appropriately ricovero: (arruolamento di pazienti con prognosi migliore rispetto alla media italiana per ricoveri inappropriati?); 3. Gestione clinica del paziente con BPCO: ottima gestione clinica? L'audit è stato condotto su campione di 150 cartelle (oltre 40% del totale della popolazione dei dimessi) fornito in maniera randomizzata dalla Regione. È stata condotta ricerca su principale banche dati di linee guida, con tecnica di ricerca sensibile, documenti che integrassero raccomandazioni per la gestione del paziente con BPCO riacutizzata; i documenti reperiti sono stati valutati con Agree II e in seguito, partendo dalle raccomandazioni presenti nelle linee guida reperite, sono stati costruiti 7 indicatori capaci di analizzare le performance negli aspetti individuati in precedenza dal gruppo di lavoro.

**RISULTATI** 1. La tecnica di selezione dei pazienti adottata dal PNE ha reclutato una quota pari al 6% dei pazienti che erano ricoverati per problematiche diverse da quella della BPCO riacutizzata (bassa specificità); inoltre l'8% del campione individuato ha ricevuto una codifica inesatta (codifica non appropriata: mancanza criteri diagnostici) 2. Non sono emerse problematiche relative all'appropriately di ricovero: 97,5% dei ricoveri è stato giudicato appropriato; dall'analisi dei dati del PNE sembra invece individuarsi un tasso di Ospedalizzazione critico ( $< 2,2/1000$  abitanti) al di sotto del quale sembra incrementare il tasso di mortalità a 30 giorni per BPCO riacutizzata 3. È emersa infine una buona gestione clinica del paziente con BPCO: gli indicatori analizzati permettono comunque di individuare alcune aree che richiedono comunque interventi di miglioramento. In particolare sono emerse deviazioni rispetto allo standard prefissato nell'indicatore relativo alla modifica terapia broncodilatatrice in formato domiciliare prima della dimissione (40% inappropriately) e in quello relativo alla indicazione a terapia antibiotica (circa 45% in appropriately).

**LIMITI** Valutazione Agree 2 delle linee guida eseguita da solo un membro del gruppo di lavoro.

**CONCLUSIONI** Il PNE è uno strumento molto efficace per l'analisi degli esiti di interventi sanitari sia in termini di effectiveness che di possibilità di benchmark; basandosi su dati di codifica SDO risulta però imperfetto pertanto i dati richiedono una approfondita analisi prima di poter trarre conclusioni operative.

**Autore per la corrispondenza:** Mascella Fabio – AUSL della Romagna – Email: fabiomascella@hotmail.com

## 129. Esperienza di team building nella direzione di presidio ospedaliero: risultati preliminari

Michela Maielli<sup>1</sup>, Spartaco Mencaroni<sup>1</sup>, Silvia Memmini<sup>2</sup>, Francesca Dinelli<sup>1</sup>, Alba Bianchi<sup>1</sup>, Moreno Marcucci<sup>1</sup>, Romana Lombardi<sup>1</sup>, Serena Farneti<sup>1</sup>, Sabrina Santini<sup>1</sup>, Sergio Ardis<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Azienda USL Toscana Nord ovest, <sup>2</sup>Università Degli Studi di Pisa

**BACKGROUND** In sanità il lavoro individuale dei vari professionisti è sempre più integrato e svolto in gruppo, spesso interdisciplinare e interprofessionale. La direzione sanitaria ospedaliera ha un ruolo strategico nel funzionamento dell'ospedale. I professionisti che vi operano, sanitari e amministrativi, hanno bisogno di lavorare insieme per obiettivi comuni. Quando il lavoro di gruppo viene svolto in team, il risultato è maggiore della somma del lavoro dei singoli (1). L'esito del lavoro di team presuppone lo sfruttamento dell'intelligenza del gruppo, che si esprime nel modo più efficace quando viene favorita l'armonia interna al gruppo stesso (2) come risultato di una cultura attenta alle relazioni. Le buone relazioni sono una componente fondamentale del benessere soggettivo secondo il modello PERMA proposto da Seligman (3). Questo può essere promosso, misurato e influisce positivamente sullo stato di salute (4) (5). Nel 2016 un medico della Direzione ospedaliera del P.O. San Luca di Lucca ha frequentato un corso GIMBE per acquisire conoscenze e abilità di team-building. Nell'anno successivo è iniziato il percorso descritto di seguito.

**OBIETTIVI** Favorire il teamworking nella direzione ospedaliera aumentando le conoscenze e le abilità, e modificando le relazioni degli operatori.

**METODI** La metodologia educativa si è basata in minima parte su lezioni frontali (circa il 10% del tempo), mentre per la maggior parte è stata prevalentemente mirata all'apprendimento esperienziale e al cooperative learning. Il gruppo di team è stato individuato e limitato solo al personale della direzione medica: 6 medici, una caposala, un'infermiera, un OSS e 3 operatori addetti alla segreteria. Nel primo incontro si è proceduto alla raccolta delle aspettative e dei timori, si è affrontato il tema del benessere organizzativo (3) (4). La tecnica del role-play è stata utilizzata per migliorare le abilità dei partecipanti nel dare un feedback positivo o negativo. Nel secondo incontro si è lavorato al disegno della mappa del team. Nel terzo incontro si è compilato il questionario di teamworking. L'elaborazione dei risultati ha permesso di ottenere un grafico che evidenziava i punti di forza e le criticità. La seconda parte dell'incontro è stata dedicata alla ricerca di un obiettivo SMART. Il quarto incontro attraverso un'attività competitiva ha favorito la riflessione su alcuni aspetti: comunicazione, ascolto nel team, pensiero laterale, intelligenza emotiva e di gruppo. Infine si è affrontato il tema briefing di team. Sono previsti altri 4 incontri per terminare il percorso accreditato ECM per sanitari e per stabilire se proseguire con il progetto nel 2018.

**RISULTATI** Abbiamo misurato i risultati preliminari con un'intervista eseguita da un valutatore esterno al gruppo. Complessivamente la valutazione del percorso è stata positiva con livelli di soddisfazione, maggiore rispetto alle aspettative, dei medici in confronto al resto del team. Buona parte dei componenti ha messo in evidenza un aumento delle proprie abilità di relazione ed introspezione con ancora pochi risultati sul clima relazionale complessivo. La comunicazione durante il corso è stata definita autentica da tutti, tuttavia è stato riferito che ancora non accade altrettanto nei momenti di lavoro. Il gruppo non ha riferito cambiamenti rilevanti nell'organizzazione del lavoro dopo questi primi incontri. Sino ad oggi le assenze sono state pari al 19%.

**LIMITI** Un percorso di formazione mirata alla costruzione del team dovrebbe protrarsi almeno per due anni e poi proseguire con formazione continua. Le aziende sanitarie tendono a limitare la formazione dei dipendenti per contenere la spesa. Per la realizzazione deve preesistere la volontà del gruppo a costruire il team. Un lavoro preliminare sul gruppo può permettere di superare questo ostacolo.

**CONCLUSIONI** I risultati preliminari sono incoraggianti, tuttavia è necessario un monitoraggio continuo dei risultati per giustificare l'impegno di risorse necessarie (tempo degli operatori) per raggiungere l'obiettivo. **BIBLIOGRAFIA** 1. Handbook on team building. Center of Good Governance (materiale del Corso di team Building Gimbe) 2. Daniel Goleman. (1998) Lavorare con intelligenza emotiva. Rizzoli, Milano. 3. Seligman, M. E. P. (2011). Flourishing. A new understanding of happiness and well-being—and how to achieve them. Boston: Nicholas Brealey. 4. Sergio Ardis (2017). I presupposti per la promozione del benessere. In Ardis S, Bicchi C, (a cura di) Strategie e modelli educativi per la promozione del benessere. Atti della prima giornata di studio, Fisciano, 22 Aprile 2016. Ed. Aonia, Raleigh. 5. Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. Applied Psychology: Health and Well-Being, 3(1), 1-43.

**Autore per la corrispondenza:** Ardis Sergio – Azienda USL Toscana Nord ovest – Email: segretario@sipsalute.it

### 130. L'analisi dell'overload informativo e l'applicazione dei metodi di Business Intelligence per capitalizzare la conoscenza a supporto dei processi decisionali in ASL TO3

Minniti Davide<sup>1</sup>, Alesina Marta<sup>2</sup>, Poletti Alessandra<sup>3</sup>, Presutti Michele<sup>1</sup>, Paolucci Emilio<sup>3</sup>, Boraso Flavio<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ASL TO3, <sup>2</sup>Università degli Studi di Torino, <sup>3</sup>Politecnico di Torino

**BACKGROUND** L'Alta Direzione delle Aziende Sanitarie è chiamata ad esercitare le proprie funzioni in un contesto caratterizzato da un overload informativo non funzionale ed utile ai processi decisionali. I sistemi di Business Intelligence (BI) si rivelano uno strumento valido nel fornire supporto al management estrapolando da più fonti le informazioni critiche e mettendo a disposizione strumenti per l'analisi dei dati. Il cruscotto delle prestazioni è l'interfaccia utente, di semplice e rapida consultazione, che fornisce ai decisori solo le informazioni più rilevanti e pertinenti in termini di BI.

**OBIETTIVI** Creare un sistema di Cruscotti a valenza "tattica" e "strategica" per l'ASL TO3 con lo scopo di supportare l'Alta Direzione nello sviluppo e nel controllo delle strategie, verificando l'allineamento rispetto agli obiettivi prefissati mediante il confronto tra risultati attesi e ottenuti. Ciò per rispondere all'esigenza dell'Azienda di misurare e controllare il valore generato per i pazienti, il personale e l'organizzazione stessa, attraverso la produzione di servizi, in coerenza con la propria mission. Il valore generato, in termini di crescita della qualità assistenziale, di tempestività nell'erogazione delle prestazioni, di miglioramento degli outcome di salute, dell'appropriatezza e della soddisfazione dei pazienti e del personale, è quantificabile attraverso una selezione di indicatori, che costituiscono l'elemento base sottostante al sistema.

**METODI** Per la creazione del sistema di Indicatori fast è stato necessario attuare un lungo processo il cui sviluppo è suddivisibile in tre fasi. La prima fase è stata dedicata all'analisi dei documenti istituzionali e delibere regionali, alla revisione della letteratura nazionale e internazionale in materia di performance management e all'analisi della letteratura internazionale relativa all'utilizzo degli strumenti di BI in ambito sanitario. La seconda fase è stata dedicata all'analisi dei processi aziendali facenti parte delle aree produttive Pronto Soccorso, Ricoveri, Sala Operatoria e Ambulatori con lo scopo di cogliere le condizioni iniziali del sistema ed individuare eventuali problematiche. La terza fase ha previsto la scelta della struttura del modello, l'identificazione dei fruitori di tale strumento e la definizione del set di indicatori a cui si è giunti in seguito alla realizzazione di focus group a cui hanno partecipato Direttori di Struttura Complessa, Dirigenti Medici, Collaboratori Professionali Sanitari Esperti e personale tecnico informatico ed amministrativo.

**RISULTATI** Il Sistema prevede: - Indicatori Tattici per ogni Struttura Complessa di ciascun Presidio Ospedaliero dell'ASL TO3 visibile al Direttore della specifica S.C. e dedicato al monitoraggio delle aree produttive, della diagnostica in generale e dei consumi farmaceutici; - Indicatori Strategici di Presidio visibile al Direttore Medico di Presidio contenente indicatori aggregati relativi ai processi interni ed indicatori di Risk Management; - Indicatori Strategici Ospedalieri visibili al Coordinatore dell'Area Ospedaliera contenente indicatori aggregati relativi a tutti i presidi dell'ASL TO3 per favorire il benchmarking interno funzionale alla ricerca delle best practice; - Indicatori Strategici Territoriali visibile al Coordinatore dell'Area Territoriale dedicato al monitoraggio dei tempi di attesa e della spesa farmaceutica ed un - Cruscotto Strategico Aziendale visibile alla Direzione Generale, contenente una sintesi degli indicatori aggregati che consentono una navigazione trasversale sia su dati clinici, che economici e dedicato al monitoraggio dei progressi in riferimento agli obiettivi strategici globali.

**LIMITI** Il valore ottenuto tramite gli analytics è affidabile solo se lo sono i dati sottostanti al cruscotto e, per avere dati accurati, completi e consistenti, è necessario procedere con la verifica della qualità degli stessi in ogni fase del ciclo di produzione e distribuzione.

**CONCLUSIONI** Grazie alla rapidità di acquisizione ed elaborazione dei dati, il Sistema di Cruscotti, consente di valutare in tempo reale l'andamento delle aree della realtà aziendale più sensibili, permettendo di cogliere, nell'immediato, situazioni potenzialmente pericolose senza attendere che se ne verifichino le conseguenze. Inoltre, il monitoraggio dei processi agevola l'individuazione di criticità e di conseguenza possono essere adottate azioni correttive volte eliminare sprechi, inutili complicazioni e difetti seguendo la filosofia del Lean Thinking. Lo strumento rende fruibili in modo efficace, chiaro e conciso le strategie chiave e gli obiettivi mediante uno schema del "dove si è" e del "dove si vuole andare", ne consegue una semplificazione e velocizzazione del processo decisionale.

**Autore per la corrispondenza:** Alesina Marta – Università degli Studi di Torino – Email: marta.alesina@unito.it

### 131. Progetto a sviluppo della cittadinanza organizzativa “I corti dell’assistenza” (ciò che non si deve mai dimenticare)

Nerozzi Elena<sup>1</sup>, Signoroni Patrizia<sup>1</sup>, Galli Monica<sup>1</sup>, Ioia Francesca<sup>1</sup>, Gori Stefano<sup>1</sup>, Crinelli Simone<sup>1</sup>, Giusti Monica<sup>1</sup>, Martelli Filippo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>PO Santa Maria Annunziata, <sup>2</sup>Azienda Sanitaria di Firenze

**BACKGROUND** La maggior parte di noi, quando riflette sui luoghi di lavoro, tende ad analizzare il rapporto professionale che ha con i suoi interlocutori. Tuttavia una serie di studi sulle organizzazioni aziendali, enfatizzano l’importanza delle relazioni, soprattutto quando una comunità aziendale persegue l’obiettivo di efficacia ed efficienza. Per “comunità aziendale” si intende l’insieme delle relazioni tra le persone che compongono il “sistema organizzativo aziendale” fondato sulla fiducia ed il rispetto, sul senso di appartenenza e, soprattutto, sulla consapevolezza di dover armonizzare obiettivi individuali e di gruppo. Avere consapevolezza di far parte di una comunità aziendale diventa molto importante per migliorare l’apprendimento organizzativo: Elevare innovazione e creatività; Rafforzare la motivazione del personale; Aumentare il senso di fiducia e prossimità dei dipendenti; Sviluppare la leadership; Facilitare il cambiamento organizzativo. Si inserisce qui il concetto di cittadinanza organizzativa, ovvero che vi sia qualcosa di più dello scambio economico nella relazione tra la persona e l’azienda e che questo si traduca in una propensione a cooperare e in un coinvolgimento organizzativo. È in qualche modo un processo di valorizzazione personale e professionale. La cittadinanza organizzativa può essere definita come un sentimento di appartenenza che spinge il lavoratore ad essere parte attiva e creativa dell’organizzazione. Sulla base di questi presupposti nasce nel corso dell’anno 2016 all’interno del P.O. S.M.A. l’idea di sviluppare un progetto a promozione della cittadinanza organizzativa agendo sull’identificazione organizzativa, equità percepita e promozione del organizzativo.

**OBIETTIVI** - Promuovere il sostegno tra colleghi alla collaborazione in team; - Focalizzare l’attenzione ai valori professionali di base e favorendo la circolazione efficace e costruttiva delle informazioni.

**METODI** Realizzazione di piccoli video (cortometraggi) della durata minima di un minuto e mezzo e massima di tre minuti, che serviranno a scopo formativo-didattico per i neoassunti e neo inseriti, riguardante situazioni che ogni giorno si verificano sul posto di lavoro. • Rapporti con i degenti e utenza generica • Rispetto valori etico-deontologici e Buone Pratiche • Problematiche/aneddoti/situazioni e loro risoluzione in ambito lavorativo • Rapporto con i colleghi, medici e diretti superiori. La partecipazione dei cortometraggi ha inoltre lo scopo di focalizzare il significato delle argomentazioni prese in considerazione per potersi migliorare e/o partecipare e introdurre un corretto comportamento laddove si evidenzia non sia agito. “I Corti” sono stati realizzati con il coinvolgimento di tutto il personale dei reparti del PO Santa Maria Annunziata, dei mini spot “a tema” dove il personale è stato attore e sceneggiatore della propria storia coadiuvato nelle riprese e nella regia da un collega esperto.

**RISULTATI** Sono stati realizzati 11 cortometraggi: 1) Bad practice – denuncia dei comportamenti vissuti durante fase di triage e osservazione in Dea 2) Contaminazione - come si riesce a contaminarsi senza neanche rendersi conto 3) Identikit di un professionista- paradosso su come ci mostriamo e ciò che ci sentiamo 4) Il comodino – auto rappresentazione di comportamenti assistenziali da correggere 5) Il rispetto- auto descrizione di comportamenti agiti commentati come paziente 6) La morte- approccio al fine vita nel dipartimento emergenza urgenza e gestione allievi 7) L’ascolto – critica e autocorrezione sulle modalità di ascolto dei bisogni del paziente 8) Le interruzioni nella somministrazione della terapia- autodescrizione e correzione dei comportamenti agiti durante il processo di preparazione e somministrazione farmaci 9) Il Midline: quando i canali di comunicazione sono mal funzionanti 10) Non c’è un solo punto di vista- vissuti come pazienti e come professionisti 11) Travolti da una insolita infezione – modalità di vestizione per approccio virus Ebola. Il personale che ha elaborato le sceneggiature si è improvvisato regista e attore col supporto dell’operatore esterno. Le video registrazioni sono state effettuate tutte fuori dall’orario di lavoro e la realizzazione comprendente elaborazione di DVD e inserimento su piattaforma you tube “corti osma” isorisorse.

**LIMITI** Difficoltà della realizzazione delle sceneggiature e supporto tecnologico, per futuro possiamo ipotizzare tecniche digitali più semplici e di facile utilizzo.

**CONCLUSIONI** Nel progetto cittadinanza organizzativa generale è stata inclusa anche la realizzazione di uno spettacolo realizzato dal personale medico ed infermieristico con la finalità di sensibilizzare l’opinione pubblica e gli addetti ai lavori. L’esperienza è stata molto interessante perché ha sicuramente contribuito in senso positivo alla coesione del gruppo e al clima interno di lavoro. La progettualità è servita sia a valorizzare competenze che a far emergere un senso di appartenenza.

**Autore per la corrispondenza:** Rosseti Rossella – PO Santa Maria Annunziata – Email: rossella.rosseti@uslcentro.toscana.it

## 132. Il supporto educativo relazionale ai caregiver-burden di media età: uno studio osservazionale

Niculae Ioana<sup>1</sup>, Traini Tiziana<sup>1</sup>, Amadio Mariella<sup>2</sup>, Mielli Lucia<sup>2</sup>, Nespeca Maria Teresa<sup>2</sup>, Troiani Silvano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno, <sup>2</sup>ASUR - Area Vasta N. 5

**BACKGROUND** Al 1 gennaio 2017, l'indice di vecchiaia nella Regione Marche mostra al primo posto la provincia di Ascoli Piceno. Molte famiglie si ritrovano a prestare assistenza in modo informale ad un anziano, ad un parente non autosufficiente o ad un familiare in situazione di disabilità, accudendoli direttamente nell'ambito domiciliare con l'inserimento nell'Assistenza Domiciliare Integrata. Il caregiver rappresenta il “perno” della relazione assistito-famiglia-professionisti sanitari e sono coloro che si prendono carico in modo responsabile delle persone bisognose di cure assistenziali, senza pensare al proprio benessere, che a lungo andare subirà delle modifiche sul piano fisico, psichico e sociale. Per educare i caregiver e per sostenerli nel momento in cui si evidenziano difficoltà nell'espletamento di vita quotidiana, occorre costruire un progetto personalizzato.

**OBIETTIVI** Identificare i bisogni, le conoscenze e la percezione del livello di stress alle quali sono sottoposti i caregiver di media età che si prendono cura di un familiare al proprio domicilio, per poter offrire supporto opportuno ed adeguato al caregiver. Riconoscimento giuridico delle competenze della figura del caregiver informale, prendendo come esempio la regione Emilia Romagna, attualmente l'unica con una Legge Regionale n° 2 del 28 marzo 2014 “Norme per il riconoscimento e il sostegno del caregiver familiare”.

**METODI** Per valutare il livello del carico dell'assistenza percepito dal caregiver è stata utilizzata una scala multidimensionale, la Caregiver Burden Inventory (CBI), che permette di valutare le 5 dimensioni del livello di burden, fornendo indicazioni relative al tipo di supporto da mettere in atto. Anche se, nella letteratura, la scheda di valutazione CBI viene utilizzata per misurare il livello di burden del caregiver che si prende cura di un malato con una patologia di demenza, si è scelto volutamente la stessa scheda per valutare se il livello del carico viene percepito nello stesso modo da tutti i caregiver a prescindere della patologia dell'assistito. Il campione arruolato per la survey è stato individuato presso le UU.OO ADI Distretto di San Benedetto del Tronto, Grottammare, Montefiore, Ripatransone e Cupramarittima dell'ASUR Area Vasta 5. Sono stati consegnati 85 questionari (4 dei quali non restituiti e 29 scartati in quanto non rispettavano i criteri di inclusione). I criteri di inclusione sono: la presenza dell'assistito accudito dal caregiver familiare, di età tra 30 e 60 anni, nell'ambito familiare e il domicilio dell'assistito nella Provincia di Ascoli Piceno. Sono stati quindi esclusi i caregiver formali. Timing dello studio: gennaio 2017 – ottobre 2017. In più, per la realizzazione dello studio sono stati consultati siti nazionali (IPASVI), ed è stata effettuata una ricerca di articoli attraverso le banche dati presenti (PubMed).

**RISULTATI** I dati relativi alle caratteristiche demografiche dei caregiver evidenziano la prevalenza del sesso femminile (86,54%); l'età media è di 51,52 anni; il 44,24% sono casalinghe o disoccupate/i. Si è preso in esame lo stato occupazionale dei caregiver poiché nella malaugurata circostanza di decesso dell'assistito, queste persone che hanno investito buona parte del loro tempo nel curare il proprio caro, si troveranno in una situazione precaria dal punto di vista lavorativo, in concomitanza dell'aumentare dell'età. Dopo l'elaborazione dei dati ottenuti dal CBI emerge che la dimensione del burden più elevato è quella del Tempo, seguito poi dal burden Evolutivo, Fisico, Sociale ed Emotivo.

**LIMITI** La collaborazione e la disponibilità dei caregiver (rischio di tensione nel ruolo del caregiver); numerosità e dimensionamento del campione; studio monocentrico.

**CONCLUSIONI** I risultati della ricerca confermano quanto presente in letteratura sia per quanto riguarda le caratteristiche demografiche dei caregiver sia il livello di burden percepito. I caregiver non sono sufficientemente consapevoli che tutti i tipi di burden possono causare conseguenze sulla salute e la qualità di vita percepita. Le persone che si prendono cura hanno bisogno di comunicare e collaborare per evitare tutti i tipi di rischi dovuti al carico dell'assistenza, nonché di trovare un costante e valido sostegno nella figura dell'Infermiere che, con la sua preparazione e disponibilità potrà intervenire, adottando strumenti idonei, per prevenire l'insorgenza di situazioni critiche. Migliorare la conoscenza e la consapevolezza dei rischi di stile di vita scorretti nei caregiver, è uno degli obiettivi del Piano Regionale 2014-2018 della Regione Marche.

**Autore per la corrispondenza:** Traini Tiziana – Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno –  
Email: t.traini@univpm.it



### 133. Insufficienze croniche d'organo end stage: la gestione terapeutica-assistenziale intensiva o palliativa secondo i professionisti sanitari. Studio osservazionale

Nucci Daniele, Quaglia Consuelo, Marchetti Mara

*Università Politecnica delle Marche*

**BACKGROUND** La progressiva evoluzione tecnico-scientifica degli ultimi anni ha comportato un allungamento dell'età di sopravvivenza degli individui, ma in contemporanea si è assistito ad un aumento delle patologie croniche, ossia patologie che hanno una durata molto estesa nella vita dell'individuo e che prevedono l'alternarsi di periodi di riacutizzazione e di remissione di segni e sintomi. Viene definita come fase end stage la fase in cui si riscontra un avanzamento della patologia tale da non esserci periodi di remissione della patologia, comportando un progressivo peggioramento delle condizioni dell'individuo, sia per quanto riguarda la durata che la qualità della vita. Attualmente, il trattamento di eccellenza è l'approccio intensivo volto ad allungare la durata della vita dell'individuo, il trattamento palliativo attualmente è indirizzato verso il paziente oncologico terminale. Negli ultimi anni è stato pubblicato dal SIAARTI il documento "Grandi insufficienze d'organo end stage: cure intensive o cure palliative? documento condiviso per una pianificazione delle scelte di cura" dove è descritto un protocollo mirato all'indirizzamento dei soggetti affetti da patologia cronica end stage verso un approccio terapeutico assistenziale di tipo intensivo o palliativo. Le patologie che il documento tratta e che noi abbiamo preso in esame sono lo scompenso cardiaco cronico, l'insufficienza renale cronica, la SLA, la Sclerosi Multipla, la BPCO; vengono descritti dei target di identificazione della patologia end stage generici e specifici per ogni patologia trattata.

**OBIETTIVI** L'obiettivo di questo studio è verificare la presenza o meno di protocolli per l'identificazione di patologie end stage e per l'indirizzamento verso un'assistenza di tipo intensiva o palliativa nei reparti presi in esame. Un altro obiettivo di questo studio è proporre il documento della SIAARTI ai professionisti sanitari medici e infermieri, al fine di raccogliere consensi e dissensi e valutarne l'applicabilità.

**METODI** Lo studio effettuato è uno studio osservazionale cross-sectional, il campione preso in esame comprende 82 professionisti sanitari tra medici e infermieri appartenenti a 6 SOD dell'Azienda OU Ospedali Riuniti di Ancona; tra i materiali troviamo due questionari autorelativi differenti per medici e infermieri, mirati ad indagare la presenza nelle SOD trattate di protocolli per l'identificazione delle patologie end stage e l'indirizzamento dei pazienti verso approcci terapeutico assistenziali di tipo intensivo o palliativo. La compilazione e l'illustrazione del documento scientifico preso in esame è stata effettuata sotto forma di intervista.

**RISULTATI** In seguito all'analisi dei dati, si evince che le patologie d'organo croniche sono una problematica molto presente nel contesto sanitario in quanto il 97% afferma di avere pazienti con insufficienza cronica d'organo nel proprio reparto; il 72% degli intervistati evidenzia l'assenza di un protocollo finalizzato all'inquadramento della patologia end stage e all'indirizzamento verso le cure intensive o palliative. L'84% degli intervistati percepisce un profondo disequilibrio tra risorse economiche disponibili, aspetti etici e interventi sanitari attuati, causando quindi un'assistenza al paziente non complementare che non riesce a gestire la dimensione economica, la dimensione etica e l'attività assistenziale in maniera equilibrata. Solo il 55% ritiene che il proprio operato professionale quotidiano sia coerente con i propri aspetti umani, intesi come pensieri emozioni e valori, evidenziando quindi un equilibrio tra la dimensione affettiva-emotiva della persona e la sua dimensione professionale. L'84% ritiene il documento del SIAARTI valido per essere applicato nella pratica clinica assistenziale quotidiana e l'85% vede il protocollo proposto come un utile strumento finalizzato a migliorare la qualità di vita del paziente, debellare l'accanimento terapeutico e favorire una distribuzione delle risorse razionalizzata.

**LIMITI** Lo studio svolto risulta essere monocentrico in quanto analizza solamente un'azienda ospedaliera. L'utilizzo di un questionario non validato da alcuna comunità scientifica in forma di intervista rappresenta un altro limite.

**CONCLUSIONI** Il documento ha raccolto un gran consenso da parte degli operatori sanitari coinvolti, in quanto riguarda coerenza ed applicabilità. La missione dei professionisti sanitari è comprendere e far comprendere ai familiari dei pazienti che la palliazione non è una resa, ma una procedura terapeutica atta a garantire al paziente la morte più serena e indolore possibile, al fine di salvaguardare il diritto della persona ad una dipartita meno travagliata possibile.

**Autore per la corrispondenza:** Nucci Daniele – Università Politecnica delle Marche – Email: n.dani@hotmail.it



### 134. Validazione transculturale in Lingua Italiana del "Progressive Aphasia Severity Scale (PASS) Questionnaire"

Occhigrossi Chiara, Lambro Benedetta, Petrillo Stefania Maria, Piccirilli Massimo

*Università degli Studi di Perugia*

**BACKGROUND** L'afasia progressiva primaria (PPA) è una patologia neurodegenerativa che comporta una perdita progressiva delle funzioni linguistiche, con relativo risparmio di altri domini cognitivi. In base a caratteristiche cliniche, neuroimmagini e markers biologici la PPA è stata recentemente classificata in tre varianti: non fluente, semantica o logopenica (Kertesz 2014). La valutazione formale del linguaggio consente di individuare i differenti profili funzionali delle tre varianti di PPA ma appare di minore efficacia nel valutarne la progressione e la corrispondenza con le effettive abilità comunicative nella vita quotidiana. A questo scopo un gruppo di ricerca dell'Harvard University ha proposto il "Progressive Aphasia Severity Scale (PASS) Questionnaire" (Sapolsky 2014) come strumento clinico finalizzato ad ottenere più precise informazioni circa le difficoltà comunicative, linguistiche e funzionali del paziente ed a monitorarne l'evoluzione nel tempo (Sapolsky 2011). Si tratta di una scala semi-strutturata, composta da un questionario e un'intervista rivolti ad un caregiver, accompagnati da un'intervista ed una valutazione effettuata mediante test neuropsicologici sul paziente. Da un punto di vista psicometrico, la Pass si è dimostrata un ottimo strumento di misura per la PPA (Sapolsky 2010). Relativamente alla inter-rater reliability la scala ha mostrato un ICC>0,9 per i tre domini rappresentativi delle tre varianti di PPA: la fluenza, la morfo-sintassi e la comprensione lessicale. Inoltre è stata calcolata la correlazione tra grado di compromissione misurato dal PASS e gli effettivi deficit nelle relative performance misurati tramite test già validati (fluenza PASS/"Western Aphasia Battery" (WAB) ( $r_{0.92}$ ), grammatica PASS/Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE) ( $r_{0.94}$ ), comprensione di parole PASS/word-picture matching della "Cambridge Semantic Battery" CSB ( $r_{0.87}$ )). Infine lo spessore del giro frontale inferiore sinistro dell'encefalo correla con la fluenza verbale ( $r_{0.71}$ ) e con la morfo-sintassi ( $r_{0.57}$ )), mentre lo spessore corticale temporo-polare sinistro correla con la comprensione di parole ( $r_{0.68}$ ). Al momento in Italia non sono presenti strumenti valutativi con caratteristiche psicometriche simili e questo rappresenta una grave carenza per gli specialisti del linguaggio che si occupano di pazienti con PPA. Una validazione trans-culturale del PASS potrebbe apportare un significativo miglioramento nella pratica clinica logopedica.

**OBIETTIVI** Questo progetto si propone di effettuare una validazione transculturale della "Progressive Aphasia Severity Scale (PASS) Questionnaire" in pazienti con Afasia Primaria Progressiva.

**METODI** In primo luogo sono stati ottenuti dagli autori del PASS l'autorizzazione alla validazione transculturale in lingua italiana e tutto il materiale necessario (istruzioni, PASS Questionnaire, Worksheet, materiale supplementare). Si è poi proceduto seguendo le indicazioni di Beaton e Coll. (2000). In particolare, due logopediste, con ottima conoscenza della lingua inglese, in maniera indipendente, hanno tradotto il questionario in italiano e hanno successivamente concordato una versione comune assieme ad un'équipe formata da una logopedista esperta in afasiologia ed un neurologo, esperto neuropsicologo. In questa fase è stata prestata una particolare cura ed attenzione al fine di individuare eventuali differenze culturali che potessero generare ambiguità o errori nell'interpretazione dei vari item. Nella seconda fase la versione comune è stata tradotta nuovamente in inglese, in modo indipendente, da due traduttori esperti, entrambi di madrelingua inglese e con un'ottima conoscenza del lessico scientifico. Dopo aver elaborato in équipe una versione condivisa in lingua inglese, nata dal confronto delle due back-translation, si è proceduto a stilare la versione definitiva in lingua italiana.

**RISULTATI** Allo stato attuale è pronta una traduzione adattata in lingua italiana del questionario, del manuale di istruzioni e del foglio di raccolta delle risposte.

**LIMITI** Essendo giunto a termine l'adattamento del Questionario, per completare il lavoro stiamo provvedendo ad una valutazione statistica per il calcolo della numerosità campionaria necessaria. Prevediamo ad ogni modo tempi relativamente lunghi per l'arruolamento di un numero di pazienti con PPA adeguato a validare la scala nella nostra lingua. Per questo motivo è ipotizzabile un progetto multicentrico. La richiesta di consenso al Comitato Etico è in fase di compilazione.

**CONCLUSIONI** Dal momento che uno strumento con caratteristiche ecologiche simili è assente nel panorama italiano appare opportuno provvedere ad una validazione transculturale del PASS nella nostra lingua.

**Autore per la corrispondenza:** Occhigrossi Chiara – Università degli Studi di Perugia – Email: chiara.occhi@outlook.it

### 135. Studio cross-sectional sulla valutazione del benessere soggettivo: l'outcome di salute negletto

Pacitti Marcello, Ardis Sergio

*Società Italiana per la Promozione della Salute*

**BACKGROUND** La salute è lo stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la mera assenza di malattia (OMS, 1946). Nonostante siano trascorsi oltre 70 anni, tale definizione non ha permeato il mondo della sanità per quanto riguarda l'inclusione del benessere negli obiettivi e nella valutazione degli outcome di salute. Solo i report della Regione Europea dell'OMS del 2012 e del 2015 dedicano ampio spazio al benessere soggettivo (BS), alla sua definizione e alla sua misurazione e chiamano le organizzazioni e gli operatori a valutarlo e promuoverlo (1) (2) e il piano programmatico Health 2020 lo pone negli obiettivi strategici (3). Oggi questa parte della salute è poco conosciuta, valutata e promossa dai sanitari, dagli amministratori e dai policy-maker in senso lato. BS e malattia si influenzano vicendevolmente. Vari studi mostrano gli effetti della malattia sul BS e del BS sulla salute fisica. (4). Il BS può essere misurato in termini di soddisfazione per la vita (SPV).

**OBIETTIVI** Con un disegno di studio cross-sectional abbiamo valutato l'impatto della malattia cronica sul BS di un vasto campione di soggetti sani e malati.

**METODI** I dati sono stati estratti da un database dell'Osservatorio Nazionale del Benessere Soggettivo della Società Italiana per la Promozione della Salute (5) che comprende varie misure di aspetti di salute e psicologia positiva. Il numero totale dei partecipanti era di 1466 soggetti di cui 762 nel gruppo sani (infermieri, studenti, caregiver, cantanti di coro, ecc.) e 698 soggetti malati (diabetici, emodializzati, HIV+, psichiatrici, oncologici, psoriasici, tossicodipendenti) con un rapporto m/f pari a 650/805 con età media 45,8 DS 18,2 range di 14-91 anni. La SPV è stata investigata tramite una "single item scale" che chiedeva ai partecipanti "Attualmente, quanto ti ritieni soddisfatto della tua vita nel complesso?" che prevede uno score su una scala Likert da 0 a 10. La scala in Italia è utilizzata anche dall'Istat per le survey nazionali sulla "soddisfazione per la vita dei cittadini". Per l'analisi dei dati è stato eseguito un t-test con Minitab 17®.

**RISULTATI** Il campione ha ottenuto un punteggio medio di SPV di 6,9 DS 1,9. Il gruppo di soggetti malati ha ottenuto un punteggio medio 6,5 DS 2,2 e soggetti sani 7,3 DS 1,58 ( $p<0,001$ ). Abbiamo confrontato i punteggi con il valore di SPV degli italiani che nell'anno 2016 è risultato pari a 7 (6) (7). Il punteggio medio del campione non è risultato significativamente diverso dal dato nazionale, mentre il punteggio medio ottenuto dai soggetti malati è significativamente più basso ( $p<0,001$ ) e il punteggio del campione dei soggetti sani è risultato significativamente più alto ( $p<0,001$ ) del dato nazionale.

**LIMITI** Pur avendo il merito di essere uno dei pochi studi in Italia con un campione relativamente vasto, il tipo di studio ha in sé il limite di poter dimostrare solo associazioni e non permette di fare ipotesi di causalità. Inoltre la popolazione studiata non può essere generalizzata e ogni considerazione deve essere riferita al campione stesso. Lo studio non ha tenuto conto del tempo di insorgenza della malattia cronica e quindi non tiene conto degli effetti dei noti fenomeni di adattamento sul BS.

**CONCLUSIONI** La SPV nei pazienti con malattia cronica del nostro campione è significativamente ridotta rispetto alle persone sane del nostro campione con la perdita di quasi un punto di BS. Il confronto con il dato nazionale medio di SPV conferma una perdita significativa di benessere soggettivo seppur minore rispetto al confronto precedente. Il nostro studio contribuisce a delineare i rapporti fra benessere e malattia in Italia e quindi conformemente alle indicazioni dell'OMS a fornire dati che tengano conto dei vari contesti culturali. Le misure del BS in futuro dovranno entrare nella valutazione della salute sia dei malati nei servizi sanitari sia nella popolazione per la valutazione dello stato di salute nazionale e delle singole comunità. Ogni intervento di promozione della salute dovrebbe essere valutato per il benessere soggettivo prodotto nel target. Bibliografia 1. World Health Organization. (2013). The European Health Report 2012: charting the way to well-being. 2. World Health Organization. (2015). The European Health Report 2015: targets and beyond reaching new frontiers in evidence 3. World Health Organization. (2013). Health 2020. A European policy framework and strategy for the 21st century 4. Diener, E., & Chan, M. Y. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1-43. 5. Ardis, S. (2014). La Promozione del Benessere. Strumenti Per La Sua Valutazione. Aonia 6. ISTAT (2016) La soddisfazione dei cittadini per le condizioni di vita 7. Ardis, S. (2017). Trent'anni di Carta di Ottawa Vol. II. Aonia.

**Autore per la corrispondenza:** Ardis Sergio – Società Italiana per la Promozione della Salute – Email: segretario@sipsalute.it

### 136. Analisi retrospettiva di appropriatezza nella prescrizione di test diagnostici per la malattia celiaca nell'ASL VCO

Paolucci Irene, Bianchi Margherita, Ruscitto Leonardo, Pieri Nicoletta, Trimarchi Antonino, Caruso Giovanni

ASL VCO

**BACKGROUND** La malattia celiaca (MC) è un'enteropatia immuno-mediata indotta dall'ingestione di glutine in soggetti geneticamente predisposti. Lo sviluppo di nuovi e più accurati metodi diagnostici ha portato ad un incremento prescrittivo dei test di II livello anche a discapito dei test di I livello. Nella relazione annuale redatta dal Parlamento – edita nel 2015, si indica la tipizzazione HLA (DQ2-DQ8) come test di II livello da utilizzare nei casi dubbi (test di I livello dai risultati incerti o discrepanti), in categorie a rischio come i familiari di primo grado di pazienti celiaci e/o in pazienti affetti da patologie associate alla celiachia (diabete mellito di tipo 1, deficit di IgA, tiroidite autoimmune, epatite autoimmune, Sindrome di Down, etc.). Il test genetico riveste una particolare importanza nei pazienti pediatrici dove si vuole evitare l'esecuzione dell'esame istologico che è ancora riconosciuto come "gold standard" nella diagnosi di malattia celiaca.

**OBIETTIVI** Scopo dell'analisi di appropriatezza prescrittiva è verificare l'applicazione dell'algoritmo diagnostico proposto nel documento ministeriale mettendo a confronto la presenza dei test sierologici tTG (Transglutaminasi Tissutale) ed EMA (Anticorpi anti Endomisio), istologici (biopsia) e genetico (HLA suggestivo di predisposizione alla patologia) in una popolazione di pazienti afferenti agli ambulatori dell'ASL VCO. Obiettivo generale è verificare i costi sostenuti per le richieste inappropriate basandosi sulla versione attuale del tariffario nazionale (cod. 20169). Obiettivo specifico è proporre un metodo che consenta di valutare l'appropriatezza prescrittiva "ex ante" anche in un'ottica di economia.

**METODI** Sono state valutate n. 800 richieste di tipizzazione genomica per DQ2-DQ8 pervenute nel periodo 2012-2016 al laboratorio HLA del SIMT VCO. La valutazione dell'appropriatezza prescrittiva ha previsto l'analisi incrociata dei dati relativi alla presenza dei test sierologici, molecolari e istologici e dei costi correlati ai test eseguiti per l'indagine molecolare HLA (DQ2-DQ8).

**RISULTATI** Degli 800 casi indagati per i test di II livello, n. 543 casi non avrebbero seguito l'iter diagnostico previsto dall'algoritmo ministeriale, ovvero le richieste di indagini molecolari non sono state precedute dai test sierologici di primo livello. Dall'analisi economica risulta che i costi dei test di biologia molecolare sono stati complessivamente pari a euro 349.697,7, e che un'applicazione corretta delle linee guida avrebbe consentito un risparmio pari a euro 175.117,5 (50% del totale). Se considerati i costi relativi alla diagnostica sierologica (I livello) non effettuata (euro 16.127,1) si avrebbe avuto una spesa di 158.990,5 euro e quindi un risparmio del 45% sul totale.

**LIMITI** Poiché solo in 74 casi è stato seguito il percorso corretto (9.25% del totale) si è ritenuto opportuno redigere una scheda con gli step diagnostici da condividere con i MMG/PLS ed eventualmente da consegnare al paziente al momento della prenotazione dell'esame. Si tratta di un documento informativo da presentare al momento di accesso ai punti prelievi, utile per la verifica dell'appropriatezza prescrittiva (presenza dei test sierologici di primo livello) e per valutare la concordanza dei risultati diagnostici nel momento dell'emissione del referto.

**CONCLUSIONI** L'efficacia del metodo sarà da valutare a distanza. Il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Famiglia prevede il coordinamento del Direttore di Distretto, la messa a punto di un programma formativo dedicato ed organizzato dal SIMT in collaborazione con il Laboratorio Analisi.

**Autore per la corrispondenza:** Bianchi Margherita – ASL VCO – Email: [margherita.bianchi@aslvc.it](mailto:margherita.bianchi@aslvc.it)

### 137. Studio osservazionale retrospettivo finalizzato alla comparazione della appropriatezza dei ricoveri di pazienti provenienti dal Pronto Soccorso e destinati ad area medica, rispetto a criteri teorici di validità clinica (MEWS) e di carico assistenziale (IDA+ICA)

Parogni Pierpaolo, Morena Bolognini, Giuseppe Lucchini, Massimo Amato, Boccacci Simona, Consuelo Basili

ASST Mantova

**BACKGROUND** L'affollamento degli ospedali a cui si è assistito negli ultimi anni a fronte di una diminuzione dei posti letto ha reso necessario individuare un sistema di triage all'interno dell'ospedale stesso finalizzato a stratificare, in maniera semplice e rapida, il grado di gravità clinica del paziente acuto, in modo da assicurargli un'assistenza nel setting più adeguato ovvero un uso appropriato delle risorse economiche ed umane di tutte le realtà medico assistenziali a disposizione in un dato territorio nonché la riduzione delle complicanze e del rischio di aumentare morbilità e mortalità. Il progetto nasce dall'esigenza di affrontare in maniera più consapevole il fatto che alla base del sovraffollamento c'è la difficile soluzione del bisogno di salute del paziente cronico, per quanto riguarda la sua riacutizzazione clinica, ma soprattutto per il suo carico assistenziale. Rifacendosi all'esperienza che nel 2005 l'Unità Operativa di II Medicina Interna dell'Ospedale di Livorno decise di realizzare, eseguendo l'allocatione dei pazienti sulla base del punteggio del Modified Early Warning Score (MEWS) rilevato all'arrivo del paziente in corsia. Alla definizione iniziale del caso concorse anche il personale infermieristico, sulla scorta di una valutazione della dipendenza assistenziale. A questa duplice procedura di triage, di semplice e rapida esecuzione è stato dato il nome di "Triage di Corridoio" (Tri-Co).

**OBIETTIVI** Studio osservazionale retrospettivo è finalizzato alla comparazione della appropriatezza dei ricoveri di pazienti provenienti dal Pronto Soccorso e destinati all'area medica. Attraverso il riesame del processo clinico-assistenziale si andrà a valutare quanti pazienti hanno usufruito di un ricovero definito dalla Tri-Co "appropriato" e quanti avrebbero potuto beneficiare di cure intermedie "postacute" e "subacute" attraverso un ricovero presso Strutture sanitarie sul Territorio. Lo scostamento tra l'appropriatezza del ricovero e la non appropriatezza, definito dal Tri-Co, sarà il principale indicatore di processo che consentirà di misurare la possibilità di miglioramento dell'appropriatezza.

**METODI** Lo studio si propone di applicare l'algoritmo Tri-Co ai pazienti che hanno avuto accesso al Pronto Soccorso di Mantova dal 01/12/2016 al 28/02/2017 e per i quali è stato definito il bisogno di ricovero in ambiente internistico. Si svilupperà prendendo in esame la documentazione sanitaria (verbale di pronto soccorso e cartella clinica), nel periodo citato e per singolo paziente e fornirà anche indicazioni sui criteri di appropriatezza clinica vs bisogni sociali e quindi della validità di introduzione di un sistema di valutazione secondo score, anche per l'indirizzo dei pazienti verso struttura sanitarie che non siano un ospedale per acuti (nella bassa e media intensità secondo i criteri della scala di validità clinica (MEWS) e di carico assistenziale (IDA+ICA).

**RISULTATI** Outcome primario: misurazione del grado di concordanza tra l'algoritmo derivante dalla combinazione delle scale MEWS ed IDA e l'indicazione di ricovero. Outcome secondario: applicabilità della scala nella pratica quotidiana.

**LIMITI** Limiti Esame della documentazione clinica (verbale di pronto soccorso e cartella clinica di ricovero) piuttosto che la valutazione diretta del Paziente.

**CONCLUSIONI** Il modello "per intensità di cure" è stato scelto in questo progetto, in quanto in grado di garantire l'appropriatezza dell'assistenza, intesa come livello di assistenza realmente necessario al paziente, adeguato rispetto alle migliori conoscenze scientifiche e alle abilità tecniche. Inoltre lo scenario che si propone vede il territorio come luogo privilegiato per l'erogazione delle cure e una politica attiva verso la realizzazione di servizi intermedi.

**Autore per la corrispondenza:** Parogni Pierpaolo – ASST Mantova – Email: pierpaolo.parogni@asst-mantova.it

### 138. La fisioterapia domiciliare: 15 mesi di esperienza dell'ASL TO3 della regione Piemonte

Passi Stefano<sup>1</sup>, Rossignoli Federica<sup>1</sup>, Galassi Roberto<sup>2</sup>, Venuti Silvio<sup>1</sup>, Minniti Davide<sup>1</sup>, Boraso Flavio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ASLTO3, <sup>2</sup>Università degli Studi di Torino

**BACKGROUND** Il servizio di Cure domiciliari è classicamente rivolto a persone che necessitano, per un periodo temporaneo ben definito, di prestazioni sanitarie e socio sanitarie di bassa e media complessità in grado di essere erogate a domicilio del paziente. Nel complesso del processo di cure territoriali, la rieducazione motoria rappresenta uno degli elementi fondanti la presa in carico del paziente in grado di impattare significativamente sugli outcomes di salute dell'individuo e costituisce uno degli elementi cardine nella risposta integrata alla non-autosufficienza. L'importanza della rieducazione funzionale nell'ambito delle cure domiciliari viene, inoltre, richiamata dall'attuale normativa relativa all'Accordo Collettivo Nazionale dove si ribadisce la necessità di creare un'offerta strutturata capillarmente sui territori aziendali.

**OBIETTIVI** L'obiettivo del presente lavoro è la descrizione metodologica e di risultato dell'attivazione di un servizio di fisioterapia domiciliare (in service) secondo i principi dell'efficacia e dell'efficienza.

**METODI** L'analisi dell'attuale offerta fisioterapica aziendale ha evidenziato una situazione caratterizzata da forti disomogeneità territoriali e da debole governo clinico. Per contribuire alla continuità assistenziale in tale ambito si è affidato ad una Cooperativa esterna (mediante gara aziendale) il servizio di fisioterapia domiciliare nell'ambito delle Cure Domiciliari dell'ASL TO3 con l'obiettivo di migliorare l'offerta (nei termini di volumi di produzione ed uniformità territoriale).

**RISULTATI** Il nuovo modello organizzativo si è reso operativo dal mese di aprile 2016 e il monitoraggio eseguito ha avuto una durata di quindici mesi (fino a luglio 2017). Il modello è stato implementato su tutto il territorio aziendale (ASLTO3) con una stratificazione del governo clinico e di monitoraggio di attività per singoli distretti sociosanitari. Il totale dei pazienti presi in carico dal nuovo modello di fisioterapia domiciliare si è attestato a N. 2280 residenti (di cui 65% maschi - 35% femmine), con una distribuzione pressoché uniforme per densità di popolazione e per tipologia di territorio (metropolitano vs montano). La media di prestazioni erogate per singolo paziente si è attestata a N. 13 sedute fisioterapiche e la tipologia di prestazioni più rappresentate sono state la Rieducazione Motoria, l'Addestramento dell'uso di ausili e l'addestramento del caregiver. I motivi clinici di apertura di un progetto domiciliare di fisioterapia sono stati rispettivamente: 30% per frattura in paziente anziano (> 65 anni), 30% per la rieducazione di patologia neurologica (Sclerosi Laterale Amiotrofica, Sclerosi Multiple), 30% per il trattamento della Sindrome ipocinetica dell'anziano e il restante 10% per la gestione fisioterapica dei pazienti politraumatizzati. Il nuovo modello organizzativo, oltre a determinare un miglioramento della qualità dell'offerta fisioterapica, ha rappresentato anche una scelta basata su principi di efficienza (determinando un risparmio annuo pari a circa 50.000€) consentendo di governare, monitorare e utilizzare con appropriatezza l'offerta di prestazioni usufruendo di una tariffa nettamente inferiore a quella praticata comunemente in regime di libera acquisizione di tali prestazioni da parte degli assistiti.

**LIMITI** In una logica di miglioramento continuo sarà necessario stabilire dei precisi protocolli di presa in carico del paziente dal setting ospedaliero a quello territoriale in una logica di percorso integrato di cura.

**CONCLUSIONI** L'attuale modello individuato costituisce di fatto un esempio, ormai consolidato, di modello di rieducazione funzionale capace di tendere verso principi di efficienza ed appropriatezza delle cure, anche attraverso l'integrazione dei servizi pubblici, con quelli del privato governato dal pubblico.

**Autore per la corrispondenza:** Alesina Marta – Università degli Studi di Torino – Email: marta.alesina@unito.it

### 139. Percentuale di inutilizzo dei cateteri venosi periferici applicati a pazienti a bassa priorità d'intervento in un Dipartimento d'Emergenza italiano

Pennacchio Edoardo, Viggiani Ilenia, Summa Donato

*Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo di Potenza*

**BACKGROUND** Uno studio australiano (Limm, Ann Emerg Med 2013) ha rilevato che circa il 40% dei cateteri venosi periferici applicati in un singolo dipartimento d'emergenza non vengono utilizzati per infusione. A questo report hanno fatto seguito una serie di interventi di miglioramento promossi dal ECCN (Emergency Care Clinical Network) in alcuni ospedali dello stato australiano di Victoria. Un secondo studio, sempre condotto in Australia (Hawkins, Acad Emerg Med 2017), ha indagato il medesimo argomento, rilevando una percentuale d'inutilizzo dei cateteri venosi periferici del 30% circa. I risultati di questi studi non sono generalizzabili. Non esistono dati raccolti su quest'argomento nei Dipartimenti d'Emergenza (DEA) italiani.

**OBIETTIVI** Verificare se anche nel pronto soccorso del nostro ospedale, sede di DEA di II livello, con una media di accessi di poco superiore a 50.000 pazienti/anno, vi sia una significativa percentuale d'inutilizzo delle cannule periferiche applicate in emergenza a pazienti non critici. Verificare se un intervento formativo di breve durata possa modificare tale percentuale. Stimare l'eventuale riduzione dei costi.

**METODI** Dal 5 al 12 luglio 2017 sono stati identificati 235 pazienti con codice di priorità verde a cui era stato posizionato in pronto soccorso un accesso venoso periferico. Sono stati esclusi dallo studio i pazienti con diverso codice colore (rosso, giallo, bianco). È stata eseguita una revisione delle cartelle cliniche di tali pazienti per verificare se l'accesso venoso applicato fosse stato utilizzato per infondere farmaci o fluidi a scopo terapeutico. I risultati sono stati riportati in una tabella con il problema di presentazione e le eventuali terapie effettuate per via endovenosa. Né gli operatori sanitari, né i pazienti erano stati informati dello studio osservazionale.

**RISULTATI** Sono stati utilizzati soltanto per eseguire il prelievo ematico, e non per eseguire terapie infusionali, 141/235 accessi venosi (60%). Dei 141 accessi venosi inutilizzati, 19 possono tuttavia essere considerati "utili", perché applicati a pazienti con sintomi di particolare rilievo clinico (dolore toracico, dispnea, vomito). Gli accessi venosi "inutili" possono essere dunque considerati 122/235 (51,9%). Il costo comprensivo di IVA per incannulare una via venosa è pari a € 0,42 con l'applicazione di una cannula periferica e di un rubinetto a tre vie e a € 0,93 se si esegue un'infusione con deflussore standard e soluzione fisiologica per il mantenimento della pervietà venosa. Il costo comprensivo di IVA per eseguire un prelievo venoso è pari a € 0,61 con il dispositivo Vacutainer e di € 0,29 con un ago a farfalla. Eseguire il prelievo con un ago a farfalla porterebbe pertanto ad un risparmio variabile da € 0,13 a € 0,64 per paziente, rispetto all'applicazione della cannula venosa; eseguire il prelievo con il sistema Vacutainer porterebbe ad una modifica dei costi variabile da una riduzione di € 0,32 ad un potenziale aumento di € 0,19 rispetto all'applicazione della cannula venosa. La riduzione massima dei costi nel nostro pronto soccorso, ipotizzando una riduzione del 15% degli accessi venosi applicati impropriamente, sarebbe pari circa a € 59/settimana (pari a circa € 3000 /anno). È stato eseguito un breve intervento formativo per medici e infermieri, della durata di 30 minuti, per riportare i risultati dell'analisi. Alcuni poster, contenenti le indicazioni per l'applicazione di un accesso venoso, sono stati affissi nei box visita dell'area verde del pronto soccorso. L'analisi sarà ripetuta nella settimana dall'8 al 14 gennaio 2018 per verificare l'effetto dell'intervento.

**LIMITI** I tempi necessari per reperire l'accesso venoso sono stati considerati sovrapponibili a quelli necessari per eseguire il prelievo venoso; non sono pertanto stimabili eventuali differenze nel costo del personale. Non sono state eseguite valutazioni su eventuali differenze nella scala del dolore fra le due pratiche (prelievo e reperimento dell'accesso venoso). Per le dimensioni del campione analizzato, non sono state rilevate complicità dell'incannulamento venoso.

**CONCLUSIONI** Nel nostro pronto soccorso, la pratica di incannulare una vena periferica nei pazienti con codice verde è condotta in modo inappropriato. Il 51,9% delle cannule venose applicate non viene utilizzato per terapie infusionali. Una riduzione del 15% di tale livello di inappropriatazza potrebbe portare ad un risparmio di circa € 3000/anno. Sono in corso di valutazione gli eventuali effetti su tale pratica di un intervento formativo breve.

**Autore per la corrispondenza:** Pennacchio Edoardo – Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo di Potenza –  
Email: edoardo.pennacchio@tiscali.it



## 140. La riabilitazione comunitaria: una risposta utile in tempo di crisi

Pestelli Germano<sup>1</sup>, Mattozzi Ivano<sup>2</sup>, Zannini Chiara<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Associazione Paolo Babini - Forlì, <sup>2</sup>ASL Viterbo, <sup>3</sup>Cooperativa Riabilitare - Ferrara

**BACKGROUND** Nei tempi di crisi economica e di aumento delle povertà come si sta vivendo in questi tempi occorrono idee nuove e vincenti per portare le attività sanitarie il più possibile vicino alle persone, tenendo anche presente l'invecchiamento in atto e quindi il relativo aumento della disabilità e della partecipazione ad una vita di qualità. In questi momenti di tagli ai servizi sanitari spesso le dimissioni di persone disabili non rispettano i parametri clinici assistenziali riabilitativi sociali ed ambientali nel loro insieme. Questo provoca ovvi disagi a persone e caregivers che si traducono con una diminuzione di partecipazione alla vita sociale e, presumibilmente, ad un accorciamento delle aspettative di vita. Se la riabilitazione è esercizio e partecipazione e deve entrare, assieme all'attività motoria e all'attività fisica adattata, nella vita delle persone occorre darle una valenza sociale oltre a quella sanitaria.

**OBIETTIVI** Portare la riabilitazione, intesa come riabilitazione sociale, vicino alla gente e non attendere che essa sia frequentata passivamente. Portare la riabilitazione a tutti coloro che ne hanno necessità. Intendere la riabilitazione come un diritto delle persone disabili e avvicinarla nelle comunità.. nei quartieri... nelle case ovunque siano le persone disabili. E rendere i disabili stessi parte integrante della comunità che li accoglie. In questa maniera non si sentiranno più isolati e abbandonati ma integrati in un sistema positivo.

**METODI** Formare da parte di personale esperto (terapisti occupazionali, terapisti e medici) volontari motivati per riuscire a dare formazione su una riabilitazione di base con attività semplici e fattibili pressochè ovunque, soprattutto vicino o nel luogo di vita delle persone disabili ovvero nella loro comunità che in questo modo si prende carico di loro. La formazione è teorica e pratica si svolge, a seconda delle possibilità, in attività settimanali o quotidiane per un tempo di 25/30 ore e successive riprese periodiche soprattutto pratiche. La riabilitazione comunitaria o CBR Community based Rehabilitation ha linee guida dettate dall'organizzazione mondiale della sanità e tradotte in italiano. Può essere fatta ovunque.. nelle case, nelle sale condominiali, nelle parrocchie, nelle palestre... La supervisione e le modalità di ingresso in CBR sono comunque sempre garantite da professionisti del settore fisioterapisti e medici.

**RISULTATI** Dopo 10 anni di esperienze personali dirette e condivise nei Paesi a basse risorse: Etiopia, Ghana, Moldova, Albania, Montenegro, Macedonia, Gibuti, Guatemala, valutando le difficoltà assistenziali e di presa in carico riabilitativa che emergevano nel sistema italiano pubblico e privato convenzionato e il concomitante aumento delle difficoltà economiche di molte famiglie per accedere alle cure di cui necessitavano e quindi il graduale aumento delle persone disabili e, occorre dirlo, anche il relativo aumento di spesa sanitaria per l'ingravescente numero di disabili non presi in carico per tempi e modi corretti ai loro bisogni, si è pensato di proporre anche in Italia la riabilitazione comunitaria in collaborazione con associazioni del volontariato ed enti pubblici come Comuni ed ASL. Quindi ci si è confrontati con professionisti, associazioni ed enti e si è iniziato nel 2014 a praticarla in Provincia di Forlì Comuni di Bertinoro e Forlì e poi a Bagnoregio ed a Ferrara.

**LIMITI** La difficoltà di capire che una buona sanità dovrebbe partire innanzitutto dall'ascolto delle persone (narrazione) e dalla conoscenza dei loro problemi poi la presa in carico per tempi adeguati ai bisogni personalizzati e non l'abbandono dovuto a difficoltà economiche del sistema. Pensare che la sostenibilità deve essere non solo del sistema ma anche rivolta alle possibilità che ha la gente comune di prendersi cura di sé. Difficoltà di capire che non solo professionisti possono fare attività utili e di sostegno alla partecipazione ad una vita di qualità ma volontari opportunamente formati e motivati possono aiutare a costi ridotti le persone disabili a vivere una vita migliore. Comprendere che il sistema va demedicalizzato e desanitarizzato se vuole sostenersi. Comprendere che la CBR è attività utile per i disabili.

**CONCLUSIONI** Si ritiene che la Riabilitazione comunitaria sia una attività possibile ed attuabile anche nei Paesi cosiddetti a medio alte risorse soprattutto laddove il sistema non riesce ad arrivare: come ad esempio nei luoghi del disagio sociale che non è solo dovuto alla mancanza di denari ma anche alla difficoltà di raggiungere, o uscire, da luoghi o abitazioni per persone con ridotta mobilità. Le nostre esperienze a Forlì e Bertinoro (volontariato e Comune) a Bagnoregio di Viterbo (Volontariato Comune ed ASL), di Ferrara (Volontariato e ASL), ci suggeriscono e ci inducono a proporla con convinzione alle strutture pubbliche sociosanitarie ed ai comuni per riuscire ad agire in modo positivo e collaborativo alla partecipazione dei disabili ad una vita di qualità. #riabilitazionepertutti#riabilitazionesociale#.

**Autore per la corrispondenza:** Pestelli Germano – Associazione Paolo Babini – Forlì – Email: germanopestelli@gmail.com



## 141. Integrazione multi-professionale e qualità dell'assistenza: analisi delle competenze professionali in ambito riabilitativo

Petitti Tommasangelo, Pantano Ilaria, Virgili Roberto, Piredda Michela, Ianni Andrea, De Marinis Maria Grazia

*Università Campus Bio-Medico di Roma*

**BACKGROUND** Integrazione multi-professionale e qualità dell'assistenza: analisi delle competenze professionali in ambito riabilitativo.

**OBIETTIVI** Obiettivo del presente lavoro è quello di delineare gli aspetti di primaria importanza del ruolo del professionista infermiere in ambito riabilitativo, nell'assistenza nei confronti di Pazienti con disabilità, attuando una mappatura approfondita dei diversi profili di competenze professionali nell'ambito della riabilitazione, in integrazione con le altre figure professionali dell'equipe multi-disciplinare.

**METODI** Nel progetto è stata condotta una analisi ampia delle differenti competenze professionali richieste a professionisti infermieri che lavorano in strutture di riabilitazione a differente configurazione. Tale valutazione ha condotto alla identificazione di aree di "competenza e sapere", mediante la predisposizione di uno strumento originale da dedicare a questo genere di analisi, con l'obiettivo di delineare la relazione tra diverse discipline, con la evidenziazione di zone comuni e di competenze da tenere distinte, tra le diverse professioni sanitarie che compongono questo tipo di equipe.

**RISULTATI** Lo studio ha permesso di ottenere diversi risultati principali, tra cui: 1. delineare la figura del professionista infermiere in ambito riabilitativo, analizzando competenze e campi d'azione specifici 2. esaminare l'interazione tra le diverse figure professionali (e differenti professioni sanitarie) all'interno del "team riabilitativo" 3. comprendere secondo quali criteri i pazienti con disabilità vengono considerati autonomi; 4. identificare la necessità di conoscenze formative nell'ambito infermieristico da dedicare all'attività presso strutture di riabilitazione.

**LIMITI** Il campione di strutture riabilitative indagate dovrà essere ampliato per confermare i risultati.

**CONCLUSIONI** La realtà del lavoro infermieristico in riabilitazione, sulla base di evidenze di provata efficacia, pone la necessità di un sapere multi-disciplinare e finalizzato al lavoro di equipe. Questa modalità organizzativa si presenta come indispensabile nel realizzare un adeguato progetto riabilitativo nei confronti dei soggetti affetti da disabilità, da parte di operatori sanitari con professionalità e ruoli differenziati, che condividono valori comuni e interagiscono per il conseguimento in un unico obiettivo. Lo strumento elaborato nel presente studio, strumento originale costruito a partire dalla analisi delle competenze "sul campo" e da un confronto con le principali attività professionali riconosciute nella letteratura scientifica sul tema, si è dimostrato di particolare interesse e validità nella applicazione pratica che è stata condotta in strutture differenti di riabilitazione, aprendo le prospettive di sviluppi futuri per questo tipo di analisi, da estendere ad altre professioni sanitarie e ad altri "setting" di assistenza e di attività sanitaria.

**Autore per la corrispondenza:** Tommasangelo Petitti – Università Campus Bio-Medico di Roma –  
Email: t.petitti@unicampus.it

## 142. La psicosi: costi materiali ed immateriali

Petrini Veronica<sup>1</sup>, Bonanni Maria Cristina<sup>1</sup>, Fioravanti Annalaura<sup>1</sup>, Valeria Galiè<sup>1</sup>, Tania Acciaroli<sup>1</sup>, Travaglini Daniele<sup>1</sup>, Gaspari Marcello<sup>2</sup>, Pucci Antonietta<sup>2</sup>, Roberta Alesiani<sup>1</sup>, Nicolai Diamante<sup>1</sup>, Damiani Tiberio<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Residenza Protetta Don Rino Vallorani Comunanza, <sup>2</sup>Laurea in Medicina Generale, <sup>3</sup>ASUR - Area Vasta N. 5

**BACKGROUND** La relazione terapeutica con pazienti psicotici comporta una serie di criticità persistenti, ovvero una serie di elementi di contrasto e conflitto tra utente servizi e famiglia, tali da determinare costi sanitari e sociali (materiali) ed emotivi (non materiali) difficilmente separabili, ma non ben definiti nel secondo caso. Infatti mentre è facile quantificare la spesa sanitaria per ricoveri acuti e ordinari, ben difficilmente si pone l'attenzione sul valore emotivo che le acuzie subentranti determinano nei vari soggetti coinvolti in una relazione terapeutica.

**OBIETTIVI** La relazione terapeutica comporta sempre elementi di criticità che si frappongono tra paziente, famiglia ed operatori sanitari e sociali. Un anno costellato da episodi psicotici acuti comporta una sofferenza per paziente e famiglia, comporta delusione per i referenti clinici e sociali, comporta una sensazione diffusa di inutilità o cronicità, con un investimento sempre decrescente di risorse. Riconoscere tale condizione apertamente può essere d'aiuto per una più adeguata gestione clinica della psicosi.

**METODI** Spesso interviene la "necessità" di un allontanamento del paziente dalla propria abitazione, per una presunta impossibilità di gestione domiciliare, con una delega pressoché da parte di famiglia e servizi a "strutture" terapeutiche e riabilitative, spesso anche dislocate dal territorio di appartenenza del paziente, causando "costi" emotivi (l'abbandono e la idealizzazione nostalgica da parte del paziente che si oppone ad un programma residenziale, ovvero il desiderio di controllo del familiare affinché venga svolto un certo programma, ovvero la amarezza ed i sensi di colpa per la scelta dell'allontanamento) che sono la controparte di una spesa residenziale nel tempo destinata a crescere. Allo stesso tempo la valenza emotiva del paziente che si sente abbandonato e rifiutato comporta ostacoli non indifferenti verso il programma che una struttura offre, causandone frustrazione, mentre avvalora nei familiari e nei servizi inianti la sensazione di impossibilità di una cura efficace e quindi la necessità di un allontanamento permanente.

**RISULTATI** L'inserimento in struttura residenziale senza che ci sia una elaborazione dei vissuti che hanno determinato tale richiesta, comporta una difficoltà di considerare la possibilità di rientro al domicilio di origine del paziente, anche quando il programma residenziale ha successo, con costi economici, sanitari e sociali a carattere permanente e ingravescente.

**LIMITI** Il limite è dato dalla difficoltà di concordare adeguatamente un programma a termine e di progettare un futuro rientro del paziente nel proprio domicilio di origine, per l'elevato valore dei costi emotivi che hanno determinato la richiesta di inserimento in struttura.

**CONCLUSIONI** Gli inserimenti in strutture residenziali terapeutiche e riabilitative dei pazienti psicotici dovrebbero essere accompagnati da un adeguato programma di recupero emotivo dei familiari e dei servizi, al fine di considerare possibile un recupero ed un rientro del paziente.

**Autore per la corrispondenza:** Damiani Tiberio – ASUR - Area Vasta N. 5 – Email: tiberio\_damiani@libero.it

### 143. La misurazione del grasso epicardico e pericardico come stima del rischio cardiovascolare: ipotesi di un nuovo PDTA per i pazienti obesi candidati a chirurgia bariatrica

Petroni Renata<sup>1</sup>, Fiore Pierluigi<sup>1</sup>, Romano Silvio<sup>2</sup>, Penco Maria<sup>2</sup>, Petroni Angelo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Casa di Cura Privata "Di Lorenzo", <sup>2</sup>Università degli Studi dell'Aquila

**BACKGROUND** Recenti evidenze scientifiche hanno dimostrato che il grasso epicardico e pericardico possiede le medesime proprietà metaboliche ed infiammatorie di altri depositi viscerali adiposi. Inoltre, il suo spessore sembra essere associato alla sindrome metabolica, al processo aterosclerotico e di conseguenza, ad un incremento del rischio cardiovascolare. Gli attuali percorsi assistenziali relativi alla gestione dei pazienti obesi prevedono una valutazione ecocardiografica transtoracica standard, senza però contemplare una misurazione del grasso pericardico.

**OBIETTIVI** Questo studio vuole proporre l'introduzione della misurazione ecocardiografica transtoracica dello spessore del grasso epicardico e pericardico nei percorsi assistenziali relativi alla gestione dei pazienti obesi, esaminando gli effetti della chirurgia bariatrica (BS) sullo spessore del grasso epicardico (EF) e pericardico (PF). Tale misurazione consentirebbe di meglio stimare il rischio cardiovascolare di tali pazienti, prima e dopo BS.

**METODI** 23 pazienti affetti da obesità (F 82.6%), sono stati sottoposti a misurazione ecocardiografica transtoracica dello spessore del grasso epicardico e pericardico, prima e dopo trattamento chirurgico bariatrico. Il follow-up medio è stato di 8,1 +/- 4,4 mesi. Lo spessore del grasso è stato misurato sulla parete libera del ventricolo destro, mediante accessi parasternali longitudinali e trasversali, utilizzando il valore medio di tre misurazioni consecutive.

**RISULTATI** Lo studio ha dimostrato che la BS determina una significativa perdita di peso (116,26 +/- 25,95 kg vs 91,26 +/- 25,7 kg,  $p < 0,0001$ ) e della circonferenza vita (123,83 +/- 16,6 cm vs 106,83 +/- 21,4 cm,  $p < 0,0001$ ), nonché una riduzione dello spessore del EF e PF. La media del EF era 8,17 +/- 1,82 mm, prima della BS e 5,52 +/- 1,5 mm, dopo la BS ( $p < 0,001$ ). La media del PF era 8,65 +/- 2,25, prima della BS e 5,43 +/- 1,88 mm, dopo la BS ( $p < 0,001$ ). Lo studio ha dimostrato altresì che la BS determina una significativa riduzione del rischio cardiovascolare: il 55,5% dei pazienti ( $p = 0,006$ ) ha ridotto la terapia antipertensiva, il 50% la terapia antidiabetica orale ( $p = 0,003$ ) e il 50% la terapia ipolipemizzante ( $p = 0,01$ ). Infine, lo studio ha rilevato una correlazione lineare tra la perdita di peso e la riduzione dello spessore del grasso epicardico e pericardico ( $p = 0,021$  e  $0,03$  rispettivamente).

**LIMITI** La difficoltà di conduzione dell'esame ecocardiografico transtoracico nei pazienti obesi, con qualità dei dati talvolta non ottimale.

**CONCLUSIONI** Secondo il nostro studio, la BS determina una significativa riduzione del EF e PF. Ciò sembra essere associato ad una significativa riduzione del peso corporeo e della circonferenza vita, suggerendo una uguaglianza istologico-funzionale tra i due tessuti adiposi, che porterebbe ad una riduzione del rischio cardiovascolare. Lo studio suggerisce che aggiungere la misurazione di EF e PF, prima e dopo BS, nei PDTA dei pazienti obesi candidati a chirurgia bariatrica, può migliorare la stima del rischio cardiovascolare.

**Autore per la corrispondenza:** Fiore Pierluigi – Casa di Cura Privata "Di Lorenzo" – Email: pierluigifiore@gmail.com

## 144. L'implementazione di un modello organizzativo per le cure domiciliari

Pettini Silvia, Grassi Patrizia, Barani Gianna, Ciabattini Fabio, Del Mastio Giovanna, Matteucci Lucia, Ricci Miranda

*Azienda USL Toscana Centro*

**BACKGROUND** Le direttive della Regione Toscana da tempo prevedono l'implementazione del CCMoel della medicina d'iniziativa e dell'infermiere come professionista inserito nell'equipe di cure domiciliari. Per sviluppare il sistema di Assistenza Infermieristica Domiciliare in linea con le direttive Regionali nel 2014 è stato ipotizzato un modello organizzativo che si articola su Team ristretti di infermieri e OSS che operano in un settore territoriale definito. Ciascun infermiere si fa carico di un gruppo di persone residenti in quel settore per un tempo individuato in circa 9 mesi. Nel Team si individuano ruoli precisi: Team Leader, Associato-1 Associato-2 e Jolly ed è prevista una rotazione trimestrale dei ruoli.

**OBIETTIVI** Garantire la presa in carico del paziente e una pianificazione assistenziale di lungo periodo in accordo con il MMG Ridurre lo stress lavoro correlato agli infermieri che si fanno carico di pazienti cronici ad alta complessità Garantire una diffusione delle competenze assistenziali ed organizzative all'interno del Team infermieristico.

**METODI** 2014-2015 Indagine bibliografica su i possibili modelli applicabili nel contesto; strutturazione di un modello organizzativo riadattato e sperimentazione in un distretto coinvolgendo 11 infermieri e 1 OSS; formalizzazione del briefing come strumento operativo per il passaggio delle informazioni; 2016 Somministrazione di un questionario dopo un anno di sperimentazione agli 11 infermieri coinvolti e un ulteriore questionario agli infermieri per rilevare le necessità formative coinvolgendo altri 23 infermieri; riunioni con i vari gruppi di infermieri per illustrazione e condivisione del progetto; assegnazione dei ruoli al personale dei settori; assegnazione pazienti in carico per ciascun infermiere; implementazione degli strumenti come il briefing ed il piano di lavoro nei distretti. Gen-2017 implementazione del modello in tutta la zona Sud-Est coinvolti in totale 40 infermieri e 3 OSS; Mag-2017 rilevazione dati per la verifica dell'andamento dell'implementazione; Dic-2017 rilevazione dati per la verifica dell'andamento dell'implementazione Principali indicatori n. paz. in carico per infermiere/totale paz. in carico nel settore di lavoro assegnato n. paz. con accertamento rivalutato/infermiere di riferimento n. visite o colloqui con il MMG / totale pazienti in carico per infermiere di riferimento n. briefing verbalizzati nel periodo di osservazione.

**RISULTATI** I dati dei questionari somministrati e la rilevazione dei dati a tre mesi e ad un anno dall'implementazione oltre ad incontri con i Team Leader hanno permesso di tenere il processo di implementazione del modello sotto stretto monitoraggio, i colloqui con i MMG, le visite congiunte, la rivalutazione degli accertamenti infermieristici sono in costante aumento, la conoscenza dei pazienti è alta in tutto il Team grazie ai briefing in cui si discutono i casi; la formazione effettuata ha permesso di diffondere competenze infermieristiche avanzate in tutto il gruppo di infermieri. Non sono pervenute proteste degli utenti o famiglie che riguardano l'assistenza infermieristica.

**LIMITI** Le distanze del territorio non consentono ad oggi un interscambio completo all'interno dei gruppi di infermieri ma solo fra Team che lavorano su zone limitrofe. Alcuni infermieri hanno forti resistenze al cambiamento. I Medici di Medicina Generale, i Medici di Continuità Assistenziale non sempre conoscono le specificità e le potenzialità del personale infermieristico. La documentazione è ad oggi ancora divisa fra quella del MMG e quella infermieristica.

**CONCLUSIONI** Avere in carico un gruppo di pazienti per un periodo di tempo definito permette una migliore presa in carico e programmazione delle cure in collaborazione con i MMG Lavorare in Team permette la valorizzazione di tutte le competenze presenti nel gruppo e la loro diffusione; il piccolo gruppo consente anche la maggiore espressione delle emozioni che si provano nell'assistenza a pazienti cronici, sia anziani che giovani con esiti spesso infausti riducendo il rischio di burn-out.

**Autore per la corrispondenza:** Pettini Silvia – Azienda USL Toscana Centro – Email: [silvia.pettini@uslcentro.toscana.it](mailto:silvia.pettini@uslcentro.toscana.it)

## 145. Str.A.Da: catalogo delle banche dati dei flussi informativi sanitari correnti

Piccinni Gaia<sup>1</sup>, Falcone Umberto<sup>2</sup>, Migliardi Alessandro<sup>2</sup>, Pierini Elena<sup>2</sup>, Gioia Patrizia<sup>2</sup>, Dalmaso Marco<sup>2</sup>, Passi Steano<sup>2</sup>, Minniti Davide<sup>2</sup>, Boraso Flavio<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Università degli Studi di Torino, <sup>2</sup>ASL TO3

**BACKGROUND** Per fornire basi solide ai professionisti e ai decisori nel processo di pianificazione e valutazione dei loro interventi, è necessario che le migliori evidenze scientifiche siano integrate coi dati dei flussi sanitari correnti. Questi ultimi, per essere utili, dovrebbero essere aggiornati, ad ampio spettro, e, come sostiene il gruppo governativo A.N.D.S. (Australian National Data Service), dovrebbero essere “F.A.I.R.”: Findable, Accessible, Interoperable e Re-usable. Alcune di queste fonti sono oggi disponibili e accessibili, ma a macchia di leopardo rispetto alle aree tematiche che caratterizzano la complessità della nostra società, e in continuo aumento.

**OBIETTIVI** Illustrare struttura e potenzialità di uno strumento realizzato in Regione Piemonte, nell'ottica di rendere realmente F.A.I.R. i dati e gli indicatori disponibili utili in contesti di documentazione, ricerca e formazione, nonché nei processi decisionali, di pianificazione e di valutazione d'impatto di interventi di Sanità Pubblica.

**METODI** Le strutture Sepi (Servizio Sovrazonale di Epidemiologia) e DoRS (Ente Regionale per la Documentazione dei Progetti di Promozione della Salute), entrambe dell'ASL TO3 - Regione Piemonte, in ottemperanza alla vocazione documentale, hanno stilato una guida ai database di pubblica utilità disponibili online. I requisiti di inclusione sono: accesso ad indicatori di carattere sanitario o di rilevanza sullo stato di salute, granularità territoriale da livello europeo a subcomunale, fonte certificata e di provata attendibilità, presenza di documentazione e metadati adeguati. L'aggiornamento del catalogo (nuove fonti e aggiornamento di quelle presenti) avviene con cadenza annuale, sulla base delle nuove informazioni pubblicate dagli Enti di gestione dei singoli database. Il link di accesso è: [http://www.dors.it/strada\\_catalogo.php](http://www.dors.it/strada_catalogo.php).

**RISULTATI** Str.A.Da (STRumenti per l'Accesso a DATi e indicatori di salute) è una guida ai database di pubblica utilità, a fruizione libera, gratuita, online, sia in forma di catalogo, sia in forma di tavola sinottica. Il catalogo fornisce una scheda per ogni database. Ad oggi sono presenti 49 schede. Per ognuna vengono riportati: denominazione, ente, livello territoriale, indicatori e link di reindirizzamento. L'utilità della tavola sinottica è di visualizzare in modo rapido la relazione tra il livello territoriale e l'area tematica, semplificando la ricerca. Il livello territoriale è articolato in: Europa, Italia, Piemonte, Provincia, ASL, Distretto, Comune. Le aree tematiche sono: ambiente, offerta sanitaria, demografia, informazioni socio-economiche, stili di vita, prevenzione, natalità, malattie, prescrizioni farmaceutiche, oncologia, disabilità, prescrizioni farmaceutiche, danni da lavoro, incidenti, SDO, mortalità, edilizia sanitaria e tecnologie sanitarie.

**LIMITI** Sono presi in considerazione solo i database che descrivono fenomeni inerenti la Regione Piemonte in almeno un livello, vincolo dipendente dal mandato istituzionale. Il sistema inoltre, non entra nel merito della struttura delle fonti e non permette di comporre interrogazioni crociate. L'aggiornamento delle nuove fonti non avviene in modo automatico, ma richiede un continuo monitoraggio della disponibilità delle stesse in rete e l'attivazione di un sistema di segnalazione tra utilizzatori.

**CONCLUSIONI** L'elevato interesse a documentare fenomeni sociali, ambientali, economici e di salute, con la creazione di sempre nuovi flussi informativi, rende “Str.A.Da” uno strumento innovativo e altamente fruibile che permette di rispondere alle esigenze dei decisori e dei formatori di sanità pubblica. La conoscenza, la condivisione e l'ampliamento ad altre Regioni può essere un'opportunità da perseguire anche a livello nazionale. Segnalazioni di altre fonti da inserire nel catalogo, proposte di modifica, commenti, suggerimenti possono essere inviati alla mail: [supporto.made@epi.piemonte.it](mailto:supporto.made@epi.piemonte.it).

**Autore per la corrispondenza:** Piccinni Gaia – Università degli Studi di Torino – Email: [gaia.ma@yahoo.it](mailto:gaia.ma@yahoo.it)

## 146. Dalle evidenze alla pratica: StrADa, uno strumento per informare il primo e l'ultimo step del project cycle management

Piccinni Gaia<sup>1</sup>, Passi Stefano<sup>2</sup>, Minniti Davide<sup>2</sup>, Costa Giuseppe<sup>1</sup>, Siliquini Roberta<sup>1</sup>, Boraso Flavio<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Università degli Studi di Torino, <sup>2</sup>ASL TO3

**BACKGROUND** Per fornire basi solide ai professionisti e ai decisori nel processo di pianificazione e valutazione dei loro interventi, è necessario che le migliori evidenze scientifiche siano integrate coi dati dei flussi correnti. Questi ultimi, per essere utili, dovrebbero essere aggiornati, ad ampio spettro, e, come sostiene il gruppo governativo australiano ANDS (Australian National Data Service), dovrebbero essere "FAIR": Findable, Accessible, Interoperable e Re-usable. Alcune di queste fonti sono oggi disponibili e accessibili, ma a macchia di leopardo rispetto alle aree tematiche che caratterizzano la complessità della nostra società, e in continuo aumento.

**OBIETTIVI** Illustrare struttura e potenzialità di uno strumento realizzato in Regione Piemonte, nell'ottica di rendere F.A.I.R. dati utili in contesti di ricerca, formazione, nonché nei processi decisionali, di pianificazione e di valutazione d'impatto di interventi di Sanità Pubblica.

**METODI** Il DoRS (Ente Regionale per la Documentazione dei Progetti di Promozione della Salute, ASL TO3), in ottemperanza alla vocazione documentale, ha stilato una guida ai database di pubblica utilità disponibili online. I requisiti di inclusione sono: - accesso ad indicatori di carattere sanitario o di rilevanza sullo stato di salute, - granularità territoriale da livello europeo a subcomunale, - fonte certificata e di provata attendibilità, - presenza di documentazione e metadati adeguati. L'aggiornamento del catalogo (nuove fonti e aggiornamento di quelle presenti) avviene con cadenza annuale, sulla base delle nuove informazioni pubblicate dagli Enti di gestione dei singoli database. Il link è: [http://www.dors.it/strada\\_catalogo.php](http://www.dors.it/strada_catalogo.php).

**RISULTATI** "Str.A.Da" (STRumenti per l'Accesso a DATi e indicatori di salute) è una guida sistematica ai database di pubblica utilità, a fruizione libera, gratuita, online, sia in forma di catalogo, sia in forma di tavola sinottica. Il catalogo fornisce una scheda per ogni database. Ad oggi sono presenti 49 schede. Per ognuna vengono riportati: denominazione, ente, livello territoriale, indicatori e link di reindirizzamento. L'utilità della tavola sinottica è di mettere in relazione il livello territoriale con l'area tematica, semplificando la ricerca. Il livello territoriale è articolato in: Europa, Italia, Piemonte, Provincia, ASL, Distretto, Comune. Le aree tematiche sono: Ambiente, offerta sanitaria, demografia, informazioni socio-economiche, stili di vita, prevenzione, natalità, malattie, prescrizioni farmaceutiche, oncologia, disabilità, prescrizioni farmaceutiche, danni da lavoro, incidenti, SDO, mortalità, edilizia sanitaria e tecnologie sanitarie.

**LIMITI** Sono presi in considerazione solo i database che considerano fenomeni inerenti la Regione Piemonte in almeno un livello, vincolo dipendente dal mandato istituzionale. Il sistema inoltre, non entra nel merito della struttura delle fonti e non permette di comporre interrogazioni crociate. L'aggiornamento delle nuove fonti non avviene in modo automatico, ma richiede un continuo monitoraggio della disponibilità in rete e l'attivazione di un sistema di segnalazione tra utilizzatori.

**CONCLUSIONI** L'elevato interesse a documentare fenomeni sociali, ambientali, economici e di salute, con la creazione di sempre nuovi flussi informativi, rende "Str.A.Da" uno strumento innovativo e altamente fruibile che permette di rispondere alle esigenze dei decisori e dei formatori di sanità pubblica. La conoscenza, la condivisione e l'ampliamento ad altre Regioni può essere un'opportunità da perseguire anche a livello nazionale.

**Autore per la corrispondenza:** Alesina Marta – Università degli Studi di Torino – Email: [marta.alesina@unito.it](mailto:marta.alesina@unito.it)

## 147. PRIMAeDS, uno studio randomizzato-controllato europeo sulla riduzione di terapie inappropriate ed effetti avversi in pazienti anziani per mezzo di un supporto decisionale elettronico – dati epidemiologici basali e risultati della prima revisione critica delle terapie nel centro di ricerca italiano.

Piccoliori Giuliano<sup>1</sup>, Voegelé Anna<sup>1</sup>, Engl Adolf<sup>1</sup>, Pirolo Giulio<sup>2</sup>, Soennichsen Andreas<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Accademia Altoatesina di Medicina Generale, <sup>2</sup>Società Veneta di Medicina Generale, <sup>3</sup>Witten/Herdecke University

**BACKGROUND** L'assunzione contemporanea di più farmaci (polifarmacoterapia) rappresenta un problema frequente nel trattamento dei malati cronici e soprattutto degli anziani. Essa costituisce un pericolo per la sicurezza dei pazienti e riduce la loro qualità di vita. Comporta ricoveri evitabili dovuti ad effetti collaterali e conseguenti costi per il sistema sanitario. Una gran parte dei farmaci in polifarmacoterapia è prescritta senza che vi siano solide evidenze di beneficio. In uno studio pilota il 70% dei pazienti in polifarmacoterapia assumeva almeno un farmaco senza evidenze di efficacia e più dell'80% presentava interazioni farmacologiche potenzialmente pericolose.

**OBIETTIVI** Obiettivo dello studio PRIMA eDS è di dimostrare che l'utilizzo da parte di medici di medicina generale di un supporto decisionale elettronico (eDS) basato sulle evidenze medico-scientifiche porta alla riduzione della polifarmacoterapia in pazienti anziani, dei ricoveri ospedalieri non elettivi, degli effetti avversi da farmaci e della mortalità ed al miglioramento della qualità di vita percepita correlata alla salute.

**METODI** Lo studio è stato condotto in un contesto europeo in 5 nazioni diverse (Inghilterra, Finlandia, Germania, Austria e Italia). L'AcAMG conduce lo studio per l'Italia. In totale sono stati arruolati per lo studio 335 Medici e 3.685 pazienti. Dopo la registrazione di un set di dati rilevanti dei pazienti arruolati in una scheda di documentazione online (eCRF-electronic Case Report Form) ha avuto luogo la randomizzazione dei medici per cluster. Solo i medici del gruppo d'intervento hanno avuto accesso alle raccomandazioni di sospensione di farmaci inappropriate generate dallo strumento eDS. Queste sono state sviluppate anche in base ai risultati di 21 revisioni sistematiche eseguite dal gruppo di ricerca e forniscono al medico l'evidenza medica attuale come ausilio per la riduzione della polifarmacoterapia nell'anziano. I medici del gruppo d'intervento hanno eseguito la prima revisione critica delle terapie nella primavera del 2015. Lo studio si è concluso nell'autunno del 2017 con il rilevamento dati finale. L'analisi degli outcome è attualmente in corso.

**RISULTATI** In Italia sono stati arruolati 72 Medici di Medicina Generale del Veneto, che a loro volta hanno arruolato in tutto 926 pazienti. Per il congresso potremo presentare i seguenti risultati: dati anagrafici del campione pazienti, percentuale di pazienti over75 che assumono 8 o più farmaci, numero medio dei farmaci per paziente tra gli arruolati e farmaco-epidemiologia, numero medio di patologie per paziente e classifica di prevalenza, quanti e quali farmaci risultano essere inappropriate o controindicate e per quali ragioni, numero delle raccomandazioni di sospensione generate dal tool eDS, numero e classifica delle interazioni pericolose tra farmaci, percentuale di farmaci sospesi sul totale delle raccomandazioni.

**LIMITI** I limiti sono intrinseci a studi di questo tipo: bias di selezione dei medici che possono essere più motivati ed esperti rispetto alla media dei colleghi, bias di selezione dei pazienti perché tendono a partecipare pazienti più attenti e più inclini a ridurre il numero dei farmaci e spesso con strumenti cognitivi diversi rispetto alla media. Per quel che riguarda l'effetto sugli outcome di salute il limite può dipendere da una ridotta applicazione delle raccomandazioni di sospensione e dal fisiologico peggioramento delle condizioni generali dei pazienti per la progressione delle malattie croniche oltre che per le conseguenze legate all'invecchiamento.

**CONCLUSIONI** Un numero elevato dei farmaci continuativi nei pazienti anziani in polifarmacoterapia risulta essere non indicato, controindicato o comunque non basato sulle solide evidenze di efficacia. La sospensione post hoc delle terapie non appropriate risulta essere molto difficile per motivi di sistema (frammentazione dell'assistenza) e legati sia al paziente che al medico. Si rendono quindi necessarie misure che prevengano la prescrizione di terapie inappropriate come pure la non prescrizione di terapie indicate anche attraverso l'uso e l'implementazione sistematica di supporti decisionali elettronici che siano anche in grado di tenere conto delle diverse comorbidità e fragilità dei pazienti.

**Autore per la corrispondenza:** Piccoliori Giuliano – Accademia Altoatesina di Medicina Generale –  
Email: drgiupic@tin.it



#### 148. La promozione personale: esperienza nella Residenza Protetta Don Rino Vallorani di Comunanza e nella Co.s.e.r. di Force in un programma condiviso con Cooss Marche negli interventi di sostegno psicosociale post sismico.

Piciotti Giulia<sup>1</sup>, Valentini Valeria<sup>1</sup>, Addis Annarita<sup>1</sup>, Guidotti Riccardo<sup>1</sup>, Testa Vanessa<sup>1</sup>, Baldassarri Cadia<sup>1</sup>, Roussakova Marina<sup>1</sup>, Canala Stefano<sup>1</sup>, Gionni Danilo<sup>1</sup>, De Luna Isabella<sup>1</sup>, Damiani Tiberio<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Residenza Protetta Don Rino Vallorani Comunanza, <sup>2</sup>ASUR - Area Vasta N. 5

**BACKGROUND** Il sisma del 30 ottobre 2016 ha comportato la inagibilità della Comunità socio educativa riabilitativa (Coser), funzionante dal 2011, situata nell'ex ospedale Fratelli Lepri di Force (Ap). I dodici ospiti sono stati per tre settimane nella palestra comunale, primo punto di accoglienza, al pari degli altri cittadini terremotati. In seguito ospiti e personale sono stati trasferiti presso la Residenza Protetta di Comunanza, al fine di garantire la continuità della assistenza, ma anche la continuità lavorativa nella emergenza determinata dalla successione degli eventi sismici, iniziata il 24 agosto 2016 e culminata negli eventi maggiori del 26 e 30 ottobre e del 17 gennaio 2017, e peraltro non conclusa, infatti l'ultima scossa del 4° grado si è registrata il 4 dicembre 2017 con epicentro Amatrice, che dista in linea d'aria 42 km da Force.

**OBIETTIVI** Il sostegno psicosociale delle popolazioni colpite dalla successione di eventi sismici, è iniziato fin dal settembre 2016, in esso vanno considerati anche i "Concerti per le Città ferite" del dicembre 2016 (Pieve Torina, Montefortino e San Benedetto del Tronto), ed un progetto speciale a favore di due utenti del DSM, uno dei quali residente nel proprio domicilio e l'altro nella Coser di Force, al fine di valorizzare le loro professionalità di realizzazione fotografica e video. È da specificare che l'ospite della Coser aveva già realizzato tre mostre fotografiche tra il 2011 ed il 2016, l'ultima delle quali era finita proprio la domenica 22 agosto immediatamente precedente il sisma.

**METODI** È stato condiviso con il responsabile regionale degli interventi di sostegno psicosociale, in collaborazione con Cooss-coop, con i responsabili della Coser, il DSM dell'Area Vasta 5, l'amministratore di sostegno, e l'Ambito territoriale XXIV della Regione Marche, l'impegno bisettimanale per tre mesi di una tecnica per la riabilitazione psichiatrica, che ha accompagnato i due pazienti nella ricognizione del territorio e nella documentazione dei danni causati dal sisma. Il primo momento del progetto è stata la conoscenza reciproca dei due pazienti, e il dialogo sulle diverse competenze, uno fotografo e l'altro realizzatore di video, e delle diverse tecniche, tra analogico e digitale. In questa fase di conoscenza reciproca è stato fondamentale il dialogo costante tra gli operatori della Coser e la operatrice che conduceva in prima persona il progetto, nonché le varie figure professionali che fanno parte della rete sociale ed istituzionale che sostiene i due pazienti (ATS XXIV, DSM servizi sociali). Un dialogo costante per integrare il lavoro e la osservazione e ridurre le criticità che si presentavano, essendo entrambi i pazienti per la prima volta soggetti attivi di un progetto comune, mentre fino ad allora avevano effettuato singolarmente le proprie realizzazioni.

**RISULTATI** È stato realizzato un video di documentazione dei danni generati dai sismi nei comuni dell'ATS XXIV ed è stato presentato il 31 marzo alla giornata regionale dei tecnici della riabilitazione psichiatrica. Un impegno condiviso con il responsabile regionale, con la Cooss-coop, ma anche con il personale di due strutture residenziali e con l'amministratore di sostegno e con le amministrazioni comunali e con l'ATS XXIV e che ha consentito ad uno dei pazienti di superare un grave lutto, subito dopo la conclusione del progetto. Un progetto che segue le mostre fotografiche realizzate a più riprese a Force dal 2011 al 2016 dal paziente ospite della Coser, in un percorso poliennale di valorizzazione personale e che forse potrà avere ulteriori sviluppi.

**LIMITI** L'unico limite è stato la brevità dell'intervento e la difficoltà di replicarlo in maniera meno provvisoria.

**CONCLUSIONI** Sono alcuni esempi con cui si cerca di valorizzare le singole persone cercando di rispettarne le caratteristiche, senza ricorrere ad impegni stereotipati. Gli elementi fondamentali sono quindi il lavoro come momento di affermazione personale e riscatto dal fallimento e dalla negazione complessiva che ha portato il paziente in una struttura; la relazione con la rete sociale è garantita dalla struttura medesima e dall'impegno delle amministrazioni comunali che le ospitano per individuare lavori accessibili al paziente e compatibili con una adeguata relazione sociale. L'insieme di tutti questi elementi fanno sì che le esperienze lavorative al di fuori della struttura residenziale siano tra gli obiettivi principali da concordare, pianificare e realizzare all'interno dei progetti formativi individuali dei pazienti.

**Autore per la corrispondenza:** Damiani Tiberio – ASUR - Area Vasta N. 5 – Email: tiberio\_damiani@libero.it

## 149. LIMS (Light Monitor Study): How to improve Outcomes, Length of Stay and Costs of Critically Ill Patients in Internal Medicine Units with Wireless Monitoring Systems

Pietrantonio Filomena<sup>1</sup>, Bussi Anna Rosa<sup>1</sup>, Amadasi Silvia<sup>1</sup>, Bresciani Enrico<sup>1</sup>, Caldonazzo Andrea<sup>1</sup>, Colombini Paolo<sup>1</sup>, Giovannini Maria Stella<sup>1</sup>, Lanzini Lucio<sup>1</sup>, Migliorati Pierluigi<sup>1</sup>, Perini Paola<sup>1</sup>, Politi Antonio<sup>1</sup>, Soldati Francesco<sup>1</sup>, Meneghetti Orietta<sup>1</sup>, Bellocchio Rino<sup>2</sup>, D'Amico Roberto<sup>3</sup>

<sup>1</sup>ASST Garda, <sup>2</sup>Università di Milano-Bicocca, <sup>3</sup>Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

**BACKGROUND** Il monitoraggio continuo dei dati di attività effettuato da ASST-Garda ha evidenziato un trend in aumento degli accessi in Pronto Soccorso (PS) e delle successive ospedalizzazioni relativamente ai pazienti over 65 anni affetti da patologie croniche in fase di riacutizzazione che rimane costante indipendentemente da fattori stagionali. Confrontando i dati di accesso al PS del primo trimestre 2017 rispetto allo stesso periodo del 2016 emerge che a fronte di un incremento pari all'1% degli accessi in PS, si è verificato un aumento di circa il 10% dei ricoveri in Medicina Interna (MI), con conseguente sovraffollamento sia del Pronto Soccorso che della Unità Operativa (UO) di Medicina Interna. Un recente studio retrospettivo realizzato nella UO di Medicina Interna del Presidio Ospedaliero (PO) di Manerbio ha mostrato inoltre che i pazienti critici (con necessità di monitoraggio continuo ed elevata tecnologia) ricoverati in M.I. sono il 27% (di cui il 10% con criteri di trasferimento in terapia intensiva: MEWS>5) e presentano tra le 5 e 6 patologie attive; il 23% presenta invece prevalentemente problemi socio-sanitari e necessità di attivazione di percorsi integrati ospedale-territorio.

**OBIETTIVI** Con lo scopo di valutare l'utilità di sistemi di monitoraggio wireless nella gestione dei pazienti critici in Medicina Interna, fornire dati relativi all'impatto dei pazienti acuti e critici in MI e dati economici che consentano di quantificare il costo relativo di una situazione di acuzie in corso di ricovero ordinario, è stato disegnato uno studio pilota prospettico controllato randomizzato in aperto monocentrico di valutazione della gestione dei pazienti critici ricoverati (MEWS (Modified Early Warning Score) = 3 e/o NEWS (National Early Warning Score) = 5) sottoposti a monitoraggio wireless versus monitoraggio tradizionale nelle prime 72 h di degenza.

**METODI** End Point primario: Riduzione delle complicanze maggiori che, trattate precocemente consentono il miglioramento dell'outcome dei pazienti critici. End-point secondari: Riduzione della durata della degenza; riduzione dei minuti di impegno infermieristico/24h per rilevazione parametri vitali; stratificazione dei pazienti ricoverati in Medicina Interna secondo il livello di intensità di cure.

**RISULTATI** Risultati preliminari: Dal 21 marzo 2017 ad oggi sono stati reclutati 82 pazienti. Età media: 80,5 anni; degenza media: 9 gg; CIRS CI medio comorbidità: 4; CIRS SI severità: 2. DRG più frequente 127 (scompenso cardiaco) e 087 (insufficienza respiratoria). Riduzione di tempo dedicato dall'infermiere alla rilevazione dei parametri vitali: da 49,6 a 58,11 min/giorno/paziente. Il 38% dei pazienti presenta score BRASS (Blaylock Risk Assessment Screening Score) maggiore o uguale a 20 che evidenzia alto rischio di problemi alla dimissione indicando pazienti che necessitano adeguata presa in carico e continuità delle cure dall'ospedale al territorio.

**LIMITI** Il numero di pazienti arruolati è ancora al di sotto del numero previsto di 148 per braccio. Alcuni pazienti sono intolleranti al sistema di monitoraggio e chiedono di interrompere anticipatamente lo studio.

**CONCLUSIONI** I risultati preliminari dello studio LIMS evidenziano la fattibilità dell'uso di tali sistemi nella pratica quotidiana e nella gestione del paziente internistico e considerando che circa 1/4 dei pazienti ricoverati in MI presenta oltre al problema clinico acuto problemi socio-sanitari, appare utile l'estensione dell'utilizzo di sistemi di monitoraggio a distanza anche sul territorio, sia in strutture residenziali che al domicilio del paziente. Il vantaggio dell'uso di sistemi wireless di monitoraggio nelle UO di Medicina Interna consiste nel fatto che la misura dei parametri critici e i conseguenti allarmi vengono rilevati da devices mobili (smartphone e tablet) gestiti dai medici e infermieri del reparto senza necessità di una struttura di sorveglianza dedicata con notevole riduzione dei costi di gestione. L'estensione dell'uso di tali sistemi al monitoraggio di pazienti in strutture a più bassa intensità e sul territorio garantirebbe assistenza qualificata al paziente anche dopo la dimissione ospedaliera, riducendo il ricorso al PS e il conseguente sovraffollamento delle Unità Operative di Medicina Interna, prevedendo per la gestione del flusso di dati dei pazienti un team multidisciplinare in grado di rispondere in tempo reale ai bisogni del paziente correttamente inquadrato in quanto monitorato costantemente.

**Autore per la corrispondenza:** Pietrantonio Filomena – ASST Garda – Email: [filomena.pietrantonio@gmail.com](mailto:filomena.pietrantonio@gmail.com)

## 150. L'angolo dell'arco pubico: che modalità di parto? Uno studio predittivo

Pioli Fabia<sup>1</sup>, Gatti Chiara<sup>1</sup>, Marcelli Stefano<sup>2</sup>, Giovagnini Chiara<sup>3</sup>

<sup>1</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona, <sup>2</sup>ASUR - Area Vasta N. 5, <sup>3</sup>Università Politecnica delle Marche

**BACKGROUND** Fin dagli inizi del novecento la pelvimetria ostetrica è stata un esame utilizzato per evidenziare nelle donne in gravidanza eventuali viziature pelviche e/o sproporzioni materno-fetali, individuando le pazienti che hanno una maggior probabilità di andare incontro ad un parto operativo. L'esame consiste nella misurazione dei diametri del bacino materno che caratterizzano l'ampiezza del canale del parto: se questi hanno una lunghezza anomala, il feto potrebbe non riuscire a nascere per via vaginale. Diverse sono le tecniche conosciute per effettuare la pelvimetria: interne, esterne e tramite diagnostica per immagini (Radiografia e Risonanza Magnetica Nucleare). Di recente due studi hanno utilizzato l'ecografia come mezzo di acquisizione delle immagini per la pelvimetria: questa metodica non solo è meno costosa rispetto alle precedenti ma è ben tollerata, di facile utilizzo e facilmente reperibile in quanto in ogni reparto è presente almeno un ecografo, e non necessita del coinvolgimento di altre figure oltre al ginecologo/a o ostetrica/o.

**OBIETTIVI** Verificare se l'angolo dell'arco pubico, misurato tramite ecografia bidimensionale a termine di gravidanza, sia un dato predittivo per la modalità del parto, la durata del travaglio e del periodo espulsivo.

**METODI** Si è scelto di effettuare la misurazione dell'angolo dell'arco pubico (AAP), cioè quell'angolo dato dalla unione dei rami delle ossa ischio-pubiche, in 100 donne reclutate presso i Presidi Ospedalieri di San Severino Marche (MC) e Macerata (Area Vasta 3 ASUR MARCHE). Sono state scelte pazienti a termine di gravidanza, dalla 38a alla 42a settimana di gestazione, in modo che la situazione anatomica del bacino fosse il più possibile simile a quella avuta al momento del parto. La metodica prevede l'uso dell'ecografia trans perineale bidimensionale, effettuata con la paziente posta in posizione ginecologica. La raccolta dei dati è avvenuta in un arco temporale che va da maggio a settembre 2015 e prima di iniziare si è valutato quali fossero i dati più idonei per questo tipo di studio, che avrebbero inciso sull'andamento del travaglio attivo. I dati ante partum presi in considerazione sono stati: nome e cognome della paziente, AAP, parità, età, altezza. Quelli acquisiti nel post partum prevedono il calcolo della durata in minuti della fase attiva del travaglio, il calcolo della durata in minuti del periodo espulsivo, l'esecuzione dell'amnioressi e l'utilizzo dell'ossitocina sintetica in travaglio di parto, la circonferenza cranica fetale (CC), il peso fetale e la posizione della parte presentata.

**RISULTATI** Sono stati rilevati ecograficamente 100 AAP, con un valore medio di 111,5°. Si è poi proceduto valutando 90 parti spontanei, escludendo quindi 10 casi sulle 100 pazienti reclutate (8 per taglio cesareo non dipendente da sproporzione cefalo-pelvica, 1 per parto operativo ritenuto non statisticamente significativo e 1 per feto in posizione occipito posteriore persistente, elemento che già di per sé influenza i tempi del periodo espulsivo). I neonati alla nascita avevano una CC con un valore medio di 34,5 cm. Mettendo in relazione in un ANOVA fattoriale le due variabili AAP e CC per la variabile dipendente "minuti periodo espulsivo" si ha un valore  $p=0,028$  ed essendo  $p<0,05$ , portandoli dai 60' ai 23'.

**LIMITI** La ridotta numerosità del campione non mette in luce gli esiti sulle modalità di parto in caso di AAP più ristretti e CC più grandi.

**CONCLUSIONI** Considerando i risultati ottenuti si evince che la durata della fase attiva del travaglio non è influenzata dall'ampiezza dell'AAP e che dipende da fattori che non riguardano la biometria pelvica, come l'uso dell'ossitocina e/o dell'amnioressi. Nel caso del periodo espulsivo i risultati hanno evidenziato una predittività dell'AAP sulla sua durata se e solo se viene presa in considerazione anche la CC (se  $AAP > 111,5^\circ$  la CC non incide sui minuti di espulsione; quando invece  $AAP \leq 111,5^\circ$  e  $CC > 34,5$  cm il periodo espulsivo si allunga, se CC).

**Autore per la corrispondenza:** Pioli Fabia – AOU Ospedali Riuniti di Ancona – Email: fabiaost@libero.it

## 151. Analisi del bisogno formativo nella costruzione di una tesi sperimentale e realizzazione di una guida per lo studente: un focus nell'Università Politecnica delle Marche.

Pioli Fabia<sup>1</sup>, Gatti Chiara<sup>2</sup>, Costantini Silvia<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ospedali Riuniti Marche Nord, <sup>2</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona, <sup>3</sup>Università Politecnica delle Marche

**BACKGROUND** Per ogni studente universitario la tesi di Laurea rappresenta una delle prime esperienze di elaborazione e stesura di un testo, che consiste in una dissertazione scritta di natura teorico applicativa. Essa deve rappresentare un'occasione formativa coerente con gli obiettivi didattici del curriculum formativo e pertinente allo specifico professionale. L'uso di una metodologia rigorosa e scientifica da parte del discente ne rappresenta l'obiettivo principale. La capacità di trattare un problema utilizzando le fonti bibliografiche, la medicina delle prove di efficacia, la statistica, l'epidemiologia e la clinica non sempre viene sviluppata nel percorso di studi, rendendo lo studente insicuro sulle proprie attitudini analitiche e critiche. Da qui la necessità di indagare il fabbisogno formativo di coloro che hanno frequentato il Corso di Laurea (CdL) in Ostetricia dell'Università Politecnica delle Marche (UNIVPM), integrando il percorso formativo con eventi o iniziative mirati a fornire ai discenti le conoscenze e le competenze necessarie per la stesura di una tesi di laurea sperimentale.

**OBIETTIVI** Accrescere la qualità del percorso formativo del CDL Ostetricia dell'UNIVPM strutturando una guida per lo studente per la costruzione di una tesi sperimentale.

**METODI** Il progetto è stato sviluppato nel corso degli anni accademici 2015/2016 e 2016/2017. Nel primo di essi è stato analizzato il fabbisogno formativo circa le competenze relative alla stesura della tesi di laurea degli studenti iscritti al II e III anno del CDL Ostetricia e dei laureati della sessione di Novembre 2015/Aprile 2016. È stato valutato, mediante questionario costruito ad hoc, il supporto fornito dal Corso Monografico organizzato, in termini di aumento delle conoscenze possedute e di gradimento dei discenti. Nel secondo anno è stata ripetuta l'analisi del fabbisogno formativo, ampliando il campione, con l'inserimento degli iscritti del II anno A.A. 2016/2017 ed è stata progettata e realizzata una guida per lo studente che si accinge a confrontarsi con la tesi sperimentale. La guida è stata illustrata agli studenti del II e del III anno del CDL in Ostetricia A.A. 2016/2017 per mezzo di un intervento formativo e per concludere è stato valutato il livello di apprendimento e gradimento degli studenti rispetto all'attività didattica attuata.

**RISULTATI** Analizzando il fabbisogno formativo degli studenti del CDL Ostetricia intervistati (n.78 di cui 21 laureati Novembre 2015/Aprile 2016, 14 studenti III anno A.A. 2015/2016, 20 studenti II anno A.A. 2015/2016, 23 studenti II anno A.A. 2016/2017) emerge che coloro che ritengono di non avere conoscenze adeguate circa la ricerca del materiale per la scrittura di una tesi sperimentale sono: 38% laureati, 35,7% studenti III, 65% studenti II A.A. 2015-2016, 65% studenti II A.A. 2016-2017. Ritengono utile un intervento formativo e/o una guida rivolti agli studenti che si trovano ad affrontare una tesi sperimentale 81% dei laureati, 92,9% degli studenti III, 90% degli studenti II A.A. 2015-2016, 100% degli studenti II A.A. 2016-2017. Valutando le conoscenze acquisite dopo l'evento formativo gli argomenti che sono stati indicati come da approfondire riguardano la valutazione della qualità metodologica di un articolo scientifico (75% studenti II A.A. 2016-2017, 68% studenti III A.A. 2016-2017), l'utilizzo di PubMed (62% studenti II A.A. 2016-2017, 26% studenti III A.A. 2016-2017) e l'analisi statistica (75% studenti II A.A. 2016-2017, 63% studenti III A.A. 2016-2017). Una volta concluso l'evento formativo il 75% degli studenti II A.A. 2016-2017 e il 95% degli studenti III A.A. 2016-2017 hanno affermato di aver migliorato la percezione delle competenze acquisite relativamente la ricerca di materiale per una tesi sperimentale. Valutando il gradimento espresso per l'attività didattica espletata il punteggio medio attribuito a tutte le domande ha un valore che oscilla tra il 3 e il 4 su scala Likert, dove 0 sta "per niente" e 5 sta per "molto". Unico caso circa un punteggio <3 riguarda la durata del corso che gli studenti hanno ritenuto troppo breve.

**LIMITI** Il limite principale dello studio è rappresentato dalla ridotta numerosità del campione e dal questionario utilizzato realizzato ad hoc.

**CONCLUSIONI** L'analisi del fabbisogno formativo ha confermato l'ipotesi di tale progetto. È emersa una carenza percepita dagli studenti del CDL Ostetricia riguardo le competenze possedute per affrontare un lavoro di tesi sperimentale. È risultato utile proseguire con la progettazione di un evento formativo mirato a fornire una guida per lo studente che si accinge a confrontarsi con la stesura di una tesi sperimentale realizzando così l'obiettivo generale che questo progetto si era proposto: accrescere la qualità del percorso formativo del CDL Ostetricia dell'UNIVPM.

**Autore per la corrispondenza:** Gatti Chiara – AOU Ospedali Riuniti di Ancona – Email: [chiaragatti91@libero.it](mailto:chiaragatti91@libero.it)

## 152. Aspetti clinici e prognostici delle neoplasie insorte in corso di gravidanza ed allattamento

Pioli Fabia<sup>1</sup>, Gatti Chiara<sup>2</sup>, Costantini Silvia<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ospedali Riuniti Marche Nord, <sup>2</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona, <sup>3</sup>Università Politecnica delle Marche

**BACKGROUND** Le neoplasie in gravidanza hanno un'incidenza pari a 1:1000. Tale dato è destinato ad aumentare vista la tendenza a procrastinare la gravidanza ad un'età compresa tra i 30 e 40 anni. Il tumore della mammella è il più frequente nel periodo periconcezionale e rappresenta la maggior causa di morte per tumore nelle donne fertili. Esordisce intorno ai 35 anni e si associa più frequentemente ad una scarsa differenziazione e ad una negatività dei recettori estro-progestinici. Dato che i fisiologici cambiamenti della mammella associati alla gestazione possono far ritardare la diagnosi di cancro rendendo complesso l'anatomico riscontro obiettivo e limitando l'uso della mammografia, si tratta generalmente di tumori più aggressivi.

**OBIETTIVI** Valutare il ruolo prognostico e predittivo di fattori clinici, anatomo-patologici e laboratoristici in donne affette da neoplasia insorta in corso di gravidanza, allattamento o entro due anni dal parto.

**METODI** Sono state incluse 39 pazienti affette da neoplasia insorta durante la gestazione o entro due anni dal parto afferite presso la Clinica di Oncologia Medica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona dal 1994 al 2015. Per definire il ruolo prognostico e predittivo di fattori clinici, anatomo-patologici e laboratoristici dei pazienti arruolati, si è proceduto a calcolare la sopravvivenza globale (a partire dalla diagnosi fino alla data di decesso o all'ultimo follow-up nelle pazienti ancora in vita) e la sopravvivenza libera da malattia (a partire dalla diagnosi fino alla data di progressione di malattia o di decesso). La distribuzione della sopravvivenza è stata stimata mediante le curve di Kaplan-Meier, le differenze di sopravvivenza mediante il log-rank test (significatività =0,05).

**RISULTATI** L'età media alla diagnosi delle donne affette da neoplasia in gravidanza è di 35 anni. A 33 di queste è stato diagnosticato il cancro alla mammella. Per l'istotipo il 74,36% ha sviluppato un carcinoma duttale infiltrante, il 5,13% un carcinoma lobulare infiltrante, il 2,56% un carcinoma misto infiltrante, il 2,56% un adenocarcinoma della mammella e il 15,40% neoplasie insorte in altre sedi. Nel gruppo delle pazienti affette da neoplasia mammaria il 36,37% risultava allo stadio I, il 33,33% al II, il 12,12% al III e il 15,15% al IV. Per il 3,03% non è stato possibile risalire allo stadio di malattia all'esordio. Considerando i 33 casi di neoplasia mammaria si osservano le seguenti caratteristiche biologiche e clinico-patologiche: stato recettoriale (57,57% ormono-positivo, 39,40% ormono-negativo, 3,03% non definibile), espressione di c-erb B2 (42,42% iperespressione, 45,46% negativa, 12,12% espressione non definita), stato linfonodale patologico (5,45% N0, 36,37% N1, 9,09% N2, 3,03% N3, 6,06% non identificabile). Il trattamento chemioterapico per l'89,74% è stato di I linea (il 45,71% aveva proseguito con una II, il 25,71% di queste ultime con una III e il 17,14% con una IV). L'8,57% ha ricevuto 6 linee di terapia antitumorale e il 2,86% di queste ha proseguito con una VII linea. Delle 39 pazienti esaminate il 5,13% non è stato sottoposto a chirurgia: le donne affette da tumore neuroendocrino del pancreas e da adenocarcinoma gastrico sono state sottoposte a chemioterapia di I linea. Il 66,67% ha ricevuto ormonoterapia per il tumore della mammella e il 18,18% di queste ha avuto una progressione di malattia al termine della terapia ormonale. Il 12,82% delle 39 pazienti considerate ha effettuato un trattamento radiante. Il 38,46% del totale è deceduto nel corso degli anni. La sopravvivenza globale dalla diagnosi di tumore è 12,44 anni, quella libera da progressione è 100,36 mesi. Dall'analisi statistica è emersa una correlazione statisticamente significativa tra sopravvivenza e stadio di malattia a favore di quelli più precoci (p35 anni). Non sono state evidenziate differenze statisticamente significative in termini di sopravvivenza tra donne che sviluppano il carcinoma mammario in gravidanza o tumore in altre sedi, quelle che interrompono la gravidanza e coloro che la portano a termine.

**LIMITI** La ridotta numerosità campionaria pone dei limiti alla validità esterna dello studio.

**CONCLUSIONI** Il protocollo di trattamento del cancro nelle donne in gravidanza dovrebbe essere omologato a quello delle altre pazienti: individualizzato, tenendo in considerazione le caratteristiche del tumore, l'età gestazionale alla diagnosi e la volontà di chi lo esegue. La chirurgia rappresenta il trattamento principale e risulta sicura in ogni epoca. Sebbene salvavita per la madre, la chemioterapia potrebbe rappresentare un rischio per il feto, variabile in base ai farmaci utilizzati ed all'età gestazionale.

**Autore per la corrispondenza:** Gatti Chiara – AOU Ospedali Riuniti di Ancona – Email: chiaragatti91@libero.it

## 153. Il “sistema premiante” per il personale sanitario: revisione della letteratura

Pioli Fabia<sup>1</sup>, Gatti Chiara<sup>2</sup>, Marcelli Stefano<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Ospedali Riuniti Marche Nord, <sup>2</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona, <sup>3</sup>ASUR - Area Vasta N. 5

**BACKGROUND** Le continue trasformazioni che riguardano il panorama della Sanità Italiana portano gli operatori a dover far fronte a sempre nuove esigenze e problematiche. I professionisti non possono essere considerati solo “prestatori d’opera”, ma portatori di capacità culturali, intellettuali e professionali qualificate. Il fattore principale a cui vengono ricondotte difficoltà nella gestione del personale da parte di un coordinatore, riguarda la motivazione, definita come stato d’animo, insieme di aspirazioni, bisogni, orientamenti, che spinge le persone ad agire e ad utilizzare un comportamento caratterizzato da impegno, determinazione e perseveranza. La necessità di promuovere un’assistenza sanitaria di elevata qualità, di migliorarne sicurezza, efficienza, appropriatezza, e di razionalizzare le risorse, ha indotto la Direzione ed i Coordinatori di Unità Operativa (UO) ad utilizzare i cosiddetti “sistemi premianti”, volti alla valorizzazione del merito ed all’incentivazione di comportamenti virtuosi durante l’erogazione dell’assistenza: la riforma del pubblico impiego partecipa all’evoluzione del quadro normativo ed accentua il cambiamento che si sta realizzando nel mondo del lavoro.

**OBIETTIVI** Individuare un metodo per la formazione di personale gratificato attraverso l’uso di un “sistema premiante” da parte di un Coordinatore di UO.

**METODI** È stata condotta una revisione della letteratura tramite l’utilizzo di database elettronici quali PubMed, Cochrane Library e SCOPUS con la stringa di ricerca “reward system in health” AND “personnel gratification”, in un periodo che va da maggio a settembre 2017. Tramite il metodo PPICO-M è stato possibile schematizzare il quesito di ricerca individuando in primis la popolazione a cui è rivolto (personale sanitario), con lo scopo di individuare un intervento da mettere in atto (valutazione delle performance degli operatori) per avere outcomes migliori in termini di valorizzazione del capitale umano (sistema premiante).

**RISULTATI** I risultati individuati da questo progetto, che coincidono con la realizzazione da parte degli operatori di un lavoro efficiente, organizzato ed esaustivo, sono sempre associati ad un sistema di valutazione inteso come “insieme di attività e azioni utili per conoscere, valorizzare e premiare il contributo delle persone che operano in diversi ambiti e luoghi di lavoro”. Con la valutazione si tende a: coinvolgere le persone nelle azioni e nelle strategie dell’Amministrazione rendendo più esplicito il contenuto a ognuno; migliorare la qualità lavorativa fornendo agli operatori l’occasione per confrontarsi col proprio responsabile; far emergere fabbisogni formativi permettendo l’individuazione di percorsi di crescita; migliorare il sistema delle retribuzioni in termini perequativi. La valutazione diventa uno strumento a sostegno dei processi di sviluppo individuale e organizzativo: consente di motivare i lavoratori facendo emergere i punti di forza e, nel caso di valutazioni negative, consentirebbero di risolvere situazioni critiche. Portando avanti tale metodologia si avrebbero ricadute a tutti i livelli gerarchici: l’istituzione di sistemi premianti per i Coordinatori di UO saranno volti a valutare le capacità organizzative e gestionali durante il loro mandato, mentre per quanto riguarda il personale del comparto dovranno essere utilizzati indicatori di qualità delle competenze specifiche. Indicatori quantitativi per il Coordinatore sono quelli riferiti al personale (turnover, malattie) e al cliente (tempi di attesa, reclami); quelli invece rivolti al personale del comparto prevedono il tasso di infezioni e lesioni da decubito e loro trend, errori nella somministrazione della terapia, consumo di risorse, uso corretto/scorretto delle attrezzature. Tra gli indicatori qualitativi per il Coordinatore sono stati individuati: indicatori sull’operato degli stessi, disponibilità alla propria formazione e a quella dei collaboratori, rispetto al lavoro di equipe, rispetto dei mandati organizzativi aziendali assegnati, capacità di critica costruttiva. Gli indicatori qualitativi per il personale del comparto prevedono: uso delle procedure aziendali, corretta implementazione e uso della cartella clinica, assistenza personalizzata al paziente, aumento di prestazioni specifiche all’interno delle varie UO, formazione continua e aggiornamento.

**LIMITI** I limiti relativi allo studio riguardano la ridotta numerosità dei motori di ricerca selezionati per la raccolta del materiale.

**CONCLUSIONI** Il personale sanitario oggi è chiamato a svolgere un’attività professionale con componenti tecniche, relazionali ed educative. Uno degli obiettivi a cui tende il loro operato è tentare di contribuire al miglioramento della qualità dei servizi e alla soddisfazione degli utenti-pazienti. È indispensabile quindi che i lavoratori abbiano una qualità di vita professionale adeguata e a ciò concorrono molti fattori: la retribuzione e il carico di lavoro, ma anche il riconoscimento dell’autonomia e della libertà professionale.

**Autore per la corrispondenza:** Gatti Chiara – AOU Ospedali Riuniti di Ancona – Email: [chiaragatti91@libero.it](mailto:chiaragatti91@libero.it)



## 154. “L'efficacia dei programmi di back school nelle patologie da sovraccarico biomeccanico del tratto lombare nelle professioni sanitarie”

Pirina Giovanni<sup>1</sup>, Amendola Filomena<sup>2</sup>, Di Franco Zaira<sup>3</sup>, Occhipinti Giuseppe<sup>3</sup>, Brianti Rodolfo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Laurea in Fisioterapia, <sup>2</sup>Università degli Studi di Parma, <sup>3</sup>AOU di Parma

**BACKGROUND** La lombalgia è una sindrome multifattoriale di cui si stima che circa l'80% della popolazione sia destinata a soffrire almeno una volta nel corso della vita. Colpisce frequentemente la popolazione lavorativa e non, causando una limitazione funzionale e una riduzione della capacità di svolgere le normali attività quotidiane. Nelle professioni sanitarie la classe più colpita è quella infermieristica. Nella lombalgia cronica vi è forte evidenza della superiorità dell'esercizio rispetto ad altri trattamenti (terapia fisica, riposo, assistenza tradizionale, nessun trattamento). La back school rappresenta una delle metodologie di approccio e trattamento della lombalgia con evidenza moderata in letteratura dell'efficacia del metodo a breve-medio termine sul dolore e sul miglioramento dello stato funzionale rispetto agli altri trattamenti nei pazienti (inclusi gli operatori sanitari) con lombalgia ricorrente e lombalgia cronica aspecifica.

**OBIETTIVI** • Gestire i fattori di rischio scatenanti patologie da sovraccarico del tratto lombare. • Educare i destinatari del progetto a gestire posture corrette nel quotidiano. • Fornire ai partecipanti gli strumenti di autotrattamento affinché il dolore e l'impotenza funzionale derivante dal low back pain non interferiscano con lo svolgimento della propria attività lavorativa. Lo scopo è quindi quello di promuovere uno stato di salute e benessere tale da permettere agli operatori sanitari un rapido rientro alle mansioni precedentemente svolte ed acquisire un livello di vita il più ottimale possibile.

**METODI** Il lavoro nasce come studio osservazionale di una popolazione di professionisti sanitari esposta a rischio di Movimentazione e di posture disergonomiche. Il campione individuato dal S.P.P. dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma a seguito di segnalazione in qualità di soggetti a rischio, viene invitato e inviato a svolgere un programma formativo, educativo e riabilitativo di esercizi in gruppo specifici presso l'Unità Operativa di Medicina Fisica e Riabilitazione dell'Az. Ospedaliera di Parma. Il progetto di intervento sulle problematiche delle patologie da sovraccarico è stato condotto in un arco temporale compreso da marzo ad ottobre 2017, i soggetti inclusi sono stati 45 suddivisi in 5 gruppi. Il target del campione reclutato è stato di 21 infermieri, 15 operatori socio sanitari, 3 ostetriche, 5 tecnici di laboratorio e 1 medico. Ciascun gruppo ha partecipato a 2 incontri settimanali, della durata di 60 minuti ciascuno, per 3 settimane. All'inizio del progetto formativo è stato somministrato un questionario in cui si richiedeva: anagrafica, professionalità, anzianità di servizio, anamnesi remota e recenti di eventuali episodi di lombalgia acuta, descrizione contestuale del dolore tramite scala VAS. Ad ogni partecipante è stato consegnato un opuscolo informativo, contenente informazioni per il corretto approccio alla lombalgia. Durante le sedute rieducative sono stati svolti in modo attivo esercizi di mobilità articolare della colonna, di allungamento della muscolatura degli arti inferiori e del tronco, esercizi per gli stabilizzatori profondi della colonna e esercizi di presa di coscienza utili per automatizzare una corretta postura. Alla fine dei trattamenti educativi-riabilitativi viene somministrata nuovamente la VAS in aggiunta ad un questionario di gradimento.

**RISULTATI** Il campione esaminato ha mostrato una spiccata differenza tra i due sessi: quello femminile è stato nettamente prevalente rispetto a quello maschile, in una percentuale di 86.7%. Facendo una media dei 5 gruppi si è osservato un miglioramento nella media delle VAS tra inizio e fine trattamento, rispettivamente 3.70 e 2.02, pari al 16.8%. Dopo l'esecuzione di test statistici parametrici (Student's t test) e non parametrici (Wilcoxon signed rank test) per dati appaiati si è potuto affermare che il miglioramento è statisticamente significativo e non può essere imputabile al caso bensì al test somministrato. I gruppi sono stati condotti da differenti operatori fisioterapisti, si è analizzata così la variabile per poter rilevare se vi fossero differenze (in termini di VAS) tra i gruppi trattati. Analizzando i valori ottenuti si è potuto concludere che non ci sono differenze tra i gruppi trattati dal primo fisioterapista rispetto ai gruppi trattati dal secondo. Dividendo i 45 pazienti in base alla professione, si è rilevato che il lavoro non influisce sul cambiamento.

**LIMITI** Mancanza di follow-up a 3/6 mesi.

**CONCLUSIONI** Lo studio ha fornito ai partecipanti nozioni teoriche sul mal di schiena e sulla sua prevenzione. Sono stati inoltre trasmessi gli strumenti di autotrattamento per poter intervenire sul dolore e la limitazione funzionale associata. Ai pazienti è stato raccomandato l'esecuzione di esercizi o posture al termine di ciascun turno di lavoro a scopo di autotrattamento preventivo e rieducativo. Lo studio ha portato dei risultati in termini di riduzione del dolore nell'arco temporale di esame.

**Autore per la corrispondenza:** Amendola Filomena – Università degli Studi di Parma – Email: famendola@ausl.pr.it



## 155. Raccomandazioni per l'identificazione e la gestione dei risultati critici nei laboratori clinici

Piva Elisa<sup>1</sup>, Balboni Fiamma<sup>2</sup>, Dolci Alberto<sup>3</sup>, Lippi Giuseppe<sup>4</sup>, Bonetti Graziella<sup>5</sup>, Pezzati Paola<sup>6</sup>, Quercioli Massimo<sup>6</sup>, Tartaglia Riccardo<sup>6</sup>, Toccafondi Giulio<sup>6</sup>, Giavarina Davide<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Università di Padova, <sup>2</sup>Istituto Fiorentino di Cura e Assistenza IFCA - Firenze, <sup>3</sup>ASST Fatebenefratelli Sacco, <sup>4</sup>Università degli Studi di Verona, <sup>5</sup>ASST-Spedali Civili di Brescia, <sup>6</sup>AOU Careggi, <sup>7</sup>Azienda ULSS 8 Berica

**BACKGROUND** Nell'approccio centrato sul paziente, la medicina di laboratorio svolge un ruolo integrante nell'ambito del processo decisionale clinico, poiché i risultati degli esami di laboratorio forniscono informazioni insostituibili per la diagnosi ed il monitoraggio delle malattie. In questo contesto, la conoscenza di un risultato di laboratorio diventa cruciale quando il risultato, di per sé, indica una situazione di rischio per la vita del paziente. Per questi risultati, detti tradizionalmente critici, deve essere prevista una procedura di comunicazione definita e tempestiva al medico curante. La notifica dei risultati critici deve quindi essere vista come un importante momento di contatto tra clinica e laboratorio, in grado di garantire la sicurezza del paziente.

**OBIETTIVI** Obiettivo del lavoro è stata la elaborazione di raccomandazioni, basate su evidenze, per la comunicazione di valori critici e la definizione di una lista di valori critici da utilizzare come base di partenza nel processo di condivisione con i clinici.

**METODI** La metodologia adottata dal gruppo di lavoro, intersocietario costituito da professionisti di medicina di laboratorio ed esperti di ergonomia e fattore umano, è stata quella di verificare le evidenze disponibili in letteratura. Sulla base di queste è stata fatta la classificazione forza delle raccomandazioni espresse in lettere, da A a D. È stata poi proposta la modalità di comunicazione dei valori critici sulla base della scienza dell'ergonomia e del fattore umano e sulla base di esperienze mutate precedentemente nel campo del passaggio di consegne in campo medico.

**RISULTATI** È stata definita una lista di valori critici che ogni laboratorio deve valutare e condividere con i clinici, prima della sua adozione. È stato identificato il corretto processo di comunicazione dei valori critici, che avviene fra unità inviante ed unità ricevente, come un atto di invio/ricezione di informazioni, secondo modalità condivise prima del momento in cui avviene la comunicazione stessa. Il processo di comunicazione ha come contenuto la notifica del valore critico. La comunicazione della notifica avviene mediante una doppia modalità comunicativa, in forma verbale e in forma scritta. La sicurezza dell'avvenuta comunicazione della notifica e dell'avvenuta comprensione della stessa sono garantite da un doppio controllo simultaneo incrociato da parte dei due operatori. Al termine della comunicazione verbale l'operatore inviante chiede conferma della corretta comprensione (read-back) di quanto comunicato all'operatore ricevente. Simultaneamente alla comunicazione verbale gli operatori inviante e ricevente verificano, mediante un supporto esterno cartaceo o digitale telematico, il contenuto della comunicazione. Sul referto del valore critico l'operatore inviante indicherà che la comunicazione è avvenuta secondo procedura. L'operatore ricevente includerà nella documentazione clinica la scheda di notifica. Sono state definite le figure professionali deputate a comunicare/ricevere valori critici. È definita la necessità di valutare periodicamente con indicatori specifici l'efficacia del processo.

**LIMITI** Queste raccomandazioni sono state definite con il metodo delle conferenze di consenso. La scelta è in linea con le attuali indicazioni dell'Istituto Superiore di Sanità.

**CONCLUSIONI** L'adozione di una procedura efficiente per la comunicazione dei valori/resultati critici è imprescindibile per motivi clinici, etici, organizzativi, e per le potenziali ricadute giurisprudenziali legate alla mancata notifica di risultati di laboratorio. Esiste inoltre una forte interazione tra il concetto di valore critico, rischio clinico, prevenzione e riduzione degli errori e comunicazione tra i professionisti della Sanità. L'approccio al processo dei risultati critici implica quindi una forte interazione culturale tra tutte le professioni della Sanità.

**Autore per la corrispondenza:** Balboni Fiamma – Istituto Fiorentino di Cura e Assistenza IFCA – Firenze –  
Email: lab.ifca@giomi.com

## 156. La prevenzione ed il controllo della legionella nei sistemi idrici

Rama Alexander<sup>1</sup>, Boschetto Gianpietro<sup>2</sup>, Brioni Alessandro<sup>2</sup>, Bertoncello Chiara<sup>1</sup>, Baldovin Tatjana<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Università di Padova, <sup>2</sup>Azienda ULSS 9 Scaligera

**BACKGROUND** Il batterio Legionella, presente normalmente nell'acqua, trova le condizioni favorevoli per la sua moltiplicazione nei sistemi idrici costruiti dall'uomo. L'inalazione di aerosol contenente una quantità di  $10^3$  di Legionella da parte di soggetti suscettibili, aumenta la probabilità di contrarre una forma di polmonite ancora oggi mortale, comunemente chiamata Malattia dei Legionari o Legionellosi. La contaminazione da Legionella spp. nei sistemi idrici degli edifici diventa un fattore di rischio molto importante da controllare e prevenire, per evitare il diffondersi di casi o focolai epidemici.

**OBIETTIVI** Valutare l'efficacia e la sostenibilità economica del metodo innovativo "Aclorbosa" per la prevenzione ed il controllo della contaminazione da Legionella Pneumophila.

**METODI** Il metodo "Aclorbosa" Implementato, consta di due fasi principali: la prima di rimozione del biofilm, che permette di ripulire l'impianto idrico, seguita da una seconda fase di disinfezione, ottenuta da un'articolata procedura di iperclorazione shock migliorata. Il metodo è stato applicato negli impianti idrici sanitari di tre strutture turistico-ricettive, presenti sul territorio veronese del Lago di Garda, ed è stata verificata sia la riduzione delle positività dei campioni di acqua analizzati nei confronti di Legionella spp., sia l'efficacia nel ridurre i punti con concentrazioni  $\geq 10^3$  UFC/L (soglia sopra la quale è richiesta la disinfezione dell'impianto idrico). Per valutare l'efficacia è stata utilizzata la seguente formula:  $\% = \frac{(n^\circ \text{ punti positivi pre-trattamento}) - (n^\circ \text{ punti positivi post-trattamento})}{(n^\circ \text{ punti positivi pre-trattamento})}$ . I risultati ottenuti sono stati confrontati con altri metodi di prevenzione e controllo adottati nelle diverse strutture turistico-ricettive. Infine, per far comprendere la sostenibilità dell'intervento ai gestori delle strutture, è stata effettuata un'analisi costo-efficacia.

**RISULTATI** Struttura 1, costruita nel 2012, mai stata segnalata per casi di legionellosi associati ai viaggi. Dall'anno di costruzione sono state utilizzate come misure per la prevenzione ed il controllo l'iperclorazione shock combinata con il trattamento termico continuo, le quali hanno avuto il 100% di efficacia i primi tre anni (dal 2012 al 2014). Nel 2015 i risultati delle analisi dei campioni d'acqua risultarono positivi a concentrazioni di  $10^3$  UFC/L di Legionella spp. È stata effettuata la disinfezione adottando il metodo "Aclorbosa" e le positività sono state eliminate con efficacia del 100%. Struttura 2, situata in un edificio antico, nel 2007 è stata segnalata dal Ministero della Sanità quale possibile fonte di casi di legionellosi in persone che vi avevano soggiornato. Da settembre 2007 a Febbraio 2009 i risultati delle analisi dei campioni d'acqua risultarono positivi a concentrazioni di  $10^3$  UFC/L di Legionella spp. Dal 2008 è stata effettuata come misura per la prevenzione ed il controllo lo shock termico risulta inefficace e le positività di  $10^3$  aumentano del 50%. Nel Giugno 2009 è stata effettuata la bonifica e la disinfezione dell'impianto idrico adottando il metodo "Aclorbosa" e le positività sono state eliminate con efficacia del 100%. Struttura 3, situata in un edificio di non recente costruzione, nel 2009 è stata segnalata dal Ministero della Sanità quale possibile fonte di casi di legionellosi in persone che vi avevano soggiornato. È stata effettuata come misura per la prevenzione ed il controllo l'iperclorazione standard. Dal 2009 al 2011, causa vetustà dell'impianto idrico ed a numerose carenze impiantistiche dovute alla rottura di tubazioni e perdite d'acqua, i campioni d'acqua prelevati risultano positivi a concentrazioni di  $10^3$  UFC/L di Legionella spp. È stata effettuata la disinfezione adottando il metodo "Aclorbosa", le positività sono state eliminate con efficacia del 100%.

**LIMITI** La difficile applicazione a strutture con carenze idrauliche negli impianti idrici.

**CONCLUSIONI** I risultati emersi dallo studio effettuato nei diversi impianti delle strutture esaminate hanno evidenziato l'efficacia del metodo di bonifica "Aclorbosa" come procedura per rimuovere i fattori che diminuiscono l'effetto temporale dei metodi tradizionali, per prevenire e controllare il rischio Legionellosi. Inoltre la procedura di iperclorazione shock migliorata, effettuata nella fase seguente a quella di bonifica, è risultata maggiormente efficace rispetto a quella tradizionale. La valutazione economica ha dimostrato la sostenibilità dell'intervento da parte dei gestori delle strutture.

**Autore per la corrispondenza:** Brioni Alessandro – Azienda ULSS 9 Scaligera – Email: alessandrobrioni@hotmail.it

## 157. Mini-midline: tecnica vantaggiosa per gli accessi venosi periferici difficili – studio osservazionale

Raponi Manuel, Di Lorenzo Luca, Fattori Serenella, Marchetti Mara

*Laurea in Infermieristica*

**BACKGROUND** L'incannulazione venosa periferica è una procedura comune nei pazienti ospedalizzati, ma circa il 20% degli inserimenti per via endovenosa non ha successo. Pazienti acuti ammessi al Dipartimento di Emergenza costantemente necessitano di un accesso venoso periferico veloce e affidabile, che a volte può essere difficile da ottenere, a causa della scarsa visualizzazione delle vene superficiali del braccio dovuta a edema, obesità, ipovolemia, iniezione di droga o condizioni locali da trattamenti precedenti. Per superare queste limitazioni, è stato studiato l'uso di un CVP più lungo (8-15 cm) con filo guida integrato, chiamato "Mini-Midline", o "cannula periferica lunga". I "Mini-Midline" sono cateteri lunghi 6-15 cm, generalmente in poliuretano o in polietilene, di calibro variabile 18-20-22 G/3-4 Fr, monolume, posizionati in vene superficiali dell'avambraccio o del braccio con tecnica diretta oppure mediante ecoguida in vene profonde con tecnica di seldinger semplice, la cui punta arriva nel tratto brachiale del cavo ascellare. Le indicazioni all'utilizzo sono rappresentate dalla necessità di ottenere un accesso venoso stabile ed efficiente quando la tecnica blind ha fallito e si devono eseguire prelievi, infusioni di farmaci e liquidi, trasfusioni, mezzi di contrasto, o più in generale in caso di accesso venoso difficile in base alla valutazione iniziale del personale (multipli tentativi falliti, obesità, paziente oncologico ecc). L'inserimento dei Mini-Midline con l'aiuto dell'ecografia può essere considerato anche in emergenza nei casi di pazienti senza vene superficiali visibili e/o palpabili e in cui non ci siano specifiche indicazioni per un catetere centrale (monitoraggio emodinamico, infusione di farmaci vescicanti). Il materiale del catetere (polietilene) permette una permanenza in situ fino a 30 giorni.

**OBIETTIVI** Nell'elaborato è stato studiato l'utilizzo di un dispositivo, la cannula periferica lunga o Mini-Midline, allo scopo di verificarne i vantaggi riguardo il successo nella manovra di incannulamento, la gestione e la prevenzione nella comparsa di eventuali complicanze.

**METODI** Come prima fase è stata effettuata una revisione della letteratura. I motori di ricerca utilizzati sono stati PubMed, Scopus, Web of Science, Cinhal Plus, Google Scholar. È stato poi condotto uno studio osservazionale descrittivo nel mese di Marzo 2017 presso la SOD di Medicina D'Urgenza dell'Azienda OU Ospedali Riuniti di Torrette, Ancona.

**RISULTATI** Nel periodo di studio, la popolazione di soggetti considerati per accesso venoso periferico difficile è composta da 25 pazienti, 18 uomini (72%) e 7 donne (28%), età media 71,92 anni per un totale di 29 cateteri Mini-Midline inseriti. La durata totale di tutti i dispositivi è stata di 224 giorni e la durata media per accesso venoso è stata di 7,66 giorni. Dei 29 accessi venosi, 10 sono stati rimossi perché i pazienti sono stati dimessi (34,48%), 11 sono rimasti in sede ma i soggetti ai quali erano stati inseriti sono stati trasferiti ad altra SOD o in altra struttura (37,93%), 2 sono rimossi a causa di infiltrazione (6,9%), 3 sono stati rimossi per sfilamento accidentale (10,34%), 1 è stato rimosso per segni di flebite (3,45%) e 2 sono stati rimossi perché le persone a cui erano stati inseriti i cateteri venosi sono decedute (6,9%).

**LIMITI** Il periodo di studio abbastanza breve non ha permesso di ottenere un campione più numeroso di soggetti e quindi di fornire grandi evidenze nei risultati. Non è stato possibile eseguire uno studio di comparazione con gli altri dispositivi, soprattutto con aghi cannula, che avrebbe permesso di valutare eventuali vantaggi e svantaggi tra le due procedure. Lo studio di alcuni dispositivi si è dovuto interrompere in quei pazienti che sono stati poi trasferiti ad altra SOD o struttura ospedaliera per cui non si ha avuto la possibilità di apprezzarne appieno l'evoluzione.

**CONCLUSIONI** Il suo utilizzo sembra poter essere un'alternativa valida per l'infermiere nelle situazioni di accesso venoso periferico difficile, infatti è stato evidenziato che il Mini-Midline garantisce un tempo di permanenza superiore agli aghi cannula standard, che il costo delle cannule periferiche lunghe è più esiguo rispetto a dispositivi come CVC, PICC e Midline ed infine che l'inserimento ecoguidato del catetere è un ottimo metodo di visualizzazione ed assicura un'alta percentuale di successo. In futuro saranno necessari ulteriori studi che possano implementare il bagaglio di conoscenze relative ai Mini-Midline e possano fornire precise indicazioni all'utilizzo per poter ampliare la loro pratica in tutti i reparti.

**Autore per la corrispondenza:** Raponi Manuel – Laurea in Infermieristica – Email: rapo93@hotmail.it

## 158. Efficacia del telemonitoraggio della pressione arteriosa. Sinossi di revisioni sistematiche

Re Luca Giuseppe<sup>1</sup>, Lusignani Maura<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, <sup>2</sup>Università degli Studi di Milano

**BACKGROUND** Il crescente sviluppo tecnologico degli ultimi anni ha portato all'attenzione di utenti, professionisti della salute e organizzazioni sanitarie il telemonitoraggio della pressione arteriosa (TMPA); si tratta dell'automisurazione, a domicilio o in mobilità, dei parametri pressori con invio automatico dei dati registrati (e loro memorizzazione nel dossier elettronico sanitario personale), ad un operatore sanitario tramite un dispositivo di rilevazione a trasmissione wireless, bluetooth o NFC (generalmente uno smartphone, un tablet o un PC) con successiva elaborazione, lettura, interpretazione delle misurazioni ricevute e relativo invio di feedback (es. via e-mail o SMS) dall'operatore sanitario all'utente. Nonostante il TMPA abbia alcuni vantaggi rispetto ai tradizionali metodi di monitoraggio (in ambulatorio, presso lo studio medico) e all'automonitoraggio a domicilio, vi sono dubbi sui suoi benefici per la pratica clinica.

**OBIETTIVI** Valutare l'effetto del TMPA sulla variazione della pressione sistolica e diastolica rispetto ai metodi di monitoraggio tradizionali.

**METODI** Nel luglio 2017 è stata implementata una strategia di ricerca sui seguenti database: The Cochrane Library, Medline, Embase, CINAHL. I record restituiti sono stati analizzati in modo indipendente e quelli che rispettavano i criteri di inclusione sono stati reperiti in versione integrale. Sono state incluse solo revisioni sistematiche con o senza meta-analisi di RCT che confrontassero il TMPA con il monitoraggio effettuato in ambulatorio o presso lo studio medico o l'automonitoraggio a domicilio. Per la valutazione di qualità delle revisioni è stata impiegata la AMSTAR checklist; per il confronto fra meta-analisi sono stati valutati i risultati del test di inconsistenza I<sup>2</sup>.

**RISULTATI** Sei revisioni sistematiche di cui quattro con meta-analisi hanno rispettato i criteri di inclusione. Il test I<sup>2</sup> ha presentato valori di 40-85% (eterogeneità moderata-elevata). Il TMPA, rispetto al monitoraggio effettuato in ambulatorio, presso lo studio medico o all'automonitoraggio a domicilio si associa ad una piccola ma statisticamente significativa riduzione della pressione arteriosa sistolica (-4,50/-5,64 mmHg) e diastolica (-1,81/-2,68 mmHg).

**LIMITI** Applicazione di una strategia di ricerca per termini MeSH e a testo libero senza una complementare consultazione della letteratura non pubblicata o in fase di pubblicazione; reperimento in versione integrale di quattro revisioni sistematiche delle sei eleggibili per l'inclusione nella sinossi; attenzione rivolta a soggetti adulti con ipertensione essenziale.

**CONCLUSIONI** Il TMPA è più efficace nel ridurre i valori di pressione sistolica e diastolica rispetto al monitoraggio effettuato in ambulatorio o presso lo studio medico o rispetto all'automonitoraggio a domicilio. I benefici sono funzione di diversi fattori fra cui le caratteristiche degli utenti, del dispositivo proposto e del programma di TMPA da implementare oltre che da un favorevole rapporto costo-efficacia. L'effetto dell'intervento ha una rilevanza clinica modesta sugli esiti a breve termine, ma sembra promettente sul lungo periodo nel fornire un contributo come strumento complementare alle cure primarie per il controllo dei valori pressori di categorie selezionate di utenti.

**Autore per la corrispondenza:** Re Luca – Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano –  
Email: luca.re030366@gmail.com

## 159. Accredитamento “Distinction” del percorso clinico del Trauma Maggiore

Rosi Paolo, Borella Luisa, Cadorin Laura, Buffon Marialuisa, Del Sal Carla, Visentin Luca

*Azienda ULSS 2 Marca trevigiana*

**BACKGROUND** L’ULSS 2 Marca Trevigiana è la prima azienda in Italia ad aver aderito al programma di Accreditamento “Distinction” del percorso clinico del Trauma. Il programma si basa su standard di eccellenza sviluppati da Accreditation Canada in collaborazione con la Trauma Association of Canada (TAC) e riconosce i sistemi e le reti sanitarie in grado di dimostrare l’eccellenza clinica e gestionale nel percorso di cura del trauma.

**OBIETTIVI** Il progetto si poneva l’obiettivo di ottenere l’Accreditamento Distinction del percorso clinico del Trauma Maggiore attraverso l’impegno nei seguenti ambiti: • rispondenza della pratica clinico-assistenziale alle richieste degli standard di eccellenza • implementazione di protocolli/linee guida basati sulle migliori evidenze scientifiche; • impegno per l’eccellenza e l’innovazione; • raggiungimento di soglie di risultato per gli indicatori che misurano aspetti critici delle cure erogate ai pazienti con trauma.

**METODI** Il progetto ha coinvolto tutte le fasi del percorso clinico del Trauma Maggiore dalla chiamata al SUEM, all’arrivo in Pronto Soccorso e presa in carico nella fase acuta fino alla fase riabilitativa. Il team di progetto era composto da 47 professionisti di 20 unità operative. Il progetto si è sviluppato secondo le seguenti fasi: - Formazione del team di progetto - Autovalutazione rispetto agli standard di eccellenza e condivisione azioni prioritarie di miglioramento - Sviluppo azioni di miglioramento - Ricevimento visita di accreditamento.

**RISULTATI** A seguito dell’autovalutazione sono state identificate 5 azioni di miglioramento prioritarie: 1. è stata definita la struttura organizzativa del Sistema Trauma, identificate le responsabilità per la presa in carico dei pazienti e il governo del percorso clinico; è stata istituita una Commissione Trauma che si riunisce a cadenza mensile per analizzare i dati ed indicatori e revisionare i casi di trauma maggiore; 2. Istituzione Registro Trauma locale: in attesa del Registro Regionale è stata avviata una raccolta dati prospettica dei casi di trauma maggiore e sono stati inclusi 204 pazienti nell’arco temporale di 1 anno 3. Indicatori di performance: sono stati monitorati 7 indicatori obbligatori e 6 opzionali. Per gli indicatori obbligatori è stata raggiunta la soglia minima dei 4 indicatori per i quali è stata definita; 4. Analisi dei dati: sono stati analizzati i tassi infortunistici, fattori di rischio, dati di incidenza delle lesioni finalizzati alla programmazione di attività di prevenzione; 5. Supporto emotivo a pazienti, familiari e personale: sono stati condivisi i criteri di priorità per attivare il Servizio di Psicologia Ospedaliera che è stato coinvolto in 9 casi. Nel corso della visita di accreditamento sono stati presentati i protocolli clinici per la cura del trauma, sviluppati secondo la metodologia GIMBE, e i progetti innovativi finalizzati a migliorare la comunicazione delle informazioni nei punti di transizione del percorso clinico; è stata valutata la conformità del percorso clinico agli standard di eccellenza attraverso la metodologia denominata “tracer” e sono stati analizzati i dati relativi agli indicatori di performance. Nel corso del debriefing sono state forniti i risultati provvisori in attesa del report definitivo con la decisione in merito all’accreditamento.

**LIMITI** Il programma di accreditamento è stato implementato nell’Ospedale Hub e nel futuro dovrebbe essere esteso a tutta la rete trauma coinvolgendo anche gli ospedali spoke dell’azienda provinciale al fine di migliorare il coordinamento del percorso trauma.

**CONCLUSIONI** Il programma pone il focus sul percorso clinico del paziente con trauma maggiore: richiede di definire la struttura organizzativa del Sistema Trauma e le responsabilità della presa in carico del paziente e del coordinamento di tutto il percorso di cura, di individuare modalità e strumenti per il trasferimento efficace delle informazioni relative alla presa in carico, di valutare la reale applicazione del percorso clinico attraverso il monitoraggio di indicatori di performance e lo sviluppo di audit clinici e di analisi degli eventi avversi relativi al percorso clinico, di garantire il ritorno delle informazioni a tutti i professionisti che hanno partecipato all’implementazione del percorso, di mirare all’eccellenza individuando progetti innovativi.

**Autore per la corrispondenza:** Buffon Maria Luisa – Azienda ULSS 2 Marca trevigiana – Email: [luisaclaral@libero.it](mailto:luisaclaral@libero.it)

## 160. "Progetto nutrire per prevenire" l'individuazione in ospedale del paziente a rischio di malnutrizione per migliorare la qualità dell'assistenza

Rosseti Roberta<sup>1</sup>, Rosseti Rossella<sup>1</sup>, Nerozzi Elena<sup>1</sup>, Pelagani Elena<sup>1</sup>, D'angelo Alfonso<sup>1</sup>, Grassi Patrizia<sup>2</sup>, Salvucci Sonia<sup>1</sup>, Bini Roberta<sup>1</sup>, Celli Alessandra<sup>1</sup>, Cellini Paolo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>PO Santa Maria Annunziata, <sup>2</sup>Azienda Sanitaria di Firenze

**BACKGROUND** La malnutrizione nell'anziano è collegata all'ambiente in cui vive la prevalenza è 4-10% quando vive in casa, raggiunge il 20% in casa di riposo. Il 40% in ospedale e il 70% in lungo degenza. All'ammissione in ospedale la malnutrizione è presente nel 40-50% dei soggetti ed oltre la metà dei pazienti peggiora lo stato nutrizionale durante la degenza, con un aumento delle complicanze e dei costi della malattia, un maggior numero di giorni di degenza ospedaliera, una più lenta convalescenza ed una aumentata mortalità.

**OBIETTIVI** Definire le modalità di valutazione e di gestione del rischio nutrizionale del paziente ricoverato in ospedale.

**METODI** Prevenire le complicanze associate al rischio nutrizionale dei pazienti ricoverati nel reparto di Chirurgia Urgenza del PO SMA dell'Azienda USL Toscana Centro, con un percorso che prevede una valutazione all'ingresso, attraverso scala MUST, una condivisione in sede di briefing tra medico e infermiere, una pianificazione del processo assistenziale per i pazienti a rischio con MUST uguale o superiore a 1 e con trattamento specifico attraverso il servizio dietetico se MUST superiore a 2. Gli strumenti utilizzati: a) Un test di screening scala MUST (Malnutrition Universal Screening Tool) inserita nell'accertamento infermieristico; b) l'inserimento della valutazione nutrizionale nella documentazione clinica c) la definizione del trattamento nutrizionale.

**RISULTATI** Lo studio osservazionale del primo semestre 2017, ha rilevato che il 96,39% dei pazienti ricoverati è stato valutato per il rischio nutrizionale, per il 34,42% sono state intraprese azioni correttive di educazione alimentare e diete specifiche e nel 36,9% dei casi 93 è stata formulata una diagnosi di malnutrizione.

**LIMITI** La continuità della gestione del paziente malnutrito nel territorio ancora non ben strutturata, anche se previsto per il 2018 un progetto di coinvolgimento delle strutture territoriali.

**CONCLUSIONI** L'inserimento della valutazione nutrizionale nella documentazione clinica, nella fase di accertamento ha consentito il percorso adeguato per i pazienti a rischio di malnutrizione. La costituzione di un team multidisciplinare con gli operatori coinvolti nel processo assistenziale della nutrizione (medici, dietisti, infermieri e altro personale addetto all'assistenza), ha determinato un'efficacia delle strategie nutrizionali. Un corretto percorso clinico assistenziale ospedaliero ha determinato un miglioramento nel collegamento con le strutture territoriali anch'esse coinvolte nella valutazione della malnutrizione con conseguente soddisfazione degli utenti.

**Autore per la corrispondenza:** Rosseti Rossella – PO Santa Maria Annunziata – Email: [rossella.rosseti@uslcentro.toscana.it](mailto:rossella.rosseti@uslcentro.toscana.it)

## 161. Il progetto della stanza Fuxia

Rosseti Rossella<sup>1</sup>, Barchielli Chiara<sup>1</sup>, Pettini Silvia<sup>1</sup>, Pelagani Elena<sup>1</sup>, Nerozzi Elena<sup>1</sup>, Di Renzo Lucilla<sup>1</sup>, Marcucci Lucia<sup>1</sup>, Marchi Ombretta<sup>1</sup>, Ragnini Ilaria<sup>1</sup>, Cellini Paolo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>PO Santa Maria Annunziata, <sup>2</sup>Azienda Sanitaria di Firenze

**BACKGROUND** Un evento infettivo in ambito sanitario deve essere gestito con la massima attenzione, soprattutto perciò che attiene alle precauzioni di isolamento necessarie al contenimento dell'infezione ed alla salvaguardia degli operatori che assistono i pazienti. Nella zona Firenze sud-est dell'Usl Toscana Centro, nel 2010 è stato redatto uno strumento denominato "l'isolamento a colori" (in forma di book) che prevede, tra le altre, la misura preventiva dell'appendere un cartellino-colore sulla porta ed ai piedi del letto del suddetto paziente che ha l'obiettivo di informare -con un semplice richiamo visivo- ad indirizzo di chiunque entri in contatto con il paziente, che ci sono delle precauzioni speciali da adottare. Nel 2015 si è aggiunta alla comunicazione a colori la necessità di progettare" dell'organizzazione della stanza Fuxia "con lo scopo di isolare in coorte i pazienti che necessitano di precauzioni da contatto con un isolamento di tipo "funzionale". L'implementazione della comunicazione a colori e dell'isolamento per coorte nella stanza fuxia è stato realizzato attraverso la formazione on the job degli operatori sanitari offerta nei luoghi di lavoro, direttamente dove viene erogata l'assistenza, sviluppata con strategie di apprendimento interattivo, in orario di lavoro, ad isorisorse.

**OBIETTIVI** -Uniformare i comportamenti relativi alle procedure di isolamento del paziente infetto; - Strutturare un isolamento per coorte per patologie da contatto in stanza apposita (stanza fuxia); - formare tutto il personale sul campo attraverso la formazione on the job.

**METODI** La gestione del processo infettivo del paziente in ospedale prevede un attento monitoraggio attraverso: 1) Segnalazione popolazione target da parte dell'operatore esperto del visual hospital con assegnazione idonea collocazione di isolamento; 2) Comunicazione con tutti gli attori del processo attraverso il metodo "i colori dell'isolamento" 3) Impostazione di isolamento per patologie che richiedono precauzioni per contatto in stanza dedicata (stanza fuxia). 4) Standardizzazione di strumenti operativi: schede 5S per teleria, DPI, Presidi, materiale informativo 5) Progettazione annuale formazione on the job, fatta capillarmente a tutti i reparti su gestione paziente infetto, direttamente sul campo con strumenti operativi, simulate e role play. 6) Strutturazione di una rete di personale esperto dedicato (personale infermieristico: DS Professional esperto, personale medico: Tutor) 7) Strumento informatizzato su check-list di isolamento presente nella cartella informatizzata del paziente.

**RISULTATI** Efficienza delle risorse dedicate ed efficace sistema di isolamento con utilizzo di personale champion (Ds professional esperto); 1) Economia delle risorse strutturali e presidi, tutto il materiale e presidi collocati all'interno della stanza fuxia con criterio 5S; 2) Riduzione del rischio di trasmissione della patologia infettiva da paziente-paziente e paziente-operatori in quanto l'attenzione rimane alta e migliora l'utilizzo delle buone pratiche; 3) Gestione del processo dal Dea attraverso il visual hospital con minor rischio di contagio per gli altri pazienti; 4) Avvio rete di personale Champion (DS professional esperto).

**LIMITI** L'organizzazione delle strutture sanitarie.

**CONCLUSIONI** Dal confronto delle notifiche avvenute nel primo semestre 2015 e 2016 i casi notificati di Clostridium difficile sono diminuiti del 5%, relativamente agli MDRO, anche a causa del fatto che per tre mesi è stato effettuato uno screening a tutti i pazienti ricoverati in area medica per la ricerca di alcuni multi resistenti (E. faecium, E. faecalis, Klebsiella pneumoniae produttrice di carbapenemasi) In ogni caso l'impiego di una stanza dedicata ed opportunamente attrezzata alla degenza di pazienti affetti da patologia trasmissibile per contatto ha aumentato l'attenzione per le precauzioni da adottare, contribuendo a sensibilizzare tutti, compresi gli operatori esterni (ditta di pulizie, ditta dei trasporti interni) verso la riduzione del rischio di trasmissione delle I.C.A.. Un paziente infetto ha un grosso impatto sulla spesa sanitaria, riuscire a gestire questo processo, consente di ridurre in termini di efficienza la spesa sanitaria (riduzione tempi di degenza, riduzione cluster epidemici, riduzione risorse umane dedicate) e in termini di efficacia garantisce la risposta all'evento infettivo con una migliore adesione alle buone pratiche ed una corretta assistenza al paziente.

**Autore per la corrispondenza:** Rosseti Rossella – PO Santa Maria Annunziata – Email: rossella.rosseti@uslcentro.toscana.it



## 162. La valorizzazione del personale attraverso le tecniche di apprendimento veloce. (La conoscenza del metodo P.A.V.)

Rosseti Rossella<sup>1</sup>, Pelagani Elena<sup>1</sup>, Nerozzi Elena<sup>1</sup>, Grassi Patrizia<sup>2</sup>, D'angelo Alfonso<sup>1</sup>, Cellini Paolo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>PO Santa Maria Annunziata, <sup>2</sup>Azienda Sanitaria di Firenze

**BACKGROUND** La valorizzazione delle conoscenze sono alla base di un percorso qualitativo clinico assistenziale per i pazienti che accedono in strutture sanitarie. Il cervello controlla ogni aspetto, le catene mentali che impediscono il pensiero creativo, sono generati da ostacoli influenzati da fattori sociali, educativi e organizzativi. I risultati di una persona sono frutto delle sue azioni, che a loro volta sono influenzate dalla sua energia e dal suo stato emotivo che è direttamente legato ai pensieri che quella persona ha su di se, rispetto a cosa sta facendo. La memoria non è un hard disk, l'apprendimento è solo questione di allenamento e di metodo. Le tecniche di apprendimento veloce sono uno strumento semplice, che consente di acquisire strategie di apprendimento veloce che consente di leggere velocemente qualunque documento, procedura, linea guida, memorizzare percorsi e processi importanti nella pianificazione assistenziale. Le tecniche di apprendimento veloce potenziano le facoltà di archiviare e recuperare qualsiasi informazione, creare collegamenti concettuali e ricordare facilmente cifre, nomi, visi, termini tecnici e vocaboli stranieri. Dal 2016 nella zona Firenze sud-est è stato implementato un progetto sull'acquisizione di tecniche di apprendimento veloce, per formare il personale sanitario su nuovi strumenti che potenziano la conoscenza. Sono state incrementate le conoscenze sulla lettura veloce, sulla memorizzazione attraverso le mnemotecniche, sulle mappe mentali e sull'acquisizione di lingue straniere.

**OBIETTIVI** Uniformare delle strategie di apprendimento veloce per la gestione del tempo nell'apprendere. Utilizzare le mnemotecniche per memorizzare la documentazione sanitaria e l'apprendimento delle lingue straniere.

**METODI** Potenziamento delle tecniche di memoria con possibilità di migliorare ogni singola fase del processo di apprendimento di lettura veloce con l'aiuto delle parole chiave, costruzione schemi e mappe mentali, memorizzare velocemente qualsiasi tipo d'informazione e mantenerla a lungo termine, memorizzazione dei numeri attraverso la conversione fonetica, memorizzazione della lingua inglese con utilizzo delle mnemotecniche. La Metodologia didattica con lezioni interattive on the job ed utilizzo del sistema di rinforzo tecniche di memoria per 30 minuti per 21 giorni. Utilizzo di strumenti: 1)XMIND8 Per la costruzione delle mappe mentali 2) Video tutorial per la conversione fonetica 3) Video tutorial per apprendimento lingua inglese.

**RISULTATI** Nel mese di Maggio 2016 si è svolto il primo corso di tecniche di memoria nella SOS Assistenza Infermieristica zona sud-est, tenuto da un esperto di tecniche di apprendimento veloce, il corso è stato rivolto a 20 Infermieri Coordinatori. Dei due Presidi Ospedalieri (Santa Maria Annunziata e Serristori). Gli argomenti trattati sono stati 1) le tecniche di lettura veloce; 2) le mappe mentali; 3) le mnemotecniche; 4) imparare a osservare per memorizzare; 5) costruisci la memoria con metodo PAV (Paradosso Azione Vivido). 6) Strategie di apprendimento della lingua inglese. Da Settembre 2016 il personale coordinatore ha strutturato nei propri reparti la tecnica di memorizzazione attraverso le mappe mentali, sono stati sviluppati tutti i reminder per ogni documento e procedura Aziendale e di Presidio (per il 90% della documentazione presente nei reparti). Per il 2018 è programmato il secondo corso di tecniche di memoria, l'obiettivo è quello di perfezionare le tecniche di lettura veloce, la capacità di costruire ed utilizzare le mappe mentali e la strategia di apprendimento della lingua inglese. La popolazione che accede ai servizi sanitari è sempre più multiculturale pertanto è necessario apprendere le lingue in modo da avere una comunicazione efficace. Strutture sanitarie sono sempre più in modificazione e cambiamento e in grande accorpamento, dove la documentazione è fondamentale, pertanto le tecniche di apprendimento sono uno strumento semplice, che consente di leggere velocemente qualunque documento, procedura, linea guida, per memorizzare percorsi e processi importanti nella pianificazione assistenziale, sempre in continua evoluzione.

**LIMITI** Il limite è il numero di personale che può essere formato all'anno, è un numero ridotto rispetto alle reali necessità (con il 2018 formeremo il 40% del personale coordinatore).

**CONCLUSIONI** L'utilizzo di tecniche di memoria consente, l'incremento dell'efficienza mnemonica, l'assimilazione di una maggiore quantità di informazioni da elaborare ed un miglioramento delle facoltà creative, con un aumento delle capacità intellettive. In ambito sanitario consente l'ottimizzazione delle conoscenze, l'utilizzo delle migliori linee guida e revisioni sistematiche presenti sulla letteratura infermieristica.nella realtà sanitaria dove la multiculturalità è importante per la percentuale di popolazione straniera che accede ai servizi sanitari, l'apprendimento di lingue straniere, facilita la gestione del processo assistenziale prevenendo gli errori di comunicazione. Infine aspetto molto importante, è quello di poter essere applicato a tutti gli operatori sanitari, con notevoli risultati. Il potenziamento delle conoscenze nel personale formato con questo metodo è dell'80%. Il futuro sarà quello di estendere le tecniche di apprendimento veloce al 60% di tutto il personale sanitario della zona firenze sud-est.

**Autore per la corrispondenza:** Rosseti Rossella – PO Santa Maria Annunziata – Email:  
rossella.rosseti@uslcentro.toscana.it

### 163. “Prendiamoci cura dei caregivers: valutazione dei principali bisogni assistenziali dei caregivers nelle terapie intensive: uno studio osservazionale”.

Rossi Vanessa<sup>1</sup>, Liberati Stefania<sup>2</sup>, Buccolini Mara<sup>2</sup>, Emanuela Delli Compagni<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Libera Professionista, <sup>2</sup>ASUR - Area Vasta N. 3, <sup>3</sup>ASUR - Area Vasta N. 5

**BACKGROUND** La letteratura afferma che i caregivers di pazienti ricoverati nelle Terapie Intensive sono sottoposti ad un elevato sovraccarico psicofisico che, se non compensato con delle adeguate strategie di coping, potrebbe favorire, in questi soggetti, l'insorgere di problemi di salute legati all'eccessivo carico assistenziale. Essi, infatti, oltre alle attività curative 'visibili' (cure fisiche e medicamentose), devono garantire anche quelle 'invisibili', come il controllo dello stato di salute e il sostegno morale. Il sovraccarico psicofisico derivante dal peso delle responsabilità e dalla condivisione profonda dello stato emotivo del proprio congiunto determinano nel caregiver l'insorgere di problemi rilevanti, tanto che Hill parla di 'hidden patient' (1) mettendo in luce sia la condizione di patologia a cui giungono alcuni caregivers, sia la mancanza di attenzione a riguardo.

**OBIETTIVI** Lo scopo dello studio è valutare i principali bisogni riscontrati nei caregivers dei pazienti ricoverati nelle terapie intensive durante la degenza del proprio caro e dimostrare una correlazione con alcune variabili che possono essere motivo di incremento della percezione del bisogno.

**METODI** È stato condotto uno studio osservazionale nelle UU.OO U.T.I.C e Rianimazione del presidio ospedaliero di Civitanova Marche, includendo tutti i caregivers che hanno aderito volontariamente allo studio sottoscrivendo l'apposito consenso informato. Per la valutazione dei bisogni è stato utilizzato il CNA (Caregiver Needs Assessment), composto da 17 items che fanno riferimento a sei bisogni principali: cognitivo-comportamentale, fisico-funzionale, sociale-organizzativo, emozionale, relazionale e spirituale. Per ogni punto si presenta una scala di accordo/disaccordo a 4 modalità (scala likert). Il questionario è stato somministrato ai familiari dopo 3 giorni dal ricovero del paziente. La somministrazione del questionario è stata preceduta da una breve intervista iniziale dell'utente che ha consentito di raccogliere dati anagrafici, fra cui età, sesso, grado di parentela, istruzione, precedenti esperienze come familiare di riferimento e attività lavorativa.

**RISULTATI** Il questionario è stato consegnato a 65 familiari. Di questi 30 erano familiari di pazienti ricoverati presso l'U.T.I.C e 35 erano familiari di pazienti ricoverati in Rianimazione. L'analisi statistica dei dati mostra come il bisogno di poter comunicare con il personale che si prende cura del proprio caro, risulta necessario per il caregivers di riferimento. Una buona parte dei caregivers che avvertono il bisogno di informazione e comunicazione sono soggetti con una scolarità medio-alta. Questo dimostra che i parenti più istruiti sono più consapevoli del diritto a ricevere informazioni e più convinti di poter capire ciò che sta accadendo al loro caro. Il secondo bisogno maggiormente riscontrato nel campione di riferimento è il bisogno 2 fisico/funzionale. La % maggiore di risposte "molto" si ha nell'item 2 "ho bisogno di essere messo in grado di affrontare i compiti assistenziali che la malattia del proprio familiare comporta", riscontrabile, appunto, nei caregivers occupati full time, ma che precedentemente non prestavano assistenza domiciliare poiché il proprio familiare, prima del ricovero, era autosufficiente. Il bisogno denota in che misura i familiari si preoccupino del dopo dimissione, perché necessitano di tempo e informazioni per poter adattarsi e organizzarsi alle nuove esigenze del paziente, evitando di arrivare a casa incapaci di saper gestire la situazione.

**LIMITI** Alcuni aspetti, potrebbero aver influenzato i risultati, ad esempio la grandezza campionaria ridotta per la chiusura di due posti letto Utic nel periodo di osservazione, il rifiuto da parte di 10 caregivers di aderire allo studio e la mancata compilazione di questionari da parte di alcuni caregivers.

**CONCLUSIONI** Lo studio ha dimostrato che, tra le varie necessità del caregiver, non vi è solo il bisogno di essere informato, ma si è dimostrato rilevante anche il bisogno di poter comunicare in modo soddisfacente con il personale che si prende cura del proprio caro, di conoscere quali problemi potrebbero presentarsi nel corso della malattia e quindi più in generale il bisogno di collaborare e di prendere parte al processo decisionale, nonché assistenziale. Per affrontare tale tematica, è importante che l'infermiere si impegni a migliorare l'interazione e la comunicazione con la famiglia, perché questo può portare un aumento della soddisfazione dei familiari rispetto al trattamento del loro congiunto ed una riduzione dell'ansia, con conseguente migliore comprensione, collaborazione e accettazione del processo di cura da parte del caregiver, un migliore inserimento a domicilio con conseguente riduzione del "fenomeno" dimissioni protette.

**Autore per la corrispondenza:** Liberati Stefania – ASUR - Area Vasta N. 3 – Email: ste211@libero.it

## 164. Indagine conoscitiva del delirium in UTIC: ruolo dell'infermiere nel riconoscimento e trattamento precoce

Santandrea Maria Giulia<sup>1</sup>, Mercuri Maurizio<sup>2</sup>, Marchetti Mara<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Laurea, <sup>2</sup>Università Politecnica delle Marche

**BACKGROUND** Secondo il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders dell'American Psychiatric Association, il delirio è definito come una sindrome psico-organica caratterizzata da una transitoria e fluttuante alterazione dello stato di coscienza, ad esordio acuto o subacuto, con ripercussioni sulle capacità cognitive e percettive. In particolare i criteri diagnostici che definiscono il fenomeno sono: disturbo dell'attenzione e riduzione dell'orientamento in un periodo di tempo relativamente breve (ore o giorni). Nella maggior parte dei casi è reversibile, ed è una diretta conseguenza di una patologia medica in corso, di un'intossicazione da farmaci o da una sindrome di astinenza. Si manifesta in tre diverse forme cliniche: iperattiva con agitazione psicomotoria, aggressione e rischio rimozione devices, ipoattiva con apatia e sopore, infine mista che alterna le due forme. Gli operatori sanitari spesso riconoscono con il termine 'delirio' solo la componente violenta, non considerando come patologiche le altre manifestazioni. L'incidenza del delirium è del 60% tra i degenti di età superiore ai 65 anni, 11-80% dei degenti in Terapia Intensiva, l'80% dei pazienti ventilati. Il delirio, proprio per l'elevata percentuale di rilevazione, viene spesso denominato 'sindrome da terapia intensiva', o 'psicosi da Intensive Care Unit'. È estremamente importante saper riconoscere e trattare il delirio poiché comporta un aumento triplicato della morbidità e mortalità ospedaliera, aumento della durata della Ventilazione Artificiale Meccanica e della degenza in T.I., della comparsa di infezioni delle vie urinarie, lesioni da decubito e polmoniti, peggioramento della ripresa neurologica a lungo termine, l'incremento dei costi ospedalieri. Nel corso degli anni si è sviluppata la concezione che il delirio è un evento normale del ricovero in reparti di area critica, talvolta persino atteso, sottostimando un grave fenomeno predittore di alterazioni della situazione clinica.

**OBIETTIVI** La ricerca ha indagato tre diversi obiettivi: tra gli infermieri, le conoscenze relative al Delirium cioè fattori di rischio, segni e sintomi, strumenti di screening; nel campione reale, la frequenza del delirio, i fattori di rischio e la gestione clinica del delirio; infine si propone una Linea Guida per la gestione infermieristica del Delirium basata sul metodo NANDA-I, NOC, NIC.

**METODI** È stato condotto uno studio osservazionale attraverso la somministrazione di un questionario al personale infermieristico dell'Unità di Terapia Intensiva Cardiologica dell'I.N.R.C.A. di Ancona, e la consultazione della cartella clinica informatizzata che ha selezionato i pazienti che dal 01/01/17 al 31/07/17 hanno manifestato delirio durante il ricovero in reparto. Inoltre è stata effettuata una ricerca sulle principali banche dati, quali PubMed, Cinhal, Cochrane, Trip Database.

**RISULTATI** Dai risultati emerge che i 15 infermieri intervistati, conoscono il fenomeno delirio, tuttavia la manifestazione ipoattiva è poco considerata; viene sempre indicato un trattamento farmacologico, principalmente con Benzodiazepine, nonostante i Neurolettici siano raccomandati come farmaci d'elezione. Tra gli interventi non farmacologici elencati nel questionario somministrato, sono stati individuati solamente la contenzione, il coinvolgimento del caregiver e la stimolazione sensoriale. Dai risultati dell'indagine retrospettiva effettuata nelle cartelle informatizzate, dei 273 pazienti ricoverati, 100 hanno manifestato delirio nell'arco temporale prescelto, in percentuale il 36,63%; di questi l'83% ha comorbidità, di cui il 77% è iperteso e il 31% diabetico: disturbi metabolici e malattie cardiopolmonari rappresentano fattori di rischio del delirio. L'assunzione di farmaci psicoattivi, rappresenta un altro importante fattore di rischio, per cui è stata fatta indagine specifica relativamente alla terapia domiciliare per il sonno; in particolare il 40% assume farmaci, di cui il 60% Benzodiazepine. Il trattamento farmacologico in reparto è stato applicato al 61%; la contenzione, al 31%.

**LIMITI** Lo studio condotto, ha carattere monocentrico, e potrebbe essere esteso ad altre unità operative e ad altri presidi ospedalieri. Un altro limite è rappresentato dalla ridotta numerosità campionaria degli infermieri intervistati, che potrebbe essere ampliato.

**CONCLUSIONI** In conclusione è stata rilevata l'importanza dell'introduzione di uno strumento di screening, la programmazione interventi educativi e formativi per tutta l'equipe clinico-assistenziale, l'estensione dell'intervista ad altre Terapie Intensive e l'implementazione della Linea Guida (Delirium in ICU: NursEs Management) per la standardizzazione della prevenzione e trattamento del Delirio in ambito infermieristico.

**Autore per la corrispondenza:** Marchetti Mara – Università Politecnica delle Marche – Email: mara.marchetti@univpm.it

## 165. I benefici di una educazione strutturata al paziente affetto da diabete di tipo II: una revisione della letteratura

Scaramucci Silvia, Cosignani Emanuela, Simonetti Anna Laura, Ferracuti Martina, Galeone Fabiana, Pignotti Paolo, Traini Tiziana, Troiani Silvano

*Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno*

**BACKGROUND** Il 14 novembre viene celebrata la giornata mondiale del diabete, un'iniziativa istituita nel 1991 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dalla Federazione Internazionale del Diabete. In Italia tale iniziativa viene svolta a partire dal 2002 ed è organizzata da migliaia di volontari, tra professionisti e non, con lo scopo di sensibilizzare e informare l'opinione pubblica sulla sua prevenzione e sulla sua gestione di questa patologia. Durante la giornata verranno allestiti degli stand nei quali sarà possibile valutare il rischio di sviluppare il diabete nei prossimi anni riempiendo un semplice questionario e ricevere depliant informativi. Il diabete infatti, è una patologia che cresce ogni anno in maniera esponenziale. Nonostante ciò, il diabete tipo 2 viene ancora oggi sottovalutato, sia da chi ne è affetto che dai suoi familiari: in questi ultimi infatti, è abbastanza frequente rilevare come il diabete è considerato una malattia cronica che, in quanto molto diffusa, può essere affrontata con un approccio minimalista. Questa percezione è in realtà errata: il diabete è una malattia molto complessa, sistemica e da affrontare seriamente perché può condizionare in maniera importante la vita di chi ne è affetto. La letteratura esistente sviluppa in modo approfondito la tematica dell'educazione; tuttavia non esistono adeguate evidenze che mostrano quale sia il metodo educativo che permette di ottimizzare i risultati.

**OBIETTIVI** Valutare l'efficacia di una educazione strutturata rispetto ad una educazione tradizionale e verificare che questa modalità di intervento aumenti l'aderenza al trattamento e apporti un miglioramento del controllo metabolico.

**METODI** Dal 10 Giugno al 15 Settembre 2017, è stata condotta una revisione della letteratura riguardante la messa a confronto di due modalità di intervento educativo: quello strutturato e quello tradizionale. L'intervento tradizionale rappresenta l'educazione che viene fornita dai vari centri antidiabetici, in relazione ai vari follow-up ai quali ciascun paziente deve sottoporsi con cadenza trimestrale/semestrale. L'intervento strutturato consiste in una serie di incontri aggiuntivi che l'equipe dei centri diabetologici offre ai suoi pazienti: ogni incontro sviluppa in modo approfondito una tematica relativa al diabete, utilizzando gli strumenti ritenuti più idonei quali video, slide, brochure, mappe di conversazione, giochi, dimostrazioni pratiche etc, effettuate in gruppo o individualmente, dando modo ai pazienti di esprimere le proprie difficoltà e frustrazioni, ma allo stesso tempo confrontarsi con gli altri e trarre vantaggio dalle esperienze altrui. La revisione della letteratura è stata condotta consultando la banca dati PubMed, utilizzando le parole chiave "Diabetes Mellitus, Type 2"[Mesh] AND "Patient Education as Topic"[Mesh] e rispettando il modello PICOM. Criteri di inclusione: studi in lingua inglese e italiana pubblicati dal 2007 al 2017 rivolti a pazienti affetti da diabete tipo II, di età compresa tra i 18 e i 70 anni; studi controllati randomizzati; articoli contenenti il "full test"; studi con interventi strutturati a confronto con interventi tradizionali.

**RISULTATI** Dall'analisi della letteratura è emerso che l'educazione al paziente diabetico, eseguita in modo strutturato, produce risultati migliori in termini di autocontrollo sulla patologia cronica del diabete tipo 2. Dei 9 articoli risultati eleggibili, 7 hanno confermato che l'approccio educativo strutturato produce dei benefici migliori rispetto a quello tradizionale. Gli outcomes emersi sono stati: il miglioramento dei range dei markers metabolici, l'incremento delle conoscenze e dell'aderenza terapeutica, l'adozione di stili di vita più salutari e l'aumento del livello di soddisfazione. Inoltre, suddividendo gli articoli per provenienza, si è notato che gli studi condotti in Europa hanno evidenziato dei risultati migliori, e l'elemento in comune era l'utilizzo delle "Conversation Maps", strumento adottato per accrescere il dialogo e il ruolo attivo del paziente.

**LIMITI** Ciascun paziente dovrebbe essere almeno in grado di: effettuare una lettura della propria glicemia, interpretare i risultati, allo scopo di assumere delle decisioni, percepire i collegamenti tra specifici comportamenti (dieta, esercizio fisico, ecc.) ed i risultati della misurazione glicemica e, infine, mettere in atto autonomamente comportamenti correttivi, farmacologici e non, in risposta ai risultati delle misurazioni glicemiche.

**CONCLUSIONI** L'educazione, processo che coinvolge la dimensione cognitiva, affettiva-emozionale, comportamentale e sociale, rappresenta il fulcro della gestione del regime terapeutico di un paziente diabetico, laddove il solo trattamento farmacologico non riesce a produrre i risultati sperati. L'intervento strutturato, pertanto, dovrà tendere a sviluppare l'empowerment, accrescere il Self-Management ed aumentare l'aderenza terapeutica.

**Autore per la corrispondenza:** Traini Tiziana – Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno –  
Email: t.traini@univpm.it

## 166. Formazione evidence-based: l'utilizzo del Kalamazoo Consensus Statement per la comunicazione sanitario paziente

Sergio Ardis<sup>1</sup>, Moreno Marcucci<sup>1</sup>, Doris Bonetti<sup>1</sup>, Carlo Mazzatenta<sup>1</sup>, Giulia Guidi<sup>2</sup>, Francesco Bellomo<sup>1</sup>, Michela Maielli<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Azienda USL Toscana Nord ovest, <sup>2</sup>Gruppo giovani Società Italiana per la Promozione della Salute

**BACKGROUND** La medicina basata sull'evidenza (EBM) è l'integrazione delle migliori evidenze scientifiche con l'esperienza clinica e i valori del paziente (1). Il compito del medico e dei sanitari più in generale, è quello di consentire al paziente di compiere scelte relative alla propria salute, utilizzando le evidenze scientifiche che gli vengono presentate con linguaggio a lui comprensibile. Il fine ultimo consiste nella condivisione tra medico e paziente della scelta più adatta. Si tratta di un processo chiamato con termini inglesi "shared decision making" (2) che potremmo tradurre come "processo decisionale condiviso". Il sanitario è in grado di interpretare i contenuti dei documenti scientifici e "tradurre" il significato al paziente accompagnandolo nella decisione fino a giungere ad un accordo (condivisione della decisione) che consenta al paziente una scelta autonoma (3). Per quanto detto appare evidente l'importanza delle abilità comunicative del sanitario in questo processo (2). È nell'ambito del governo clinico che si realizzano le azioni che creano un ambiente favorevole al processo decisionale condiviso (4). Le abilità comunicative necessarie al sanitario non sono le abilità innate, ma comprendono una serie di tecniche di comunicazione che possono essere acquisite solo grazie ad appositi training (5). Il Kalamazoo Consensus Statement (KCS) offre un modello di formazione sulla comunicazione sanitario-paziente basato sull'evidenza e si fonda sull'apprendimento di sette elementi essenziali della comunicazione in una visita ambulatoriale: 1) costruzione della relazione; 2) apertura del colloquio; 3) raccolta delle informazioni; 4) comprensione del punto di vista del paziente; 5) condivisione dell'informazione; 6) accordo su problemi e piani d'azione; 7) conclusione del colloquio (6). Fra il 2015 e il 2017 nella USL Nordovest Toscana abbiamo realizzato un percorso di formazione sulla comunicazione evidence based per medici e infermieri.

**OBIETTIVI** Il percorso formativo aveva l'obiettivo di migliorare le abilità dei partecipanti nella comunicazione durante una visita medica.

**METODI** In accordo con il KCS la formazione era basata sull'apprendimento per compiti. Il percorso formativo è stato diviso in due livelli. Il corso di primo livello (K1) prevedeva 24 ore con incontri mensili periodici in un tempo di sei mesi. Il corso di secondo livello (K2) prevedeva 16 ore di formazione in due giornate a distanza di un mese. Sono state realizzate 6 edizioni del K1 e 3 edizioni del K2. Ogni edizione prevedeva 20 iscritti fra medici e infermieri.

**RISULTATI** Nel 2015 e 2016 abbiamo tradotto, adattato e validato una scheda di autovalutazione elaborata da Wong (7). La valutazione ci ha permesso di dimostrare un aumento statisticamente significativo delle abilità di comunicazione nei sette elementi del KCS con uno studio pre e post intervento non controllato.

**LIMITI** Uno studio controllato potrebbe aggiungere qualità al risultato ottenuto nell'autovalutazione dei discenti. Inoltre la formazione sulla comunicazione può essere valutata, oltre che in autovalutazione, con una valutazione tra pari o dei docenti durante i role-play, con la valutazione di pazienti standard, con la valutazione dei pazienti reali e in fine è possibile ricercare outcome in termini di salute prodotta.

**CONCLUSIONI** Il KCS nasce come modello di insegnamento della comunicazione e per la valutazione dell'apprendimento e dell'efficacia della didattica. È necessario studiare l'efficacia dei corsi di comunicazione. Con la nostra esperienza abbiamo dato un primo livello di valutazione dell'efficacia del KCS per la formazione sulle abilità nel nostro Paese. È sempre più necessario avere formatori che basino la formazione sulle evidenze e contribuiscano a produrne di nuove in questo ambito della sanità.

**BIBLIOGRAFIA** 1. Sackett, D. L. (1997). Evidence-based Medicine How to practice and teach EBM. WB Saunders Company. 2. Hoffmann, T. C., Montori, V. M., & Del Mar, C. (2014). The connection between evidence-based medicine and shared decision making. *Jama*, 312(13), 1295-1296. 3. Ardis S, Marcucci M. (2005). Comunicare bene per curare meglio: manuale pratico di comunicazione sanitaria. Format idea. 4. Cartabellotta A. Evidence-based Medicine e processo decisionale condiviso: competenze integrate per la professione medica. *Evidence* 2015;7(1): e1000102 5. Ardis S, Marcucci M. (2013) La comunicazione sanitario-paziente. Ed. Aonia, Raleigh. ISBN 978-1-291-61274-5 6. Makoul, G. (2001). Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. *Academic Medicine*, 76(4), 390-393. 7. Wong, R. Y., Saber, S. S., Ma, I., & Roberts, J. M. (2009). Using television shows to teach communication skills in internal medicine residency. *BMC medical education*, 9(1), 9.

**Autore per la corrispondenza:** Ardis Sergio – Azienda USL Toscana Nord ovest – Email: segretario@sipsalute.it

## 167. A casa è meglio. Radiologia e elettrocardiogramma a domicilio in Friuli Occidentale

Simon Giorgio, Pavan Daniela, Gri Luca, Spaziant Roberto, Bortolus Sara, Poles Alona, Gabrielli Antonio

*Azienda per l'Assistenza Sanitaria 5 "Friuli Occidentale"*

**BACKGROUND** Il territorio della Azienda per l'Assistenza Sanitaria 5 "Friuli Occidentale" è di 2.276 kmq di cui oltre la metà costituito da territorio collinare/montano. Ogni anno circa 8.500 pazienti di cui 7.600 ultrasessantacinquenni sono assistiti a domicilio, sette giorni su sette, dal servizio infermieristico, riabilitativo e delle cure palliative. Nel Friuli Occidentale sono inoltre presenti 18 Residenze protette per non autosufficienti (Case di riposo) che ospitano una popolazione di oltre 1.800 persone affetta da numerose patologie. L'esecuzione di alcuni esami diagnostici richiede talvolta lunghi spostamenti dell'utenza verso le sedi ospedaliere. Spostamenti che avvengono di norma con ambulanza e richiedono tempi lunghi e impegno rilevante di risorse. I tempi di percorrenza da alcune sedi fino al presidio sanitario più vicino possono superare l'ora. Per affrontare il problema ASS5 ha avviato nel 2016 un progetto di sviluppo di attività diagnostiche a domicilio con lo scopo di ridurre spostamenti, disagi e costi per le famiglie e per il Servizio Sanitario.

**OBIETTIVI** Ridurre l'accesso della popolazione ai servizi ambulatoriali per accertamenti specialistici realizzabili presso il domicilio (radiografie e elettrocardiogramma). Favorire un più adeguato monitoraggio delle patologie croniche in pazienti altrimenti non in grado di raggiungere i servizi pubblici.

**METODI** Sono state valutate preliminarmente le tecnologie esistenti sul mercato per: - Esecuzione di esami radiologici con apparecchio portatile - Esecuzione, trasmissione e refertazione on-line di Elettrocardiogramma. È stata svolta una prima indagine conoscitiva sul fabbisogno con intervista diretta a medici di medicina generale, infermieri e personale dei distretti. Per entrambe le apparecchiature sono stati eseguiti tutti i test di qualità e le prove sul campo. Sono stati identificati due centri per la radiologia domiciliare (ospedale di Pordenone e San Vito al Tagliamento). Nella fase di avvio si è deciso di dare priorità alle Case di riposo. Per l'ECG il progetto ha dato priorità all'area montana, dove sono maggiori i disagi per gli spostamenti, e alle case di riposo. La refertazione ed il consulto fanno capo alla SOC di Cardiologia dell'Ospedale di San Vito al Tagliamento. Sono stati attivati 5 elettrocardiografi collocati presso il Distretto nord e presso la Casa di riposo Umberto I e Casa Serena di Pordenone. I referti di entrambi gli esami sono visibili, una volta firmati elettronicamente dallo specialista, sul portale del medico di medicina generale.

**RISULTATI** Radiologia domiciliare Il servizio è partito in marzo 2017. Al momento dell'avvio, presso una Casa di riposo di Trieste si è riscontrato un caso di tubercolosi. Su richiesta dell'Azienda Triestina, l'AAS5 ha attivato il proprio gruppo tecnico che in due giorni ha eseguito oltre 90 esami risparmiando il trasporto degli utenti con grave non autosufficienza. Prima del supporto di AAS5 la Casa di riposo aveva attivato il trasporto in ambulanza di tre ospiti/die. L'esame è stato ripetuto con le stesse modalità a due mesi di distanza. Un nuovo caso di TBC si è manifestato presso un'altra Struttura Triestina per la quale si è attivato tale servizio con esecuzione di 75 esami e successivo controllo a 2 mesi. A questi esami si aggiungono quelli eseguiti nelle Strutture protette di Pordenone e San Vito per un totale di 340 esami. ECG domiciliare La parte cardiologica del progetto è stata avviata nel novembre 2017 preceduta da un percorso formativo che ha coinvolto il personale della assistenza infermieristica del Distretto nord, di due case di riposo del Distretto del Noncello (Umberto I e Casa Serena di Pordenone) e del Dipartimento delle dipendenze, per un totale di 48 infermieri. Sono stati effettuati 8 ECG presso il domicilio delle persone selezionate. È in via di definizione un PDTA per una gestione standardizzata dei pazienti da parte del personale infermieristico di assistenza domiciliare.

**LIMITI** I limiti attuali sono: - La non chiarezza della normativa sulla privacy su alcuni temi della telemedicina - La non ancora completa integrazione tra i software in uso.

**CONCLUSIONI** Le due attività di telemedicina avviate hanno superato la fase preliminare e, dalle prime valutazioni, risparmiato un numero importante di spostamenti (180 solo nella casa di riposo di Trieste). Lo sviluppo della telemedicina appare oggi un passaggio imprescindibile nel quadro di generale potenziamento della rete delle cure primarie. Il progetto cerca di favorire una migliore appropriatezza delle cure ed un uso più efficiente delle risorse per persone che altrimenti avrebbero difficoltà a mantenere un adeguato monitoraggio della loro patologia oltre che a ridurre i costi del trasporto verso le strutture sanitarie di riferimento.

**Autore per la corrispondenza:** Gabrielli Antonio – Azienda per l'Assistenza Sanitaria 5 "Friuli Occidentale" –  
Email: antonio.gabrielli@aas5.sanita.fvg.it



## 168. Le recenti innovazioni tecnologiche nella gestione del diabete di tipo I

Simonetti Anna Laura<sup>1</sup>, Traini Tiziana<sup>1</sup>, Iezzi Maria Ambra<sup>2</sup>, Cosignani Emanuela<sup>1</sup>, Ferracuti Martina<sup>1</sup>, Galeone Fabiana<sup>1</sup>, Scaramucci Silvia<sup>1</sup>, Pignotti Paolo<sup>1</sup>, Troiani Silvano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno, <sup>2</sup>ASUR - Area Vasta N. 5

**BACKGROUND** Il diabete è una malattia dovuta al deficit di quantità e di efficacia biologica dell'insulina, ormone prodotto dal pancreas ad azione ipoglicemizzante, che provoca un aumento dei livelli di glucosio nel sangue. Rappresenta una dei maggiori problemi sanitari dei paesi economicamente evoluti, a tal punto da indurre gli esperti a parlare di "Epidemia Mondiale di Diabete". Il diabete di tipo 1, in particolare, è una forma prevalentemente infantile-giovanile, causato da una predisposizione genetica e da cause ambientali non ancora note, definito come forma insulino-dipendente. Tra le possibili terapie di gestione, recentemente è stato introdotto il microinfusore, piccolo dispositivo elettronico, indossabile in una cintura, in tasca o inserito all'interno del reggiseno, che consente il controllo regolare dei livelli di glicemia, garantendo il mantenimento del proprio stile di vita. Riproduce il funzionamento di un pancreas sano tramite l'infusione continua di insulina nel tessuto sottocutaneo, sostituendo la necessità di effettuare frequenti iniezioni di insulina ad azione rapida, 24 ore al giorno, con una risposta adeguata al fabbisogno corporeo.

**OBIETTIVI** Far acquisire i vantaggi della terapia insulinica con microinfusore, rispetto a quella tradizionale con penna insulinica, attraverso la partecipazione ad un percorso educativo a step e ad un focus group finale.

**METODI** Programmazione di un iter terapeutico multidisciplinare attraverso degli incontri periodici, svolti nell'U.O. di diabetologia dell'Area Vasta 5 della Regione Marche, che coinvolgono il Medico Diabetologo, l'Infermiere e l'Ingegnere Biomedico. Criteri di inclusione: •soggetti che presentano variazioni di glucosio nel sangue difficili da tenere sotto controllo; •pazienti che incorrono spesso in ipo/iperglicemie; •soggetti con stile di vita particolarmente regolare; •programmazione di una gravidanza; •richiesta del paziente per motivi sociali e di accettazione di sé.

**RISULTATI** Al termine del percorso di preparazione e di scelta del microinfusore più adatto, è stato realizzato un Focus Group, durante il quale alcuni pazienti hanno risposto a domande, riguardanti l'aspetto psicologico, sociale e le modalità di approccio alla malattia. È emerso che il periodo più critico è quello adolescenziale, poiché i ragazzi, tendono a rifiutare la malattia e di conseguenza, a non seguire la terapia insulinica; inoltre, anche per il genitore spesso risulta complicato prendere consapevolezza che il proprio figlio/a abbia una malattia con la quale dovrà convivere per il resto della vita, nonostante non mostrino esitazione a fornire supporto e sostegno. I pazienti in cui il diabete è insorto nell'età adulta, percepiscono la malattia come stimolo a migliorare il proprio stile di vita, a partire dall'alimentazione e dall'attività fisica. Oltre a riferire riduzione delle punture sui polpastrelli, maggior controllo della glicemia, con registrazione di tutti i valori e un miglioramento della qualità della vita percepita, è emerso che gli utenti gradirebbero un sistema in cui, a seconda del valore di glicemia rilevato, l'infusione di insulina cessi o aumenti automaticamente, così da non incorrere in ipo/iperglicemie. Ulteriore osservazione riguarda preferenza per una dimensione inferiore del microinfusore.

**LIMITI** Problemi relativi al posizionamento fisico del microinfusore e difficoltà del passaggio dalla terapia-multi iniettiva con penna al microinfusore; mancanza di conoscenza adeguata di tale modalità terapeutica.

**CONCLUSIONI** Nonostante il costo dell'apparecchio e degli accessori, tale dispositivo permette un miglior controllo metabolico che va a ridurre i ricoveri e il rischio di incorrere nelle complicanze legate alla patologia; la spesa per l'acquisto del dispositivo è a carico del SSN, ad eccezione dell'acquisto delle batterie, che invece spetta al paziente. Dall'analisi effettuata è emerso che, i soggetti affetti dalla malattia diabetica, sono sottoposti a percorsi educativi in cui, i pazienti stessi, prendono maggiore coscienza e conoscenza della propria malattia, garantendone l'autogestione e l'autocontrollo. L'outcome auspicato dovrebbe guidare l'incremento dell'utilizzo del microinfusore, in grado di permettere il raggiungimento di un livello più alto di qualità e di aspettativa di vita dei pazienti, realizzabile anche attraverso una maggiore formazione del personale infermieristico dedicato. Gli utenti coinvolti, d'altro canto, hanno espresso la volontà di effettuare dei corsi di aggiornamento, al fine di essere informati sulle nuove tecnologie, oltre che la possibilità di seguire degli incontri con persone affette dalla stessa malattia, favorendo la comunicazione e il confronto.

**Autore per la corrispondenza:** Traini Tiziana – Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno –  
Email: t.traini@univpm.it

## 169. Prelievo di sangue: catetere venoso periferico o venipuntura? Revisione della letteratura

Simonetti Valentina<sup>1</sup>, Amadio Mariella<sup>2</sup>, D'acunto Manuela<sup>1</sup>, Cicolini Giancarlo<sup>3</sup>, Comparcini Dania<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno, <sup>2</sup>ASUR - Area Vasta N. 5, <sup>3</sup>ASL 2 Abruzzo, <sup>4</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona

**BACKGROUND** I pazienti ricoverati in ospedale sono soggetti a numerose procedure invasive: una tra le più frequenti è il prelievo venoso. Questa procedura può causare dolore, la formazione di ematomi, lievi emorragie; inoltre espone l'infermiere al rischio di punture accidentali. Spesso, nonostante la presenza di un catetere venoso periferico (CVP), gli operatori prelevano campioni ematici attraverso una nuova venipuntura (VP), nonostante il discomfort per i pazienti, soprattutto se pediatrici o con patrimonio venoso insufficiente. Ad oggi, non vi è pieno consenso circa l'equivalenza fra i test ematici ottenuti tramite CVP o VP e diversi autori riportano modalità differenti anche in merito al volume di sangue di scarto per ottenere referti attendibili da prelievo da CVP.

**OBIETTIVI** Sintetizzare le evidenze in letteratura per confrontare i valori ematici ottenuti dal prelievo venoso tradizionale rispetto a quello ottenuto da CVP.

**METODI** È stata condotta una revisione integrativa della letteratura dal 18 Febbraio 2017 al 17 Agosto 2017 interrogando il database MEDLINE utilizzando l'interfaccia PubMed. Sono stati considerati tutti gli studi pubblicati tra il 1997 ed il 2017 che hanno investigato la tematica oggetto di studio, dall'approccio quantitativo, pubblicati in inglese ed italiano ed inserendo le seguenti parole chiave: blood samples venipuncture peripheral venous catheter, (blood collection) AND peripheral intravenous catheter, (peripheral intravenous catheter) AND blood samples, (intravenous catheter) AND blood withdrawal, (venipuncture) AND peripheral intravenous catheter, blood discard venipuncture, blood sampling peripheral venous catheter.

**RISULTATI** Sono stati inclusi nella ricerca 16 articoli di cui 4 revisioni della letteratura. I risultati degli studi possono essere sintetizzati nel seguente modo: 2 studi in cui non vi erano infusioni in corso al momento del prelievo che veniva effettuato con la siringa (volume di scarto: 3ml-5ml): si possono ottenere validi campioni da analizzare per i valori di emoglobina ed ematocrito ma non per il potassio; 5 studi in cui vi erano infusioni in corso al momento del prelievo, effettuato con una siringa (volume di scarto: 5ml-4ml-12ml-2ml-1ml/2ml): è possibile analizzare la maggior parte dei parametri ematici tramite prelievo da CVP, ad eccezione di pO<sub>2</sub>, pCO<sub>2</sub>, potassio, bicarbonati e glucosio; 2 studi in cui vi erano infusioni in corso al momento del prelievo, eseguito con il sistema Vacutainer® (volume di scarto: 5ml-2ml): il prelievo da CVP è una valida alternativa alla VP per quasi tutti i parametri ematici ma non per pO<sub>2</sub> e pCO<sub>2</sub>.

**LIMITI** Il principali limiti della revisione riguardano la consultazione di una sola banca dati e il limite temporale applicato alla ricerca degli studi può avere implicato l'esclusione di alcuni articoli sulla tematica oggetto di indagine.

**CONCLUSIONI** Il prelievo effettuato tramite CVP risulta essere, in generale, una valida alternativa alla normale venipuntura. Le diverse condizioni in cui il prelievo viene effettuato nei vari studi, con o senza infusioni in corso, con l'utilizzo di una siringa o di un sistema Vacutainer® mette in evidenza delle discrepanze per quanto riguarda i valori di potassio, bicarbonati, glucosio, pO<sub>2</sub>, pCO<sub>2</sub> e pH. Pertanto, ulteriori studi potrebbero essere condotti al fine di approfondire le conoscenze su questo argomento.

**Autore per la corrispondenza:** Simonetti Valentina – Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno –  
Email: valentina\_simonetti@libero.it

## 170. Confronto tra le attitudini e le conoscenze degli infermieri e degli studenti di infermieristica sulla pratica dell'eutanasia: revisione

Simonetti Valentina<sup>1</sup>, Marchitto Claudia<sup>1</sup>, Cicolini Giancarlo<sup>2</sup>, Civita Carol<sup>3</sup>, Lupo Roberto<sup>4</sup>, Comparcini Dania<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno, <sup>2</sup>ASL 2 Abruzzo, <sup>3</sup>ASUR - Area Vasta N. 5, <sup>4</sup>ASL Lecce, <sup>5</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona

**BACKGROUND** A seguito di numerosi casi mediatici il tema dell'eutanasia è divenuto imponente nel dibattito pubblico attuale e costituisce argomento di discussione di natura giuridica, politica e sociale per professionisti sanitari. In particolare, sono gli infermieri, che si prendono cura e prestano assistenza ai morenti, che più spesso si trovano a ricevere richieste inerenti il fine vita e sull'eutanasia in particolare. Per questo motivo è necessario indagare circa le conoscenze e le attitudini degli infermieri e dei futuri infermieri nei confronti di tale pratica, per una migliore conoscenza del fenomeno.

**OBIETTIVI** Sintetizzare le attuali conoscenze sulle attitudini e conoscenze in merito alla pratica dell'eutanasia degli infermieri e degli studenti in infermieristica, per verificare se vi siano differenze di approccio fra le due popolazioni oggetto di indagine.

**METODI** Revisione integrativa della letteratura interrogando PubMed e Google Scholar. I criteri di inclusione degli articoli sono stati: tempo di pubblicazione (2007-2017); lingua (italiano e inglese); popolazione (studenti infermieri ed infermieri). Il processo di ricerca ha determinato la selezione di 19 articoli conformi al quesito di ricerca.

**RISULTATI** Dei 19 articoli inclusi nella revisione 10 riguardano gli infermieri, 8 gli studenti di infermieristica ed uno entrambi. La maggioranza degli studi ha un disegno di tipo descrittivo ed analizza le attitudini dei partecipanti verso l'eutanasia, due studi hanno un disegno di studio di tipo cross-sectional ed uno caso-controllo. Solo uno studio ha un approccio misto: quali-quantitativo. I risultati mostrano un livello generale insufficiente di conoscenze sull'eutanasia, sia da parte degli infermieri che degli studenti; inoltre, il credo religioso ed il genere sembrano influenzare l'atteggiamento verso il ricorso a tale pratica (i maschi e i non credenti sono più favorevoli). Un dato interessante emerso, suggerisce come i pazienti al termine della loro vita preferiscano coinvolgere un infermiere rispetto alle altre figure sanitarie, per partecipare al processo decisionale relativo alle scelte di fine vita.

**LIMITI** Sono state indagate le attitudini e le conoscenze, ma non le percezioni sull'eutanasia (sentimenti, paure, dubbi). Analizzare questi aspetti potrebbe espandere maggiormente la conoscenza sull'argomento.

**CONCLUSIONI** Dall'analisi dei risultati è emersa la necessità di maggiore formazione ed educazione sull'eutanasia. In particolare l'infermiere, per via della sua posizione "unica e privilegiata" nell'assistere il paziente, dovrebbe riconsiderare la propria inclusione ed attiva partecipazione nel processo decisionale relativo alle scelte di fine vita, aiutando nella risoluzione di specifici problemi etici. Questo si realizza grazie all'acquisizione e sviluppo delle competenze trasversali, intese come tutte quelle capacità comunicative e relazionali che il professionista infermiere dovrebbe possedere e che passano necessariamente attraverso la formazione.

**Autore per la corrispondenza:** Simonetti Valentina – Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno – Email: valentina\_simonetti@libero.it

## 171. Efficacia dei programmi di intervento gestiti da infermieri nella malattia di Alzheimer: revisione integrativa della letteratura

Simonetti Valentina<sup>1</sup>, Mercatanti Chiara<sup>1</sup>, Cicolini Giancarlo<sup>2</sup>, Tommasi Marinella<sup>3</sup>, Comparcini Dania<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno, <sup>2</sup>ASL 2 Abruzzo, <sup>3</sup>ASUR - Area Vasta N. 5, <sup>4</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona

**BACKGROUND** Secondo il World Alzheimer Report (2015) circa 75 milioni di persone sono affette da Morbo di Alzheimer (MA) e, a seguito dell'invecchiamento mondiale della popolazione, l'incidenza è destinata ad aumentare. Conoscere i giusti comportamenti, avere una formazione specifica e utilizzare strategie assistenziali adeguate, potrebbe migliorare la qualità di vita del paziente con MA, diminuire il carico di lavoro e lo stress dell'operatore sanitario nelle strutture sanitarie e del caregiver a domicilio.

**OBIETTIVI** Sintetizzare le evidenze relative alla gestione dei pazienti con MA, evidenziando gli interventi assistenziali più idonei per migliorare la Qualità di Vita (QOL) da essi percepita.

**METODI** È stata effettuata una revisione integrativa della letteratura interrogando il database MEDLINE (attraverso PubMed) e GOOGLE SCHOLAR per reperire tutti gli studi (I) pubblicati dal 2010 al 2017; (II) in lingua inglese, spagnola e italiana, (III) che analizzavano gli interventi assistenziali dei professionisti sanitari e dei caregivers per la gestione dei pazienti affetti da MA.

**RISULTATI** Dei 90 studi selezionati, 13 sono stati inclusi nella revisione: di questi 7 qualitativi e 6 quantitativi. Le aree tematiche emerse sono: (I) educazione/informazione del personale e caregiver; (II) creazione di un ambiente protesico; (III) strategie comunicative; (IV) pet therapy.

**LIMITI** Degli studi esaminati solo uno è italiano, questo aspetto potrebbe rendere i risultati poco contestualizzabili nel nostro Paese.

**CONCLUSIONI** Dall'analisi degli studi trovati emerge come l'educazione dell'infermiere e dei caregiver possa migliorare la QOL dei pazienti con MA, evitando le situazioni di burden e di stress per coloro che li assistono. La creazione di un ambiente protesico, le attività di intrattenimento, l'instaurarsi di una comunicazione attiva, l'utilizzo degli animali nella terapia, sono tutte variabili da mettere in gioco per il paziente. In alcune realtà, come l'Indonesia e la Cina, la demenza viene considerata una fase normale dell'invecchiamento, per questo trascurata e poco trattata. In Italia, al contrario, si riporta una maggiore informazione/conoscenza generale da parte di professionisti e caregiver, ma anche una difficoltà nella gestione di questi pazienti. Nella maggior parte degli studi, mancano comunque le informazioni di base per una corretta gestione del MA, gli strumenti di valutazione ed il riconoscimento di quelli che possono essere i fattori di burden e stress. Incrementare la rete di servizi territoriali, iniziative locali ed assistenza domiciliare possono fare la differenza in determinati contesti, aiutando sia i caregiver ad affrontare e risolvere le loro difficoltà di gestione, sia i pazienti a migliorare la QOL. Negli ultimi anni, si è rivelato efficace un approccio integrato al MA, attraverso il "Chronic care model" che si esplica con il Care management ed i Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali. L'adozione di questo approccio potrebbe permettere un rallentamento nella progressione della malattia e un miglioramento della QOL per il malato e i suoi familiari; Tuttavia, ad oggi, questo tipo di intervento è limitato a poche realtà. Dal Rapporto Mondiale Alzheimer (2016) emerge come la maggior parte delle persone con MA deve ancora ricevere una diagnosi, oltre che un'assistenza sanitaria completa e continua. L'utilizzo della gestione integrata e della diffusione delle informazioni per la corretta gestione del paziente, insieme a un supporto al caregiver, sono fra i metodi ritenuti più efficaci così come riportati in letteratura.

**Autore per la corrispondenza:** Simonetti Valentina – Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno – Email: valentina\_simonetti@libero.it

## 172. L'impatto degli effetti collaterali della chemioterapia sulla qualità di vita dei pazienti

Simonetti Valentina<sup>1</sup>, Quacquarelli Simona<sup>1</sup>, Cicolini Giancarlo<sup>2</sup>, Cotticelli Federico<sup>3</sup>, Galli Francesco<sup>4</sup>, Comparcini Dania<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno, <sup>2</sup>ASL 2 Abruzzo, <sup>3</sup>ASUR - Area Vasta N. 3, <sup>4</sup>ASUR - Area Vasta N. 2, <sup>5</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona

**BACKGROUND** Il cancro è una delle patologie maggiormente riscontrate nella popolazione mondiale. Si stima che in Italia, ogni giorno, emergono almeno mille nuove diagnosi di cancro. Negli ultimi anni sono complessivamente migliorate le percentuali di guarigione: il 63% delle donne e il 57% degli uomini è vivo a cinque anni dalla diagnosi per merito, soprattutto, della maggiore adesione alle campagne di screening e al successo della promozione della salute e della prevenzione primaria e secondaria. Una delle terapie usate contro i tumori è proprio la chemioterapia, che provoca una cascata di effetti collaterali, i quali incidono, inevitabilmente, sulla qualità della vita (QoL) dei pazienti interessati.

**OBIETTIVI** Lo scopo di questa ricerca è quello di revisionare gli studi pubblicati per far emergere come il livello della qualità di vita si modifichi in seguito all'insorgenza degli effetti collaterali dovuti all'assunzione di farmaci chemioterapici, per evidenziare gli effetti collaterali più frequenti, quali aspetti della vita sono più compromessi e i cambiamenti riguardo la QoL.

**METODI** È stata effettuata una revisione integrativa della letteratura consultando le banche dati MedLine attraverso PubMed, Google Scholar e Cochrane. I criteri di inclusione sono stati i seguenti: studi condotti nel contesto nazionale ed internazionale nel periodo compreso tra il 1999-2017; con campione che includeva pazienti affetti da qualsiasi tipologia di neoplasia solida o ematologica; che prevedevano la somministrazione di chemioterapia; che includevano pazienti di diverso genere, età, istruzione e estrazione sociale; dal disegno di ricerca quantitativo o qualitativo.

**RISULTATI** Dai titoli e dagli abstract dei 22 studi selezionati sono stati considerati eleggibili per la revisione 9 articoli conformi ai criteri di inclusione. Con la successiva consultazione in full text, ne sono stati esclusi 3, pertanto sono stati inclusi 6 articoli. Dall'elaborazione dei risultati si evidenzia che i vari effetti collaterali hanno delle conseguenze su diversi aspetti della vita dei pazienti, le quali possono essere racchiuse nelle seguenti aree tematiche: risvolti sul corpo, risvolti sull'aspetto psicosociale, risvolti sull'aspetto economico/occupazionale, risvolti sulla sfera sessuale, risvolti sulla spiritualità. Sono emersi anche dati interessanti riguardo la comunicazione con i professionisti sanitari. Per quanto riguarda i risvolti sul corpo, gli effetti collaterali più debilitanti sono risultati la fatigue e le alterazioni del gusto, che a loro volta hanno influito anche sull'aspetto psicosociale rendendo impossibili da svolgere tutte quelle attività che occupavano le giornate dei pazienti prima che si ammalassero (riduzione al 55% delle attività). La fatigue aveva dei risvolti anche sull'aspetto economico/occupazionale dei soggetti interessati, in quanto molti di loro hanno dovuto ridurre, sospendere o abbandonare il lavoro a causa della chemioterapia. I dati riguardanti l'aspetto sessuale della vita dei pazienti hanno evidenziato come l'attività sessuale rappresenti un collante fondamentale per la vita delle coppie esaminate, infatti senza di essa spesso queste tendevano a dividersi e a divorziare. Tutti i fattori riportati, tendevano a far precipitare il livello di QoL dei pazienti. Un'eccezione è rappresentata dalla spiritualità che fornendo speranza ai pazienti è stata in grado innalzare la loro qualità di vita. Per quanto riguarda la comunicazione con i professionisti sanitari è venuto alla luce che i pazienti preferiscono chiedere consigli riguardo gli effetti collaterali (fatigue) ai medici (79%), seguito dagli infermieri (28%). Le soluzioni consigliate sono state: rimanere a riposo, rilassarsi, assumere integratori, modificare la dieta. Nei pazienti che hanno chiesto aiuto in merito, ben il 40% non ha ottenuto alcuna risposta/aiuto concreto e hanno dovuto accettare la fatigue senza potervi porre rimedio.

**LIMITI** Un limite può essere rappresentato dal limite temporale (1999-2017) che può aver determinato l'esclusione di alcune evidenze nella revisione.

**CONCLUSIONI** La conoscenza dei fattori e delle strategie che possono ridurre gli effetti collaterali della chemioterapia somministrata ai pazienti affetti da cancro, può contribuire a migliorare la loro qualità di vita. È necessario incentivare e promuovere tutte quelle attività che possono essere integrate in ospedale ma anche sul territorio, nel follow-up del paziente oncologico, che aiutano questi pazienti ad accettarsi fisicamente, ad accettare la malattia, a riprendersi il loro ruolo lavorativo e familiare.

**Autore per la corrispondenza:** Simonetti Valentina – Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno – Email: valentina\_simonetti@libero.it

### 173. La misurazione delle performance in ambito sanitario – Il caso dell’UOC Igiene e Sanità pubblica dell’ATS Insubria

Smania Massimiliano

*Università degli Studi dell'Insubria*

**BACKGROUND** Il sistema sanitario rappresenta una delle maggiori componenti della spesa destinata ai sistemi di welfare. Nel contesto odierno di risorse limitate destinate a tali sistemi di sussidio alla popolazione emerge con chiarezza l'importanza di un uso efficiente ed efficace delle risorse. Prescindendo in ogni caso dall'aspetto puramente economico legato ai mezzi disponibili, in ambito sanitario si richiede altresì una perizia maggiore nell'utilizzo delle risorse dal momento. In tale ottica emerge, quindi, la necessità di monitorare adeguatamente le modalità di impiego delle risorse da parte di tutte le organizzazioni operanti nella realtà sanitaria. La qualità e l'appropriatezza del monitoraggio e della conseguente valutazione sono direttamente collegate alle tipologie di strumenti utilizzati: occorre individuare quali siano le caratteristiche chiave della realtà da valutare e in base a questi elementi singolari definire quali siano gli strumenti più idonei allo scopo di misurare opportunamente le performance in ambito sanitario.

**OBIETTIVI** L'obiettivo che si prefigge l'elaborato è in primo luogo quello di indagare le peculiarità di un'azienda sanitaria al fine di meglio comprendere quali strumenti di controllo e valutazione delle performance aziendali si adattino all'ambito sanitario. Il presente studio non mira ad analizzare e comparare tutti gli strumenti di controllo di gestione noti a livello teorico: si è rivelato opportuno esaminare quello strumento che sembra adattarsi meglio al contesto sanitario, ossia il modello della Balanced Scorecard. In ultimo lo scopo dell'elaborato è indagare come tale modello possa essere implementato in un'azienda sanitaria o in una sua componente strutturale minore.

**METODI** Lo studio partendo da un'analisi della letteratura vuole dapprima contestualizzare il modello BSC nell'ambito sanitario, sottolineando il ruolo che ogni singola prospettiva prevista dal modello assume nella realtà di un'azienda sanitaria o di una sua componente strutturale minore. Inoltre in coerenza con gli obiettivi prefissati, viene portato ad esempio il caso empirico dell'Unità Operativa Complessa Igiene e Sanità pubblica dell'ATS Insubria. A seguito degli elementi rilevanti emersi vengono descritte le caratteristiche del sistema di Pianificazione e Controllo di riferimento.

**RISULTATI** Tra tutti i modelli teorici proposti dalla letteratura, quello più coerente con quanto appena affermato, è emerso essere il modello della Balanced Scorecard. Un modello innovativo e di recente diffusione che permette l'integrazione e il bilanciamento tra quattro differenti prospettive (finanziaria, dei clienti, dell'apprendimento/innovazione e dei processi interni), che risultano plasmarsi correttamente alla multidimensionalità dei fattori rilevanti in ambito sanitario. A livello concettuale il modello si può adattare molto bene alle peculiarità di un'azienda sanitaria, tanto che vengono proposti come esempio aree chiave (KPA) ed indicatori di risultato (KPI) per ogni singola prospettiva proposta dal modello. L'analisi del caso aziendale dell'Unità Operativa Complessa Igiene e Sanità pubblica dell'ATS Insubria ha permesso di comprendere una questione rilevante: la realtà sanitaria è alquanto complessa principalmente per quanto concerne la fase di pianificazione degli obiettivi e successivamente quella di controllo; vi sono una pluralità di livelli gerarchici a cui fare riferimento, a partire da quello statale per poi arrivare a quello locale. Questo crea confusione sia nel recepire le linee guida, sia nel misurare le performance. Il modello BSC richiede che la valutazione delle performance di una determinata realtà sia eseguita da un unico attore. Emerge quindi che differenti livelli di pianificazione e controllo mal si sposino con l'introduzione di tale modello. Non bisogna però interpretare tale affermazione come un naturale rigetto del modello al settore sanitario: è possibile comunque intravedere, nonostante la presenza di differenti livelli di afferenza gerarchica che caratterizzano il mondo sanitario, una distinzione logica rispetto alle quattro prospettive suggerite dal modello.

**LIMITI** Lo studio prende a riferimento solamente l'Unità Operativa Complessa Igiene e Sanità pubblica dell'ATS Insubria senza effettuare confronti che potrebbero portare ulteriori evidenze.

**CONCLUSIONI** La possibile implementazione futura di tale modello potrebbe avvenire in modo non completamente fedele con quanto previsto dal modello stesso. Non deve stupire tale affermazione perché nella realtà dei fatti tutti i modelli proposti dalla teoria vengono conformati secondo le esigenze e le peculiarità dei svariati contesti: nessuna regola scritta vieta la rielaborazione dei modelli per meglio plasmarli alle necessità dell'ente utilizzatore. In fondo l'aspetto considerevole è che l'adattamento di qualsiasi strumento porti a dei vantaggi nella misurazione e nel controllo delle performance aziendali, in modo da facilitare la presa di decisioni coerenti e tempestive.

**Autore per la corrispondenza:** Smania Massimiliano – Università degli Studi dell'Insubria – Email: max.smania.ms@gmail.com





## 174. La nuova frontiera dei Network clinici per il miglioramento della sopravvivenza dei Pazienti malati di tumore in Italia. Classificazione e standardizzazione dei dati clinici per la Medicina di Precisione e il controllo di qualità clinico

Stroili Manuela

*Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste*

**BACKGROUND** L'ISTAT indica per il 2013 (ultimo anno disponibile) 176.217 decessi in Italia per tumori benigni e maligni, di cui 98.833 maschi e 77.384 femmine; i tumori sono la seconda causa di morte (29%) dopo le malattie cardio-circolatorie (37%) con lieve differenza tra i due sessi. La frequenza dei decessi nelle aree italiane coperte dai Registri Tumori è di 3,5 ogni 1.000 uomini e 2,5 ogni 1.000 donne/anno; il primo tumore causa di morte negli uomini è il polmone (26%), nelle donne la mammella (17%), seguono colon-retto (11%) e prostata (8%). Dal 1994 al 2011 la probabilità di sopravvivere per 5 anni dopo le cure del tumore è aumentata di 10-11 % negli uomini e di 7-8 % nelle donne, inalterata dopo 10 anni. Il dato di sopravvivenza è tutt'altro che omogeneo in Italia, sia tra Nord e Sud, ma anche tra le regioni del Nord [AIOM- AIRTUM 2016; AIRTUM - Rapporto 2016 ]; queste differenze possono essere ricondotte anche alla qualità delle cure erogate. Il Legislatore ha previsto le Reti oncologiche regionali per razionalizzare Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), Linee Guida, condividere sperimentazioni di farmaci innovativi, teleconsulenza, etc., ma funzionano solo in Lombardia, Piemonte, Toscana, Trentino, Umbria e Veneto, oltre che in Francia, Catalogna, Belgio, Paesi Bassi e Danimarca. La ricerca farmacologica sta realizzando farmaci innovativi efficaci che prolungano la sopravvivenza anche dei malati con tumori molto aggressivi (tumore del polmone, melanoma, etc.).

**OBIETTIVI** Per assicurare a tutti i malati di cancro uguale sopravvivenza a parità di diagnosi propongo al di fuori delle Reti la costruzione di un Network clinico nazionale con tutte le strutture oncologiche nel quale si condivida il Protocollo di diagnosi, cura e follow-up più preciso e internazionalmente avanzato per il trattamento di ciascun sottotipo di tumore (fasi diagnostiche, chemioterapia, radioterapia, adroterapia, etc). In questo modello organizzativo nazionale di Hub & Spoke si sposterebbe la prescrizione diagnostico-terapeutica e non il Paziente e le Regioni svantaggiate del Nord e del Sud farebbero finalmente riferimento ai Centri con maggiori risorse scientifiche. In Lombardia il 1° Piano oncologico triennale al quale abbiamo personalmente lavorato risale al 1999 (DGRL VI/1296) [F. Panizon, M. Stroili "Medicina Ospedaliera-Riferimenti clinici, Protocolli Diagnostico Terapeutici" 1995, Trieste].

**METODI** Tramite un'agevole piattaforma informatica, istituzionalmente controllata, i Centri italiani oncologici di eccellenza potrebbero fornire in tempo reale la consulenza ai Centri minori che dovrebbero obbligatoriamente inoltrare la richiesta di controllo di qualità per il Protocollo di cura e follow-up di ciascun sottotipo di tumore, migliorando in modo uniforme in Italia diagnosi e terapia. Per identificare con precisione tipo di tumore e terapia necessita uniformare le classificazioni [TNM/ AJCC 8th Cancer Staging Manual, ATC/Anatomical Therapeutic Chemical classification system, etc] tipo i codici ISTAT di classificazione delle malattie e i DRG/Diagnosis related groups e standardizzare Referti diagnostici e Piani di cura, su base internazionale. La standardizzazione della forma dei Big Data consente lo scambio di informazioni precise: trattasi di trasformazione metodologica che non interferisce con l'autonomia clinica, ma che attiva comunicazione e controlli di qualità finora privilegi degli esami di laboratorio. La bibliografia internazionale referenziata è indispensabile.

**RISULTATI** Nell'ambito della ricerca operativa con l'Istituto di Anatomia Patologica di Trieste abbiamo processato e standardizzato il Referto diagnostico costruendo una checklist e dopo personale benchmarking con la Radiologia del Policlinico Universitario di Padova anche un Referto radiologico di Risonanza Magnetica [Stroili M, Zanconati F & all " Proposta di una checklist per la redazione del referto strutturato oncologico di anatomia ed istologia patologica..." SIHTA, Atti 2016; Stroili M & all "The added value of structured report in medical imaging. How to define standards for radiological and ultrasonographic investigations and the opinion of the HTA." GNB, Atti 2016]. I due formati standard sono trasferibili nell'attività clinica.

**LIMITI** Limitano l'estensione del territorio nazionale, la scarsa comunicazione interregionale, i carichi di lavoro esistenti.

**CONCLUSIONI** L'attivazione di questo Network clinico nazionale al di fuori delle Reti oncologiche può favorire una maggior sostenibilità del SSN migliorando l'appropriatezza prescrittiva e la governance dei farmaci, ma soprattutto potrebbe far superare le differenze di sopravvivenza dei malati di tumore che attualmente si osservano tra le regioni italiane, al Sud, ma anche al Nord, garantendo ai Pazienti una reale equità di accesso alle cure di alta qualità. La tecnologia informatica genererebbe valore per l'innovazione dei Processi di lavoro, dei Servizi e per la Medicina di Precisione.

**Autore per la corrispondenza:** Stroili Manuela – Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste –  
Email: manuela.stroili@tin.it

## 175. Audit della Clinica Urologica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Padova sulle prostatectomie radicali in chirurgia robotica e proposta di indicatori di benchmark

Stroili Manuela<sup>1</sup>, Morlacco Alessandro<sup>2</sup>, Dal Moro Fabrizio<sup>2</sup>, Zecchini Giovanni<sup>2</sup>, Costa Giovanni<sup>2</sup>, Zattoni Filiberto<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Università di Trieste, <sup>2</sup>AOU di Padova

**BACKGROUND** La chirurgia robotica rappresenta l'attuale frontiera della chirurgia mininvasiva in urologia; il robot chirurgico "da Vinci" conferisce al gesto chirurgico un'alta precisione e versatilità dei movimenti, oltre ad una visione 3D in alta definizione. Il carcinoma prostatico è il tumore più frequente nel sesso maschile nei Paesi occidentali, in Italia il carcinoma della prostata corrisponde al 20% dei tumori diagnosticati nei maschi dai 50 anni di età e sono attesi circa 35.000 nuovi casi/anno. [Linee Guida AIOM2016<http://www.aiom.it/professionisti/documenti-scientifici/linee-guida/1,413,1,>]. In seguito alla diagnosi biotica, in relazione ai fattori prognostici della neoplasia (stadiazione TNM, grado di Gleason e coinvolgimento del campione biotico e livelli di PSA), la malattia può venir stratificata in diverse classi di rischio; considerati anche numerosi fattori legati al paziente (età, comorbidità, sintomi urinari, funzione sessuale, aspettative del paziente) si può decidere di eseguire un trattamento con intento radicale. In tal caso le modalità terapeutiche prevedono la prostatectomia radicale o il trattamento radiante. [8th Ed. AJCC cancer staging manual 2017–Linee guida European Association of Urology <https://uroweb.org/guideline/prostate-cancer/>]. Le tecniche chirurgiche per l'asportazione della Prostata sono: a cielo aperto con laparotomia (open), in laparoscopica e la chirurgia robotica. La nostra Clinica Urologica dall'inizio dell'attività ha eseguito 1550 interventi di prostatectomia radicale robotica.

**OBIETTIVI** In relazione alla nostra esperienza abbiamo attivato un processo di audit orientato a rilevare l'efficacia dell'utilizzo di questa complessa e costosa tecnologia, ottimizzare la pianificazione chirurgica ed a ridurre le complicanze postoperatorie. Abbiamo definito dei parametri clinici per la corretta individuazione dei Pazienti operabili, per lo studio preoperatorio e degli indicatori di benchmark per il confronto delle complicanze con altri Centri. Approfondiremo ulteriormente lo studio delle RM/Risonanze Magnetiche eseguite nel preoperatorio per valutare come questo esame faciliti il lavoro del chirurgo migliorando i risultati funzionali e oncologici e riducendo le complicanze e sia in grado di rilevare correttamente la neoplasia (confrontate con il dato istologico).

**METODI** La Clinica Urologica di Padova ha costruito una banca dati informatica con diversi parametri clinici riguardanti la propria casistica operatoria per valutare l'attività svolta; ha registrato dati anamnestici, esami diagnostici, tipo di intervento eseguito e le complicanze post-chirurgiche di ciascun paziente definendole in base alla recente bibliografia e in accordo con le linee guida internazionali più qualificate [NCCN CPG in Oncology 2:2017 Prostate cancer e EAU <http://uroweb.org/guideline/prostate-cancer/>].

**RISULTATI** Nel 2017 sono stati informatizzati i dati di 419 pazienti operati con chirurgia robotica e con tecnica open retro pubica ed abbiamo scelto diversi parametri clinici utili come indicatori di benchmark. L'età mediana all'intervento era di 66 anni (IQR 61-70), il Charlson comorbidity index di 4 (2,75-5), il PSA di 5,7 (4,5-10,5), 51 procedure (12,2%) sono state eseguite per via retropubica e 368 (87,8%) per via robotica. Durante gli interventi eseguiti con tecnica robotica non vi è mai stata la necessità di passare alla tecnica open per insorte difficoltà chirurgiche o tecnologiche nell'uso del Robot. Complessivamente sono state registrate 3,7% di complicanze Clavien 2 (febbri transitorie risolte con terapia antibiotica) e 5,6% di complicanze Clavien 3 (la maggior parte riferibili a linfoceli che hanno necessitato drenaggio percutaneo), non sono state osservate complicanze di grado 4 o 5. Confrontando le complicanze tra le due diverse tecniche non è stata registrata una differenza statisticamente significativa ( $p=0,11$ ). L'analisi effettuata sul sottogruppo di pazienti sottoposti a RM multiparametrica (T2, contrasto, DWI) da 1,5 Tesla ha dimostrato la capacità di rilevare il focus neoplastico principale nel 79,3% e la lesione indice con eventuali foci associati nel 89,7%. In particolare l'86% delle lesioni rilevate alla RM come focus primario presentava caratteristiche di medio-alto grado (GS=7).

**LIMITI** Le informazioni sul follow-up a lungo termine rappresentano il principale limite del presente studio, che sarà superato nella prosecuzione del progetto. Maggiore evidenza è necessaria per stabilire il ruolo della RM nel migliorare l'outcome a lungo termine.

**CONCLUSIONI** Nella nostra esperienza la chirurgia robotica rappresenta un trattamento efficace e con complicanze contenute nella prostatectomia radicale. La RM preoperatoria può risultare importante per definire l'anatomia locale e individuare i foci neoplastici, coadiuvando la pianificazione della resezione chirurgica. Abbiamo definito degli indicatori clinici che proponiamo per il confronto tra Centri di chirurgia robotica.

**Autore per la corrispondenza:** Morlacco Alessandro – AOU di Padova – Email: [alessandromorlacco@gmail.com](mailto:alessandromorlacco@gmail.com)

## 176. La Borsa lavoro per i pazienti delle strutture residenziali. Esperienze presso la Co.s.e.r. di Force e la Residenza protetta di Comunanza

Talamonti Rea Simona<sup>1</sup>, Giaccio Patrizia<sup>1</sup>, Iachini Maria Grazia<sup>1</sup>, Iachini Simone<sup>1</sup>, Satulli Maria Cristina<sup>1</sup>, Passalacqua Alessandro<sup>1</sup>, Mazzaroni Caterina<sup>1</sup>, Di Gennaro Marco<sup>1</sup>, Alidori Cristina<sup>1</sup>, Damiani Tiberio<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Comunità Socio Educativa Riabilitativa (CO.S.E.R.), <sup>2</sup>ASUR - Area Vasta N. 5

**BACKGROUND** Il lavoro svolto dal 2011 presso la Coser di Force e dal 2016 presso la Residenza protetta di Comunanza ha come obiettivo la riabilitazione, la crescita personale, lo sviluppo di abilità personali e lavorative ed il reinserimento sociale dei pazienti ospiti delle due strutture, nel rispetto delle condizioni personali ed ambientali del paziente, che proviene da una storia non infrequente di esclusione ritiro sociale, demotivazione e autostima deficitaria se non assente, al pari della fiducia di familiari e servizi invianti.

**OBIETTIVI** La borsa lavoro è uno strumento con cui viene incentivata la partecipazione alle attività residenziali e riabilitative ed è finalizzata alla maggior partecipazione sociale nonché ad una espressione del sé sano del paziente, quale cittadino e non solo ospite di una struttura.

**METODI** Si tratta di accompagnare il paziente lungo un percorso complesso per una serie di fattori. Il primo è l'ansia del paziente che non ha esperienza lavorativa recente, teme il confronto e la relazione sociale e anche la espressione sociale. Non ha mai avuto oppure ha perso la capacità relazionale e lavorativa, quindi sviluppa una serie di resistenze che necessitano di un percorso parallelo di contenimento e razionalizzazione dell'ansia per la ricostruzione della identità personale. Il secondo punto è dato dalle possibilità oggettive che il paziente possiede, dalle competenze e dalla possibilità oggettiva che il tessuto sociale può offrire. Il terzo punto è la risposta che viene data dalla istituzione locale che ha il compito di finanziare l'intervento e dall'ente o dal privato dove si svolge il lavoro. Non ultimo è il lavoro con la famiglia di origine del paziente, che spesso non riconosce o si meraviglia dei risultati che il paziente raggiunge nel corso della esperienza con la borsa lavoro.

**RISULTATI** Il primo risultato è lo sviluppo della percezione di un sé valido da parte del paziente. Inoltre è da considerare la soddisfazione dei colleghi di lavoro, e della rete sociale, che accoglie con maggior favore gli ospiti delle due strutture. È da considerare che uno solo dei pazienti ospiti delle due strutture (32 in totale) è residente nel comune di Force, tutti gli altri provengono da altri comuni, quindi si trovano a fronteggiare con la borsa lavoro, non solo la lontananza dal proprio nucleo familiare, ma anche dal nucleo sociale originale, una doppia dislocazione che comporta un carico emotivo significativo da fronteggiare con il supporto degli operatori delle strutture, ma anche la possibilità che ci sia un ampliamento delle competenze relazionali e personali con inserimenti lavorativi più adeguati alle possibilità del recupero di un ruolo sociale autonomo. La struttura garantisce insieme con la comunità locale un ambiente di relazione il più possibile sano e non giudicante, tale da permettere lo sviluppo progressivo della relazione. Il lavoro dunque è l'anello di giunzione tra paziente e comunità locale, che li riconosce come concittadini e non solo come ospiti di una struttura.

**LIMITI** Il limite principale è la esiguità della somma messa a disposizione per la borsa lavoro, in parte dipendente dalle ristrettezze economiche complessive e in parte dipendente dall'elevato numero di richieste che vengono rivolte al comune di residenza del paziente, che nello specifico non è quello in cui le due strutture operano.

**CONCLUSIONI** Uno strumento efficace per un adeguato percorso di recupero personale e sociale, la borsa lavoro necessiterebbe di un maggior finanziamento al fine di contribuire alla riduzione della necessità assistenziale e residenziale dei pazienti in carico al DSM o alle strutture residenziali.

**Autore per la corrispondenza:** Damiani Tiberio – ASUR - Area Vasta N. 5 – Email: tiberio\_damiani@libero.it

## 177. Promuovere un'assistenza sanitaria e sociale ad elevato *value*; miglioramento del percorso di Follow up post trapianto tramite lean thinking

Tanini Marco, Pacini Alessandro, Curto Rita

Azienda USL Toscana Centro

**BACKGROUND** Il percorso di follow-up è un elemento fondamentale del periodo post-trapianto e richiede un costante impegno da parte dei professionisti del centro trapianti (CT), degli specialisti territoriali, dell'intera organizzazione sanitaria territoriale, del paziente e dei suoi care giver. A tutti è richiesto un grande impegno per mantenere un livello elevato di aderenza del paziente alle indicazioni terapeutiche, al fine di non compromettere i risultati del trapianto. Nel gennaio 2016 è stato attivato il servizio di case management (CM) dell'USL Toscana Centro. Tale servizio richiede un adeguamento ai bisogni espressi e inespressi dei pazienti, ai cambiamenti organizzativi aziendali e alle criticità del percorso assistenziale di trapianto.

**OBIETTIVI** Obiettivo dello studio è quello di mappare il percorso per la gestione del follow-up post trapianto, integrare le competenze multidisciplinari, migliorare il flusso del valore nell'erogazione di prestazioni sanitarie, fornire un supporto per il reinserimento lavorativo e sociale del paziente trapiantato.

**METODI** per il nostro studio abbiamo utilizzato alcuni strumenti tipici del lean thinking: Tutti i pazienti seguiti dal servizio di case management della USL Toscana Centro per follow up post trapianto sono stati invitati telefonicamente a partecipare allo studio. Hanno accettato in 18, questi guidati da un esperto, tramite brainstorming hanno definito le loro esigenze che sono state riassunte tramite affinity diagram. Gli operatori coinvolti nel percorso, tramite brainstorming, hanno analizzato il processo e identificato le criticità. Queste sono state analizzate tramite diagramma di Ishikawa che ha consentito di identificare le cause radice. Si è poi provveduto a disegnare una current *value stream map* (VSM) del processo che è stato analizzato sulla base delle indicazioni dei pazienti e degli operatori, sono stati stabiliti gli interventi e disegnata una future *value stream map*.

**RISULTATI** Dalla nostra indagine sono emerse le seguenti criticità •La perdita di tempo, intesa come difficoltà a ottenere le prescrizioni per prestazioni sanitarie dai Medici di Medicina Generale (MMG) che talvolta reinvidano il paziente presso il centro trapianti anche per la sola prescrizione •Esami sbagliati (eseguiti senza la necessaria preparazione del paziente, esami di primo livello mentre per il soggetto trapiantato è necessario un esame specifico) •L'accesso difficoltoso al Centro Unico di Prenotazione •Scarsa attenzione da parte dei curati (MMG e specialisti) a problematiche quali il reinserimento lavorativo o le pratiche burocratiche. Nella ridefinizione della VSM si è deciso di accorpare più prestazioni per accesso del paziente, questo sebbene non influisca sui tempi di attesa (door to needle), diminuisce il numero di accessi e di spostamenti che il paziente è costretto a fare. Per migliorare l'aderenza al follow up post trapianto si è anche deciso di unire a prestazioni di controllo routinario, che vengono considerate ripetitive dai pazienti, ma necessarie da un punto di vista clinico, attività ad alto valore per l'utente, quali visite per: rilascio esenzione, reinserimento lavorativo, rinnovo patente.

**LIMITI** I principali limiti dello studio sono costituiti dall'esiguo numero dei pazienti che hanno partecipato allo studio. I pazienti trapiantati costituiscono un gruppo estremamente eterogeneo caratterizzato dal tipo di trapianto effettuato e dalla patologia di base.

**CONCLUSIONI** La necessità in sanità di elaborare progetti improntati alla soddisfazione del cliente sta diventando una esigenza dei vari sistemi sanitari, a questa esigenza può adeguatamente rispondere un approccio basato sul lean thinking. Nell'ambito della metodologia lean la scelta dell'obiettivo di un piano di miglioramento segue cinque principi riassumibili nell'acronimo S.M.A.R.T. Specific (specifico); Measurable (misurabile); Achievable (realizzabile); Realistic (realistico); Time-related. Il metodo lean thinking è uno strumento per analizzare e implementare percorsi complessi e multidisciplinari, in quanto consente di sviscerare le problematiche, andando a ricercare la "causa radice" delle varie criticità.

**Autore per la corrispondenza:** Tanini Marco – Azienda USL Toscana Centro – Email: marco\_tanini@tiscali.it

## 178. Il Pronto Soccorso, il 118, modelli reali dati reali versus evidenze scientifiche, simulazioni a confronto e nuove proposte di intervento ad elevato *value*

Tassini Riccardo

Azienda USL di Bologna

**BACKGROUND** Cronicità, fragilità, rischio Tetania oltre il 24aa di età e sovrautilizzo del 118. Temi molto diversi fra loro ma tutti affluenti di un fiume immaginario con foce a delta che si chiama Pronto Soccorso.

**OBIETTIVI** L'obiettivo di questa riflessione è usare simulazioni basate su dati reali per evidenziare, sottolineare, misurare, quantificare il sovrautilizzo e il sottoutilizzo per dare peso al *Value* delle cure.

**METODI** Separati i temi ho ricreato virtualmente il modello attuale, calcolandone i costi. Successivamente ho ricercato le migliori Evidence scientifiche, sostituendole alle attuali per poi simulare dei nuovi scenari e confrontarli.

**RISULTATI** Posso affermare che l'azienda AUSL Bologna risparmierebbe annualmente dai 35 ai 45 milioni di euro applicando le migliori Evidence Scientifiche a questi tre temi. Dai 32 ai 40 per cronicità e/o fragilità. Un milione di euro sul rischio Tetano oltre il 24aa di età raggiungendo inoltre una copertura vaccinale compresa tra il 95 e il 100 % (attualmente il 30% oltre 23aa) della popolazione per tutta la durata della vita. Tre milioni sugli interventi inappropriati del 118 evitando inoltre il potenziamento del servizio che secondo il grafico che ha come coefficiente di determinazione: "0,9874" sarà necessario nel 2023.

**LIMITI** Il progetto cronicità va aggredito in primis capillarizzato le linee guida attraverso un grosso impegno di investimenti in formazione, secondariamente la fragilità necessita di una nuova rete strutturale sociale assistenziale in grado di sorreggerla causa l'istaurarsi del senilismo familiare. Il 118 ritengo vada normato inserendo un ticket, trovare l'equilibrio tra direttiva e condotta sarà difficile. Il progetto tetano credo sia stupido continuare così; sarebbe inoltre d'esempio da traino delle direttive sanitarie Aziendali, Regionali e Nazionali.

**CONCLUSIONI** Del rischio tetano oltre il 24aa di età posso affermare che il modello da me proposto è di facile attuazione ed irrisori costi di budget, nonchè attuabile sul tutto il territorio nazionale. Della cronicità autori ben più autorevoli di me hanno già scritto, redatto divulgato linee guida sembrerebbe però ancora in fase di recepimento, questo è il vero limite di questa simulazione. Certo che salta all'occhio il risparmio economico, ma la soddisfazione dell'utente e la valorizzazione del professionista in questo progetto sono la ricchezza più grande. Del 118 invertire il trend di interventi disincentivando quelli inappropriati è strategico; aumentati del 30% negli ultimi 10aa (2007...2017) di questo passo ne saranno richiesti 150 mila nel 2027.

**Autore per la corrispondenza:** Tassini Riccardo – Azienda USL di Bologna – Email: salutio62@gmail.com

## 179. La presa in carico del paziente con dolore: attitudini e conoscenze del personale infermieristico

Tomietto Marco, Della Mora Maria, Dorigo Barbara, Bicego Livia, Finos Rosanna, De Lucia Paola, Pedrinelli Giuseppe, Scrosoppi Carla, Sclippa Giuseppe, Simon Giorgio

*Azienda per l'Assistenza Sanitaria 5 "Friuli Occidentale"*

**BACKGROUND** A differenza degli altri segni vitali, la valutazione del dolore si espone alla soggettività dell'assistito e risente di numerosi confondenti relativi a variabili psicologiche, sociali e culturali nella sua espressione (Hoffman et al., 2016; Schoth et al., 2016). I professionisti stessi sono esposti a preconcetti sulla valutazione e gestione del dolore: in particolare riguardo alle conoscenze sul trattamento del dolore, sul rischio di dipendenza da oppioidi o di depressione respiratoria, sul tempo di azione e durata dell'analgesia, sulla tolleranza del paziente (Wilson, 2007) e sulla valutazione del dolore in casi particolari come il paziente anziano, pediatrico o con deficit cognitivi (Fry et al., 2016; LaFond et al., 2016). Il dolore cronico è una condizione che più di altre si espone a difficoltà di valutazione e gestione e richiede l'attivazione di una rete di servizi e di continuità delle cure: in questi termini identificare linee condivise di valutazione e gestione diventa fondamentale per omogeneizzare la presa in carico dell'assistito fra professionisti e servizi (Blomberg et al., 2008). Riconoscere le attitudini e le conoscenze del personale sul dolore diventa un punto cardine per implementare strategie di presa in carico del paziente con dolore.

**OBIETTIVI** 1. Descrivere conoscenze e attitudini del personale infermieristico riguardo la valutazione e gestione del dolore. 2. Identificare le aree di conoscenza e i comportamenti assistenziali su cui intervenire per migliorare la valutazione e la gestione del dolore. 3. Validare lo strumento "Nurses Pain Management Attitude" nella versione italiana.

**METODI** Disegno di studio: trasversale, di validazione. Campione: il personale infermieristico in servizio presso le strutture di chirurgia, terapia del dolore, cure palliative, hospice con almeno 1 anno di servizio presso la struttura di assegnazione. Dimensione del campione: ai fini della validazione è necessario il reclutamento di almeno 250 partecipanti (Barbaranelli, 2007). Descrizione dello strumento: lo studio prevede la somministrazione del questionario "Nurses Pain Management Attitude". Il questionario si compone di 25 item riguardanti: l'uso di oppioidi, l'uso di interventi non farmacologici nella gestione del dolore, gli atteggiamenti di paziente e familiari verso il dolore. Le risposte sono riportate su una scala Likert da 1 (forte disaccordo) a 4 (forte accordo), dove punteggi più alti indicano una migliore attitudine alla valutazione e gestione del dolore (Miller et al., 2003). Analisi dei dati e procedure di validazione: lo strumento utilizzato nello studio sarà, in una prima fase, tradotto in Italiano da un gruppo di esperti. In una seconda fase, lo strumento sarà tradotto dall'Italiano all'Inglese da un revisore esterno. La versione ri-tradotta e quella originale saranno infine sottoposte al giudizio di un terzo esperto che definirà la validità di contenuto dello strumento (White & Elander, 1992). Nei trattamenti preliminari dei dati verranno eliminati listwise i casi che presenteranno dati mancanti per oltre il 5% delle variabili di studio (Graham, 2009). L'affidabilità e la validità dello strumento utilizzato sarà valutata mediante alpha di Cronbach e analisi fattoriale esplorativa (DeVellis, 2016). L'analisi fattoriale confermativa con i modelli di equazioni strutturali completerà l'analisi di validità (Loehlin & Beaujean, 2017). Saranno calcolate le statistiche descrittive di base (media, mediana, frequenze).

**RISULTATI** Lo studio si pone come priorità organizzativa l'identificazione delle aree di conoscenza e comportamento assistenziale che necessitano di implementazione per una migliore valutazione e gestione del dolore nelle aree di cura e assistenza più coinvolte nella gestione del fenomeno. La rilevazione delle attitudini permette di attivare consapevolezza professionale sul fenomeno di studio e, dal punto di vista organizzativo, permette di riconoscere le priorità formative e professionali su cui investire per modificare i comportamenti assistenziali. Dal punto di vista scientifico, lo studio permetterà di validare uno strumento utile alla pratica clinica Italiana e di renderlo disponibile alla comunità professionale. In base ai risultati, si prevede di pianificare attività di pubblicazione e divulgazione della ricerca.

**LIMITI** La pratica infermieristica italiana potrebbe richiedere l'adattamento dello strumento al contesto italiano e diminuire la possibilità di comparazione dei risultati con quelli a livello internazionale.

**CONCLUSIONI** Lo studio permette di rilevare una dimensione fondamentale per implementare strategie formative ed organizzative per aumentare la presa in carico del paziente con dolore nei vari contesti di cura ed aumentare la qualità dell'assistenza erogata.

**Autore per la corrispondenza:** Tomietto Marco – Azienda per l'Assistenza Sanitaria 5 "Friuli Occidentale" –  
Email: marco.tomietto@gmail.com

## 180. L'abilità lavorativa percepita dal personale infermieristico: leve motivazionali per garantire la qualità dell'assistenza

Tomietto Marco, Finos Rosanna, Coassin Maurizio, Bortolin Paola, Bicego Livia, De Lucia Paola, Pedrinelli Giuseppe, Doimo Ylenia, Sclipa Giuseppe, Simon Giorgio

*Azienda per l'Assistenza Sanitaria 5 "Friuli Occidentale"*

**BACKGROUND** L'invecchiamento del personale sanitario è un fenomeno crescente nel sistema sanitario nazionale e si configura come un fenomeno nuovo da gestire, a seguito delle politiche pensionistiche e contrattuali degli anni scorsi che permettevano il ritiro anticipato dal lavoro. La letteratura indica come criterio per identificare l'infermiere "anziano" l'età >45 anni (Camerino et al., 2008) e questo limite è confermato dai riferimenti di legge per la sorveglianza sanitaria (D.Lgs. 81/2008). L'età media del personale sanitario è in crescita a livello mondiale: una proiezione dell'età degli infermieri nel 2030 negli Stati Uniti mostra che il 45% avrà un'età superiore a 50 anni (Auerbach et al., 2017) e in Australia dal 2001 al 2005 gli infermieri con età >50 anni è aumentata del 25.1% (Graham & Duffield, 2010). In Europa la proporzione di infermieri con età >45 anni nel 2008 era del 28.8% con punte fino al 44.7% in Finlandia. In Italia la stessa percentuale era del 23.3% (Camerino et al., 2008). Alcuni autori proiettavano stime che vedevano nel 2022 aumentare la percentuale di ultra-quarantacinquenni fino al 70%. Un'indagine di prevalenza interna all'A.A.S. n.5 ha mostrato al 31.12.2016 la presenza del 65.2% di personale infermieristico con età >45 anni. Questa situazione richiede all'organizzazione l'attivazione di percorsi nella gestione delle risorse umane che, da un lato, tutelino la salute del personale con limitazioni, e, dall'altro, garantisca la stabilità dell'organizzazione e la continuità dei servizi. Laddove si mantengono alti livelli di motivazione e soddisfazione e si costruiscono percorsi di ricollocamento del personale con limitazioni orientati alla valorizzazione delle competenze, diminuiscono le assenze per malattia e il turnover e migliora la stabilità organizzativa e la continuità dei servizi (Magee et al., 2016).

**OBIETTIVI** 1. Determinare l'impatto dell'abilità lavorativa sulla sua motivazione e soddisfazione lavorativa del personale (esiti prossimali) e sull'intenzione di turnover (esito distale). 2. Identificare le caratteristiche del personale che esprime alta motivazione e soddisfazione lavorativa a seguito di idoneità condizionata. 3. Identificare i fattori che riducono le assenze per malattia nel personale con limitazioni.

**METODI** Disegno di studio: Trasversale, di correlazione. Campione: il personale infermieristico sottoposto a sorveglianza sanitaria dell'Azienda per l'Assistenza Sanitaria n.5 "Friuli Occidentale". Dimensione del campione: si prevede di coinvolgere con criterio di convenienza circa 2000 infermieri. Strumenti: lo studio prevede la somministrazione del Work Ability Index (WAI) (Tuomi et al., 1994) e della Utrecht Work Engagement Scale (UWES) (Schaufeli & Bakker, 2003). La soddisfazione lavorativa sarà rilevata con un singolo item su scala Likert da 1 (minimo) a 7 (massimo) ("Sono soddisfatto del mio attuale lavoro"). L'intenzione di turnover sarà rilevata mediante due item su scala Likert da 1 (minimo) a 7 (massimo): "ho intenzione di cercare un impiego in un'altra Azienda Sanitaria durante il prossimo anno" e "ho intenzione di fare domanda di mobilità interna in un altro reparto/servizio di questa Azienda durante il prossimo anno". Analisi dei dati: l'obiettivo primario sarà verificato con modelli di regressione lineare. L'obiettivo secondario sarà verificato effettuando analisi dedicate sul personale con limitazioni e identificando il personale soddisfatto e non soddisfatto della nuova condizione lavorativa. Saranno utilizzati test di associazione (chi-square, Odds Ratio e IC95%) e test di ipotesi (t-test).

**RISULTATI** Lo studio permetterà di identificare l'impatto che le idoneità condizionate possono avere sulla motivazione e sulla soddisfazione lavorativa e di identificare le strategie di gestione del personale per migliorare il benessere lavorativo individuale e la stabilità organizzativa. I risultati intendono tracciare un profilo di gestione efficace del personale con limitazioni in modo da aumentarne il benessere organizzativo e migliorare la continuità dei servizi e la stabilità dei gruppi di lavoro.

**LIMITI** Sarebbe opportuno prevedere un RCT relativo a diverse modalità di gestione del personale con limitazioni al fine di identificare gli interventi di efficacia nella gestione.

**CONCLUSIONI** In tempi di carenza di risorse umane per sostenere i livelli assistenziali, questo studio contribuisce a definire linee di gestione del personale utili ad ottimizzare i servizi assistenziali.

**Autore per la corrispondenza:** Tomietto Marco – Azienda per l'Assistenza Sanitaria 5 "Friuli Occidentale" –  
Email: marco.tomietto@gmail.com



## 181. La continuità delle cure: studio dei predittori di dimissione protetta in ambito medico e chirurgico.

Tomietto Marco, Stefanon Laura, Bicego Livia, De Lucia Paola, Finos Rosanna, Pedrinelli Giuseppe, Toscani Paola, Carniello Giorgio Siro, Scippa Giuseppe, Simon Giorgio

*Azienda per l'Assistenza Sanitaria 5 "Friuli Occidentale"*

**BACKGROUND** Il quadro demografico è evoluto verso un progressivo invecchiamento della popolazione e verso l'aumento di situazioni di cronicità e fragilità. In particolare, molti assistiti sviluppano condizioni di vulnerabilità e difficoltà a mantenere l'omeostasi funzionale e l'autonomia a seguito di eventi acuti o cronico-degenerativi (Dedeyne et al., 2017). Questa situazione genera un carico per i sistemi sanitari che necessita di risposte in approcci integrati al fine di migliorare l'utilizzo dei servizi e, soprattutto, gli esiti sugli assistiti in termini di qualità di vita, mantenimento dell'autonomia e, anche, di mortalità (EU Commission, 2014). Questa prospettiva richiede l'implementazione di sistemi proattivi per riconoscere e prendere in carico le situazioni assistenziali che richiedono l'attivazione di percorsi integrati di continuità ospedale-territorio (Ausserhofer et al., 2014). La capacità del sistema di riconoscere precocemente e gestire queste condizioni di rischio costituisce la rete assistenziale in grado di intercettare in modo proattivo i bisogni di salute della popolazione (Giroto et al., 2016).

**OBIETTIVI** 1. Analizzare i punteggi della scala BRASS in un campione di pazienti internistici e chirurgici; 2. Verificare la correlazione fra i punteggi BRASS e Norton; 3. Descrivere le differenze fra i pazienti da segnalare in base ai punteggi BRASS e i pazienti effettivamente segnalati.

**METODI** Disegno di studio Lo studio è di tipo retrospettivo: sono state randomizzate le cartelle dei pazienti dimessi dai reparti di medicina e chirurgia e, sulla base dei dati documentali, sono state compilate le scale BRASS. Sono state rilevate anche le effettive segnalazioni al territorio. Strumenti È stata utilizzata la scala BRASS (Blaylock Risk Assessment Screening Score). La scala si compone di 10 item riguardanti dati comorbidità, uso di farmaci, autonomia, stato cognitivo e contesto di vita dell'assistito. La scala ha dimostrato una sensibilità del 73,1% e una specificità dell'83,2% (Saiani et al., 2008; Dagani et al., 2013). Sono stati rilevati anche i punteggi della scala di Norton (modificata secondo Stotts) documentati in cartella. Procedure di analisi dei dati Sono state calcolate le statistiche descrittive per il campione e i punteggi della scala BRASS. Sono stati classificati a rischio basso di dimissione protetta i pazienti con un punteggio da 0 a 10, a rischio medio da 11 a 19, alto > 20. Sono state create le tabelle di contingenza per determinare l'associazione fra il punteggio della scala BRASS e l'effettiva segnalazione da parte della struttura di dimissione. L'associazione è stata verificata con il test chi-quadro accettando una significatività per  $p < 0,05$ .

**RISULTATI** Lo studio ha mostrato un'associazione statistica fra le segnalazioni avvenute e i punteggi BRASS ( $p < 0,01$ ). Tuttavia, emerge che, di 138 pazienti classificati ad alto rischio, i segnalati per dimissione protetta sono stati 34 (24,6%): in area chirurgica viene segnalato il 21,7% (5/23) dei pazienti ad alto rischio, mentre in area medica il 25,2% (29/115). Considerando i pazienti a medio rischio, viene segnalato il 21,1% (31/147) dei casi rilevati dalla BRASS e, rispettivamente, il 17,8% (5/28) in area chirurgica e il 21,8% (26/119) in area medica. I punteggi della scala BRASS sono inversamente correlati con quelli della scala Norton ( $r = -0,90$ ,  $p < 0,05$ ): ad un minor punteggio di Norton (alto rischio) corrisponde un maggior punteggio nella BRASS (alto rischio).

**LIMITI** Il disegno di studio retrospettivo potrebbe aver generato una sottostima del numero di segnalazioni, in quanto le fonti documentali potrebbero non aver riportato tutti i dati utili per predire la necessità di dimissione protetta.

**CONCLUSIONI** La scala BRASS si è dimostrata efficace nel rilevare la necessità di dimissione protetta. In particolare, lo studio ha evidenziato la necessità di implementare soluzioni organizzative per identificare in modo accurato i pazienti che necessitano di continuità delle cure e migliorare la sicurezza nella transizione ospedale-territorio. La situazione rilevata a livello aziendale può essere riconducibile al fenomeno descritto in letteratura di "missed nursing care" nell'ambito della continuità delle cure (Ausserhofer et al., 2016). La correlazione con la scala di Norton suggerisce poter considerare il rischio di lesioni da decubito come un proxy affidabile del rischio di dimissione protetta al fine di ridurre il carico di lavoro e limitare l'introduzione di nuovi strumenti di valutazione: la BRASS potrebbe costituire una valutazione di secondo livello nei casi che mostrano un rischio nella scala di Norton.

**Autore per la corrispondenza:** Tomietto Marco – Azienda per l'Assistenza Sanitaria 5 "Friuli Occidentale" –  
Email: marco.tomietto@gmail.com

## 182. La gestione infermieristica durante il trasporto del paziente sottoposto ad ECMO

Traini Tiziana<sup>1</sup>, Canala Stefano<sup>1</sup>, Manocchi Katia<sup>2</sup>, Troiani Silvano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno, <sup>2</sup>ASUR - Area Vasta N. 5

**BACKGROUND** Negli ultimi anni lo sviluppo tecnologico nell'assistenza di base a pazienti con gravi problemi cardio-respiratori, tra i quali l'ECMO ("Extra Corporeal Membrane Oxigenation"), ha metodologicamente permesso la sostituzione del lavoro del cuore e dei polmoni quando questi non sono in grado di supportare correttamente le funzioni dell'organismo, aumentando così le possibilità di cura e migliorando il trattamento in fase di degenza ospedaliera. uno strumento che sostituisce il lavoro del cuore e dei polmoni, quando questi non sono in grado di supportare correttamente tutte le funzioni dell'organismo, aumentando le possibilità di cura e migliorando il trattamento in fase di degenza ospedaliera. Sempre più frequenti sono i trasporti di pazienti con ECMO, quale terapia salvavita di emergenza o come strategia di protezione, per prevenire ulteriori barotraumi da ventilazione meccanica.

**OBIETTIVI** Rilevare la qualità delle cure erogate con assistenza infermieristica durante il trasporto inter-ospedaliero ai pazienti in trattamento con ECMO, versus le cure senza assistenza infermieristica durante il trasporto interospedaliero.

**METODI** È stata effettuata una revisione della letteratura tramite la consultazione delle Banche Dati PUBMED, COCHRANE, EBN, Linee guida NGC. Sono state utilizzate le parole chiave "ECMO", "transport", "nursing", "management", senza ausilio di operatori di ricerca, tramite il metodo "searching". La metodologia di ricerca ha avuto inizio con la formulazione del quesito clinico, attraverso l'utilizzo del metodo PICO. P: pazienti di tutte le età con ECMO I: assistenza generale infermieristica al paziente durante trasporto inter-ospedaliero al fine di riscontrare criticità e punti di forza C: trasporto senza assistenza infermieristica durante il trasporto inter-ospedaliero O: qualità della cura Nello studio sono stati inclusi tutti gli studi pubblicati nel decennio 2005-2015, effettuati tramite revisioni sistematiche e linee guida, sviluppati interamente in Europa, in pazienti di tutte le età sottoposti ad ECMO. Sono stati esclusi gli articoli di competenza prettamente medica, pubblicati prima del 2005, e le revisioni pubblicate in America, Asia e Oceania. Sono stati selezionati 9 articoli ed inclusi gli abstract in inglese. Sono stati considerati i trasporti effettuati in ambulanza, in elicottero e in aereo. Sono state individuate diverse criticità che possono comparire in fattori esterni, quali ad esempio: l'ambiente nel quale avviene il trasporto, l'eventuale presenza di perturbazioni il rischio di incidenti.

**RISULTATI** Il trasporto di pazienti con ECMO, sia via terra che via aerea, è sicuro ed affidabile e non comporta complicazioni cliniche alla persona. È stata rilevata una prevalenza di pazienti di sesso maschile. Le distanze percorse variano dai 9 ai 13 mila km. Nel full text di alcuni articoli, emerge che il lavoro svolto dall'Infermiere si basa su una costante monitoraggio dei parametri vitali quali F.C., P.A. Invasiva, P. A. Polmonare, Pressione di picco delle vie respiratorie, SaO<sub>2</sub>, ECMO, ECG e controllo PTT ogni due ore. Il personale infermieristico che effettua il trasporto deve essere stato addestrato al lavoro sul campo, da un tutoraggio formativo. I requisiti minimi per la qualificazione del trasporto sono: due anni di esperienza in terapia intensiva, due anni di cannulazione in ospedale, due anni di esperienza nel trasporto intra-ospedaliero e sotto la supervisione di un infermiere qualificato. La formazione del personale infermieristico (teorico e pratico) è gestito dall'Infermiera Coordinatrice e da un Infermiere esperto e qualificato. Dai dati rilevati negli articoli individuati, è emerso che i pazienti trasportati da un ospedale ad un altro, negli ultimi dieci anni in Europa, sono stati 467 con un'età media che va dai 34 ai 35 anni di età e un tasso di mortalità durante il trasporto dello 0,2% (1 morto).

**LIMITI** Gli ingressi e il trasporto fuori ospedale del paziente critico è un rischio virtuale di eventi clinici avversi, anche in relazione al fallimento delle tecniche di trasporto da rispettare secondo protocollo.

**CONCLUSIONI** Negli ultimi dieci anni il trasporto con ECMO è diventato una valida e, soprattutto, sicura opzione per molti tipi di trattamenti clinici in pazienti con insufficienze cardiache e respiratorie. La funzione dell'infermiere, è importante e fondamentale, non tanto in ambito clinico (competenza prevalentemente medica), ma organizzativo, di responsabilità, di preparazione al trasporto e di costante monitoraggio. Il ruolo più importante lo svolgono i componenti del team di trasporto, professionisti preparati, esperti e competenti, rappresentati da infermieri qualificati in grado di gestire situazioni delicate ed eventuali criticità con la massima professionalità e consapevolezza, in ambienti ristretti e limitati come possono essere i mezzi di trasporto dedicati.

**Autore per la corrispondenza:** Traini Tiziana – Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno –  
Email: t.traini@univpm.it

### 183. Impatto della formazione in ambito narrativo sulla capacità empatica degli studenti del corso di Laurea triennale in Infermieristica

Traini Tiziana<sup>1</sup>, Fidani Marco Giorgio<sup>2</sup>, Manocchi Katia<sup>3</sup>, Troiani Silvano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno, <sup>2</sup>ASST Lecco, <sup>3</sup>ASUR - Area Vasta N. 5

**BACKGROUND** La medicina narrativa ed il nursing narrativo non sono discipline, almeno nel senso in cui lo sono l'anatomia, la biochimica o la patologia generale. Sono da considerarsi piuttosto come un atteggiamento mentale di medici ed infermieri che consente di esplorare il mondo dell'altro, della persona malata. Esplorare il mondo dell'altro richiede una serie di competenze che hanno a che fare con la relazione. E poiché la relazione consiste dello scambio di narrazioni, è opportuno che il professionista sanitario apprenda a leggere le storie dell'altro e a scoprire il mondo di significati, simboli, convinzioni, miti, che fanno di ogni persona una entità unica e irripetibile.

**OBIETTIVI** Valutazione della tendenza empatica degli studenti della UNIVPM iscritti al Corso di Laurea in Infermieristica nell'aa 2015-2016 presso il Polo Didattico di Ascoli Piceno e dell'effetto sulla stessa di un corso di formazione in ambito narrativo della durata di quattro ore.

**METODI** La somministrazione del questionario BEES (Balanced Emotional Empathy Scale) agli studenti dei tre anni del Corso di Laurea in Infermieristica è avvenuta al basale e dopo circa sei mesi. Si tratta di uno strumento composto da 30 items con la peculiarità di essere in grado di analizzare e misurare in modo specifico la condivisione affettiva e di considerare situazioni caratterizzate da emozioni negative e positive. Si può considerare la BEES come uno strumento per evidenziare e rilevare l'intensità delle diverse componenti dell'empatia emozionale e per conoscerne il suo costrutto teorico. Sono stati distribuiti 204 questionari BEES, hanno risposto 139 studenti. Al fine di valutarne il reale effetto, l'evento formativo è stato proposto solamente alla metà degli studenti selezionati attraverso un processo di randomizzazione e conseguente costituzione dei gruppi sperimentale e di controllo. Lo studio ha avuto una durata di circa 8 mesi.

**RISULTATI** Rispetto alla popolazione italiana, il totale degli inclusi ha mostrato livelli di empatia superiori alla media. Nella divisione per sesso, le studentesse hanno totalizzato un valore medio di BEES maggiore rispetto agli studenti ma inferiore a quello italiano; il fenomeno è invertito nel campione maschile. Nei 74 soggetti di età compresa tra i 20 e 24 anni, caratteristica degli studenti universitari di una laurea triennale, i valori della BEES sono maggiori nelle studentesse rispetto agli studenti ed entrambi superano i pari età della popolazione italiana. Alcuni studi sostengono che l'empatia offra ai professionisti della sanità la capacità di migliorare la salute dei pazienti in quanto la qualità della relazione d'aiuto può influenzare il decorso e l'esito della malattia. La formazione in ambito narrativo è in grado di bloccare la perdita di capacità empatica o addirittura di migliorarla: nei gruppi di studenti di tutti e tre gli anni che hanno partecipato al corso di formazione si è infatti osservato un miglioramento statisticamente significativo del bagaglio empatico. Al contrario, la tendenza alla perdita di empatia viene mantenuta negli studenti che invece non hanno preso parte al corso. Gli studenti del I anno che hanno preso parte all'evento formativo prima di affrontare l'esperienza sul campo mostrano di incrementare il livello di capacità empatica mentre gli altri riducono tale capacità, iniziando quella tendenza alla perdita di empatia citata in letteratura ed evidenziata nello studio di prevalenza del presente studio. L'esperienza di contatto con i pazienti mette a dura prova i contenuti emozionali degli individui determinando un calo di capacità empatica nel tempo.

**LIMITI** Il percorso accademico influenza l'empatia marginalmente rispetto all'esercizio del tirocinio e quindi è la difficoltà nella relazione e nella gestione delle emozioni ad essere determinante a spiegare il fenomeno dell'abbandono del corso di laurea.

**CONCLUSIONI** L'empatia è un requisito fondamentale per gli operatori delle professioni d'aiuto, utile a creare una migliore relazione con la persona malata e a tutelare emotivamente il professionista. Nel campione di studenti del corso di laurea in Infermieristica della Università Politecnica delle Marche, Polo di Ascoli Piceno, sono stati osservati al basale valori di tendenza empatica superiori o uguali alla media italiana ma in calo negli anni tra il primo ed il terzo. La formazione in ambito narrativo ha migliorato statisticamente il bagaglio empatico degli studenti. È auspicabile un sistema di "Tutoraggio Emozionale" per aiutare gli studenti ad affrontare le difficoltà relazionale ed emotiva del tirocinio e ridurre gli abbandoni dal Corso di Laurea in Infermieristica. È altresì auspicabile l'introduzione di corsi specifici all'interno del percorso formativo accademico, in particolare in ambito narrativo, per migliorare la capacità empatica degli studenti, futuri professionisti in continuo contatto con le persone malate.

**Autore per la corrispondenza:** Traini Tiziana – Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno –  
Email: t.traini@univpm.it

## 184. Vantaggi nell'utilizzo del CVC medicato vs CVC tradizionale: una revisione della letteratura

Traini Tiziana<sup>1</sup>, Mazzocchi Ludovica<sup>1</sup>, Polloni Enrico<sup>2</sup>, Troiani Silvano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno, <sup>2</sup>ASUR - Area Vasta N. 5

**BACKGROUND** Il catetere venoso centrale (CVC) rappresenta un presidio molto utile nella pratica clinica in quanto garantisce un accesso venoso rapido, stabile ed affidabile da poter utilizzare in regime ospedaliero ed extraospedaliero. Durante l'ultimo decennio i CVC hanno acquisito un uso diffuso soprattutto nella gestione dei pazienti critici delle terapie intensive. "Al giorno d'oggi, 50-65% dei pazienti di tutte le terapie intensive (ICU) ricevono una cateterizzazione venosa centrale" (Nedim Yucel et. al., 2004). La figura dell'infermiere è fondamentale nella cura della persona portatrice di CVC affinché siano garantite la buona riuscita delle terapie, il giusto mantenimento del catetere, la prevenzione delle complicanze correlate e l'educazione del paziente e dei suoi care givers. Tuttavia l'impianto dei cateteri venosi centrali (CVC) determina ai pazienti, tra le varie complicanze, quella del rischio di infezioni locali del sito e sepsi catetere-correlate (CR-BSI-catheter-related bloodstream infection).

**OBIETTIVI** Verificare se esistono vantaggi nell'utilizzo di CVC impregnati con antisettici e antimicrobici rispetto all'uso di CVC standard non rivestiti.

**METODI** Lo studio è stato svolto effettuando una revisione della letteratura specifica. Gli articoli sono stati ricercati nel database PubMed ed attraverso il motore di ricerca Google e Google Scholar. La metodologia di ricerca ha avuto inizio con la formulazione del quesito clinico, attraverso l'utilizzo del metodo PICO. P: pazienti portatori di accessi venosi centrali I: utilizzo di CVC o PICC impregnato di antisettico o antibiotico C: CVC medicato rispetto al CVC standard O: vantaggi nell'utilizzo del CVC medicato Sono state definite le parole chiave: coated CVC, prevention, bloodstream infection, antimicrobial agent, advantages La ricerca degli articoli, inizialmente, è stata ristretta solo a studi effettuati su campioni umani negli ultimi cinque anni. Tramite il motore di ricerca PubMed, sono stati selezionati ventidue articoli dalla banca dati Medline, uno dei quali è stato escluso perché, nonostante la ricerca fosse mirata alla popolazione umana, lo studio era stato condotto su un campione di conigli.

**RISULTATI** Gli studi revisionati hanno dimostrato che i cateteri venosi centrali impregnati con antibiotici e antisettici sono associati a tassi di colonizzazione del catetere e di infezioni del flusso sanguigno, più bassi rispetto ai cateteri standard non impregnati. Solo due studi non hanno mostrato tassi significativi verso una riduzione delle colonizzazioni batteriche e delle CR-BSI. La maggior parte degli studi conteneva una comparazione di efficacia tra i cateteri impregnati con Minociclina Rifampicina e Clorexidina Sulfadiazina d'argento. Complessivamente è emerso che entrambe le sostanze utilizzate per rivestire i cateteri, erano efficaci nel ridurre, in modo statisticamente significativo, i tassi di colonizzazione del catetere e CR-BSI rispetto ai CVC standard non impregnati. Tuttavia sono pervenute delle differenze qualitative tra i CVC M/R e CHSS infatti i primi, essendo rivestiti sia sulla superficie interna che esterna del catetere, risultano essere più efficaci rispetto ai cateteri con Clorexidina Sulfadiazina d'argento per la prevenzione di colonizzazione e infezioni. La decisione di usare cateteri impregnati con Clorexidina/Sinfadiazina d'argento o Minociclina/Rifampicina si dovrebbe basare sulla necessità di aumentare la prevenzione delle CRBSI dopo che siano state attuate procedure standard, quali educazione del personale, uso delle massime protezioni di barriera sterili, e l'antisepsi della cute con Clorexidina al 2%.

**LIMITI** Possibilità di poter accedere solo al contenuto degli articoli in "free full text", che ha significativamente ridotto il numero degli articoli disponibili allo studio e la scarsa quantità di articoli in lingua italiana.

**CONCLUSIONI** Dall'analisi è risultato che i CVC riducono i tassi di colonizzazione del catetere venoso e quindi è stata riscontrata la diminuzione del numero di infezioni ematiche correlate al catetere. A tal proposito la clorexidina e la sulfadiazina d'argento sono consigliate dai Centers for Disease Control (CDC) come raccomandazione 1A per la prevenzione delle infezioni associate a catetere. Un altro dei vantaggi che è pervenuto da questo studio è la riduzione dei costi totali. Infatti è emerso che, sebbene il prezzo dei CVC impregnati sia maggiore rispetto a quello dei CVC standard, i primi riducono o eliminano la spesa, aggiuntiva, prevista per provvedere alle CR-BSI. In particolare queste spese sono destinate al trattamento delle CR-BSI e all'aumento dei giorni di degenza dei pazienti. Considerando, che il PICC può essere inserito da Infermieri formati all'inserimento, al riconoscimento, alla gestione delle eventuali complicanze, alla medicazione e al follow up dei pazienti, è auspicabile che la ricerca, proprio da parte degli Infermieri, avanzi integrando negli studi anche l'utilizzo dei PICC.

**Autore per la corrispondenza:** Traini Tiziana – Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno –  
Email: t.traini@univpm.it

## 185. Andamento del fenomeno della violenza di genere nell'ASUR Area Vasta 5 nel quadriennio 2013-2016

Traini Tiziana<sup>1</sup>, Milotti Michela<sup>1</sup>, Luciani Daniele<sup>2</sup>, Troiani Silvano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno, <sup>2</sup>ASUR - Area Vasta N. 5

**BACKGROUND** Il problema della violenza sulle donne è una questione ancora oggi sottovalutata dalle istituzioni sanitarie, nonostante i moniti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che, nel I Rapporto Mondiale su violenza e Salute, lo descrive come un problema di salute pubblica mondiale. Le donne nel mondo, muoiono di violenza di genere, che sembra mietere lo stesso numero di vittime del cancro. In Italia mancano dei protocolli nazionali che permettano una gestione e documentazione standardizzata e uniforme dell'iter terapeutico, rendendo ancor più difficoltosa la comunicazione con altre sedi ospedaliere ed extra ospedaliere. Tuttavia, anche la politica potrebbe essere costretta a uscire dall'indifferenza, tale da incidere sul possibile sviluppo di una strategia davvero efficace nella tematizzazione del problema.

**OBIETTIVI** Indagare la gestione dei casi di violenza sessuale, nei Pronto Soccorso "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto e "C. & G. Mazzoni" di Ascoli Piceno, e monitorizzare l'andamento di tale fenomeno nei due diversi presidi ospedalieri, nel quadriennio 2013-2016, analizzando: ? il numero degli accessi al P.S. di San Benedetto del Tronto ed al P.S. di Ascoli Piceno nell'ultimo triennio; ? l'andamento in aumento o in diminuzione del fenomeno osservato nei due P.S.; ? il confronto dell'andamento del fenomeno nei Pronto Soccorso dei due P.O. ? la raccolta dei dati di entrambi i P.O., per poi essere trasferiti in un database e successivamente elaborati ed interpretati.

**METODI** È stato realizzato uno studio longitudinale di tipo retrospettivo attraverso l'utilizzo dei dati riportati nella scheda di dimissione, relativi agli accessi classificabili come violenza di genere, nel quadriennio 2013-2016, trattati nei Pronto Soccorso dei Presidi Ospedalieri "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto e "C. & G. Mazzoni" di Ascoli Piceno. Sono state escluse tutte le schede di dimissione non classificabili come violenza di genere.

**RISULTATI** Da quanto emerge dall'indagine effettuata nei due presidi ospedalieri dell'ASUR Area Vasta 5, il fenomeno della violenza di genere nel periodo osservato, è in aumento nei due Presidi Ospedalieri: il Pronto Soccorso "Madonna del Soccorso" sembra registrare una maggiore frequenza di accessi, anche se non di grande rilievo (347), contro i 304 del Pronto Soccorso "C. & G. Mazzoni". Probabilmente, ciò può essere spiegato dal fatto che la città di San Benedetto del Tronto potrebbe risultare più attrattiva per la residenza di cittadini extracomunitari, sia per la posizione geografica, che per la viabilità, per il turismo estivo con i suoi impatti socio-culturali positivi (scambi culturali ed aumento del benessere) e negativi. Tra gli effetti negativi sono compresi: sfruttamento sessuale, turismo sessuale, aumento della criminalità e tensioni sociali. Per quanto riguarda la nazionalità delle vittime, le donne italiane risultano essere le protagoniste principali, con circa il 70-75% dei casi, mentre le straniere occupano circa il 30%. Le categorie di età più esposte ad episodi di violenza, nei rispettivi presidi risultano: tra i 40-49 anni di età per le donne italiane; mentre tra i 30 e i 39 anni di età per le donne straniere. Come rilevano i dati, l'età media della donna vittima straniera, è inferiore rispetto a quella italiana, la quale risulta essere tra i 32/37 anni per la I categoria; mentre tra i 40/47 anni per la II categoria. Nelle maggiore percentuale delle vittime straniere, al primo posto si classificano le donne rumene, seguite dalle nigeriane e dalle albanesi. Nel periodo di osservazione, in entrambi i Pronto Soccorso, il codice verde risulta essere il più assegnato. Numerosi sono stati anche i casi riguardanti il 'codice bianco', assegnato, come da protocollo aziendale, in conseguenza della sintomatologia riferita, rientrando nella casistica di competenza del fast track ginecologico. Rari, sono stati invece, i casi assegnati con il codice rosso.

**LIMITI** È possibile che molte donne, possibili vittime di aggressioni, siano sfuggite alla classificazione dei dati, per il fatto di non essersi recate in P.S. e quindi, di non avere denunciato episodi di violenza.

**CONCLUSIONI** Da quanto emerso dallo studio, si può affermare, rispetto ai primi anni del triennio esaminato (2013-2016), che il fenomeno della violenza di genere, è in aumento e che in base ai dati ottenuti, nel Pronto Soccorso del P.O. "Madonna del Soccorso" di San Benedetto del Tronto, si sono registrati più ingressi riferibili ai casi di violenza, rispetto ai dati ottenuti dal Pronto Soccorso "C. & G. Mazzoni" di Ascoli Piceno. Inoltre emerge che le donne italiane, rispetto a quelle straniere, sono vittime di più aggressioni e che l'età più colpita va dai 30 ai 45 anni. Pertanto è fondamentale dare aiuto e sostegno e creare dei servizi utili a divulgare la cultura della non-violenza, diffondendo in special modo strategie di prevenzione tra i giovani, tali da non permettere che questo fenomeno invada e continui ad aumentare e ad evolversi minacciando il benessere e l'integrità sociale.

**Autore per la corrispondenza:** Traini Tiziana – Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno –  
Email: t.traini@univpm.it

## 186. Utilizzo dei social net skills nella prevenzione dei nuovi disagi giovanili

Troiani Silvano, Pignotti Paolo, Ferracuti Martina, Cosignani Emanuela, Galeone Fabiana, Scaramucci Silvia, Simonetti Anna Laura, Traini Tiziana

*Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno*

**BACKGROUND** Nel territorio di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto, grazie all'iniziativa del Dipartimento di Prevenzione dell'ASUR Marche Area Vasta 5 ed in collaborazione con gli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Univpm, si è diffuso un progetto di promozione della salute rivolto agli adolescenti, utilizzando uno spazio virtuale di incontro rivolto ad adolescenti. Youngle Connection è un luogo aperto e sempre in movimento nel quale poter soddisfare la voglia e il bisogno di comunicare in modo immediato con la comunità virtuale. Utilizza principalmente due strumenti della rete web: Facebook e WhatsApp. Mentre nella pagina Facebook i peer pubblicano quotidianamente post di carattere generale sui comportamenti a rischio, ma anche attualità e curiosità, nella rete WhatsApp i peer, a turno sono disponibili ad ascoltare e chattare con gli adolescenti di età compresa tra i 14 e i 20 anni.

**OBIETTIVI** Far conoscere l'utilizzo dei social network agli studenti delle Scuole secondarie di II grado della Provincia di Ascoli Piceno, mediante l'utilizzo di social net-skills, che rispettino i criteri di efficacia, efficienza e appropriatezza delle informazioni scambiate, garantendone l'anonimato.

**METODI** Originariamente la divulgazione dell'iniziativa è avvenuta tra amici e parenti degli stessi peer e mediante una pagina Facebook. Successivamente il progetto è stato pubblicizzato in 30 Scuole secondarie di II grado di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto. Dall'inizio dell'anno 2017, la pubblicizzazione è stata più capillare. Oltre alle scuole superiori, le locandine sono state esposte anche nelle bacheche delle principali biblioteche comunali della provincia di A. P. e nei centri giovanili e culturali. La pubblicizzazione è stata effettuata, inoltre, tramite allestimento di stand, sia nei locali notturni, frequentati dai giovani, sia durante le manifestazioni ricreativo-culturali dedicate ai giovani. L'attuazione del progetto prevedeva varie fasi, una prima destinata al reclutamento dei peer educator, con l'obiettivo di creare un gruppo eterogeneo, nel quale i componenti, provenienti da diversi contesti universitari, disponessero di competenze di base e diversificate. Il reclutamento, è avvenuto attraverso un colloquio conoscitivo tenuto da due Psicologi dell'Asur Marche Area Vasta 5, uno del quale, funge da referente del progetto. I 12 peer tutor arruolati, provengono dalle diverse Facoltà di Psicologia, Infermieristica, Assistenza Sanitaria, Ingegneria ed Economia.

**RISULTATI** "Youngle Connection" ha riscosso nel suo primo anno e mezzo di attività, un discreto interesse tra la popolazione giovanile del territorio piceno. Questo interesse e la necessità di trovare uno spazio "reale", all'interno del quale approfondire le tematiche emerse nelle chat, ha portato gli operatori del servizio ad istituire, nel Giugno 2016, uno sportello di ascolto psicologico denominato Youngle Space. Nonostante l'interesse da parte dei Dirigenti degli Istituti coinvolti, la percentuale degli istituti che hanno aderito, è stata del 55%. Ad ottobre 2017, sono 940 i fan attestati, che hanno cliccato "mi piace" alla pagina Facebook, in grado di visualizzare i post ed interagire con il gruppo dei peer. Dai dati raccolti, è emerso che in prevalenza nella pagina Facebook gli interessi degli adolescenti, riguardano le esperienze aggreganti, raccontate nei film, nelle canzoni o che semplicemente destano singolari curiosità. Le tematiche meno sviluppate, riguardano invece le esperienze negative e disgreganti quali la violenza, le dipendenze e lo studio, probabilmente per la teorizzazione anticonformista, alla quale "il branco" assegna un significato ed una specifica identità di gruppo. Nei gruppi chat, invece, predominano gli argomenti più intimi e privati, relativi alla concentrazione, al corpo, all'affettività ed ai rapporti sessuali.

**LIMITI** Impossibilità a raggiungere gli adolescenti che non utilizzano i social network facebook e whatsapp. I risultati del progetto sono ancora parziali, non essendo ancora disponibili i dati del follow-up. Studio monocentrico.

**CONCLUSIONI** La collaborazione fra UNIVPM ed ASUR ha permesso di sviluppare sinergie professionali fra i protagonisti della formazione infermieristica, nel valorizzare e sviluppare nuove metodologie educative. Il progetto benché non sia ancora concluso, ha già fornito dati importanti riguardo gli interventi posti in essere. L'utilizzo di strategie comunicative tramite Facebook e WhatsApp, ha permesso un dialogo continuo tra operatori e ragazzi in una prospettiva di scambio, rinforzo e sostegno. Risulta infatti efficace e funzionale lo strumento della chat per raccogliere i disagi degli adolescenti, come anche la possibilità offerta agli stessi, di poter liberamente ed anonimamente uscire dal proprio isolamento sociale. Youngle Connection è un esempio virtuoso di come l'organizzazione sanitaria possa comunicare efficacemente, trasferendo informazioni accessibili, accurate e di qualità nella tematizzazione dei disagi giovanili.

**Autore per la corrispondenza:** Traini Tiziana – Università Politecnica delle Marche - Polo di Ascoli Piceno –  
Email: t.traini@univpm.it



## 187. La dispositiovigilanza (DV) nell'AUSL di Bologna (AUSL BO): analisi delle segnalazioni nell'ottica di un sistema virtuoso

Valastro Valentina, Cotti Fortunata, Di Sanza Giusy, Brigati Giovanni, Castelvetti Cristina, Falcone Patrizia, Ortolani Elisa, Sarchione Nicoletta, Zuccheri Paola, Borsari Morena

*Azienda USL di Bologna*

**BACKGROUND** Per vigilare sulla sicurezza ed efficacia dei Dispositivi Medici (DM) nella fase post-marketing, il Ministero della Salute, con D.L. 46 del 24/02/1997, ha istituito il sistema di DV all'interno del quale il Referente Aziendale per la Vigilanza sui DM (RAV) è responsabile della gestione e trasmissione delle segnalazioni di incidente, da parte degli operatori sanitari, all'Autorità Competente, al fabbricante e alla Regione. Nonostante l'impegno a livello ministeriale e regionale, la DV rappresenta un percorso non ancora completamente consolidato nella pratica ospedaliera.

**OBIETTIVI** Lo scopo di questo lavoro è analizzare le segnalazioni pervenute nel primo semestre 2017 rispetto al pari periodo del 2016 e nel biennio 2015-2016 con focus di attenzione soprattutto sulle categorie CND (Classificazione Nazionale dei Dispositivi Medici) più segnalate e su eventuali criticità.

**METODI** A partire dal 2005 il farmacista RAV ha creato un archivio sia cartaceo sia informatizzato delle segnalazioni ricevute classificandole come incidenti o mancati incidenti ed indicando reparto coinvolto, descrizione dell'evento, oltre a classe, CND, numero di repertorio del DM e fornitore. Al fine di sensibilizzare alla segnalazione, il RAV trasmette il modello di scheda ministeriale agli operatori sanitari fornendo le nozioni indispensabili per una corretta compilazione. Vengono inoltre inviati a tutti i medici, direttori e coordinatori di Unità Operativa interessate, gli avvisi di sicurezza ricevuti dai fabbricanti.

**RISULTATI** Nel primo semestre 2017 sono pervenute 45 segnalazioni rispetto alle 28 segnalazioni del pari periodo del 2016. Nel 2016 sono state registrate 55 segnalazioni di incidente contro le 20 del 2015 con un incremento delle segnalazioni pari al 175%, ben superiore rispetto al trend positivo della Regione Emilia-Romagna (15%). Le categorie CND maggiormente segnalate nel primo semestre 2017 sono state: - A "DM da somministrazione, prelievo e raccolta" con 6 segnalazioni (13%), - B "Dispositivi per emotrasfusione ed amatologia" 6 segnalazioni (13%), - R "Dispositivi per apparato respiratorio e anestesia" 8 segnalazioni (18%) Mentre per la CND H "suture" solo 3 segnalazioni (7%) e solo una segnalazione per elastomeri. Nel biennio 2016-2015 le categorie CND con maggior numero di segnalazioni sono: - A 22 segnalazioni (40%) nel 2016 rispetto a 7 (35 %) del 2015; - H 6 segnalazioni (11%) nel 2016 rispetto a 0 segnalazioni del 2015. È emerso un alto numero di segnalazioni (15) nel 2016 a carico di sistemi elastomerici con flusso di erogazione fisso, il cui malfunzionamento espone il paziente al rischio di sovradosaggio del farmaco. Nel 2015, il Ministero della Salute, aveva diffuso una raccomandazione sull'utilizzo degli elastomeri per sensibilizzare gli operatori sanitari.

**LIMITI** Il sistema di vigilanza sui DM è un sistema complesso e gli attori coinvolti sono molteplici, ognuno con un proprio ruolo e con specifiche responsabilità, e collocati su diversi livelli istituzionali (Operatori Sanitari, Regioni, Aziende e strutture sanitarie, Fabbricanti). Tra le criticità principali vi è l'identificazione del DM non sempre puntuale, l'under reporting, la scarsa sensibilità alla segnalazione, la scarsa conoscenza degli obblighi normativi, la non puntuale ed immediata esecuzione delle azioni prescritte.

**CONCLUSIONI** Una lettura critica delle informazioni di DV consente di attuare azioni correttive a tutela del cittadino e dell'utilizzatore: nel caso sopracitato degli elastomeri, l'AUSL BO, in attesa delle indagini del fabbricante, ha promosso eventi formativi destinati agli operatori coinvolti nella gestione degli elastomeri. Il farmacista RAV costituisce lo snodo di tutte le informazioni inerenti la sicurezza dei DM, grazie al quale è stato possibile migliorare il livello di sensibilità degli operatori sanitari verso la sicurezza d'uso dei DM e, quindi, verso la segnalazione. Ciò ha permesso al sistema regionale di DV di registrare un trend costantemente in crescita.

**Autore per la corrispondenza:** Valastro Valentina – Azienda USL di Bologna – Email: [v.valastro@ausl.bologna.it](mailto:v.valastro@ausl.bologna.it)



## 188. Farmacovigilanza (FV) attiva in ambito pediatrico: collaborazione tra il dipartimento farmaceutico e l'unità ospedaliera (UOC) di pediatria dell'AUSL di Bologna (AUSL BO)

Valastro Valentina<sup>1</sup>, Di Sanza Giusy<sup>1</sup>, Lioi Flavia<sup>2</sup>, Le Pera Luca<sup>1</sup>, Luvieri Mara<sup>1</sup>, Curatolo Arcangela<sup>1</sup>, Tomczyk Barbara<sup>1</sup>, Ghizzi Chiara<sup>1</sup>, Borsari Morena<sup>1</sup>, Lombardi Francesca<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Azienda USL di Bologna, <sup>2</sup>Alma Mater Studiorum Università di Bologna

**BACKGROUND** Per motivi etici, scientifici ed economici le sperimentazioni cliniche condotte in età pediatrica sono limitate e per molti farmaci i dati di sicurezza ed efficacia non sono disponibili. Inoltre, le caratteristiche peculiari fisiologiche dei bambini delle diverse fasce d'età, rendono complicata la gestione terapeutica, infatti, nella pratica clinica è consueto l'utilizzo di farmaci fuori indicazione. Gli errori terapeutici sono tre volte più frequenti nei bambini rispetto alle altre fasce d'età e riguardano soprattutto la prescrizione e somministrazione, poiché basata sulla selezione di farmaci adeguati all'età evolutiva, a dosaggi prescritti sulla base del peso corporeo. Si è così creato un Gruppo di Lavoro (GdL) interdisciplinare (farmacista clinico, pediatra ospedaliero, infermiere professionale), operante in stretta collaborazione, per fornire gli elementi di una pratica clinica in sicurezza. L'AUSL BO, nell'ambito del Programma Regionale FV attiva, ha ottenuto il finanziamento per due progetti aventi come fine la rilevazione delle sospette reazioni avverse da farmaco (ADR) in pediatria: MEAP (Monitoraggio Eventi Avversi nelle Popolazioni fragili) MEREAFAPS (Monitoraggio epidemiologico di reazioni ed eventi avversi da farmaci in Pronto Soccorso).

**OBIETTIVI** Il progetto di collaborazione, avviato in luglio 2017, ha l'intento di: -sensibilizzare i pediatri sulla segnalazione delle ADR, sia nel reparto che in PS, fornendo loro una migliore conoscenza dei profili di sicurezza dei farmaci nonché valutare il rischio di esposizione a potenziali interazioni farmacologiche -rendere l'attività di FV una prassi consolidata, mantenendo viva l'attenzione sull'importanza della segnalazione e sulla consapevolezza che molte ADR sono evitabili migliorando l'appropriatezza prescrittiva.

**METODI** La sinergia professionale dei membri del GdL ha consentito la pianificazione e realizzazione delle seguenti attività: -corso di formazione rivolto agli operatori sanitari dell'UOC pediatrica sul tema dell'allestimento/somministrazione e della responsabilità professionale degli operatori coinvolti nella gestione della terapia -stimolazione/raccolta ADR presso reparto con farmacista borsista -stimolazione/raccolta ADR presso PS pediatrico con farmacista borsista -redazione del prontuario di reparto -creazione di una nuova scheda terapeutica (FUT) -creazione di una mailing-list per l'invio delle informazioni, bollettini e ADR significative.

**RISULTATI** Nell'ambito dell'AUSL BO, dall'avvio del progetto di cooperazione, sono pervenute, tra luglio-novembre 2017, 12 segnalazioni di ADR da farmaco, in età pediatrica, dato in crescita rispetto alle 4 ADR dell'anno 2016. Origine di provenienza: 9 ADR (75%) provengono dal PS pediatrico, 3 (25%) dal reparto, nessuna dai pediatri territoriali. Gravità: 7 ADR sono gravi, 5 non gravi. Fascia d'età: 4 ADR tra i 7 mesi-5 anni, 8 tra i 10-18 anni, nessuna tra i 5-10 anni. ATC: 4 ADR da antibatterici penicillinici (amoxicillina), 2 da antipsicotici (risperidone, niaprazina), 1 da antiepilettici (oxcarbazepina), 1 da antipiretici (paracetamolo), 1 da antidepressivi (fluvoxamina), 1 da enzimi (flaminase), 1 da analgesici (ketoprofene) 1 da fenilefrina. 3 ADR erano conseguenti ad errori terapeutici (sovradosaggio accidentale di paracetamolo, risperidone, niaprazina). Sono pervenute, inoltre, segnalazioni d'incidente da Dispositivi Medici (DM), e d'intossicazione da cannabinoidi e detergenti. È in corso di redazione un prontuario destinato all'uso incrociato dei pediatri ed infermieri basato sulla selezione dei farmaci più utilizzati, prescrivibili e conosciuti (con posologia e dosaggio per peso ed età) e sulle modalità di allestimento/somministrazione. Inoltre, a dicembre 2017 sarà attiva la nuova FUT.

**LIMITI** La limitata disponibilità d'informazioni relative all'utilizzo e alla sicurezza dei farmaci sui bambini ha stimolato una stretta collaborazione tra Pediatria Ospedaliera e Dipartimento Farmaceutico, ottenendo l'incremento delle ADR pediatriche e, di conseguenza, di informazioni utili alla prevenzione dell'errore.

**CONCLUSIONI** La progressiva attenzione alla tematica della sicurezza dei farmaci mostrata dagli operatori sanitari documenta il valore dell'attività realizzata, che grazie alla cooperazione tra i servizi potrà essere continuata e migliorata. Inoltre, la realizzazione di strumenti quali prontuario e FUT permetterà l'azzeramento di errori posologici e d'interpretazione delle prescrizioni farmacologiche. L'analisi degli errori più comuni rilevati in PS permetterà lo sviluppo progetti di miglioramento formativi/informativi estesi sul territorio, destinati anche alle famiglie. Consapevoli che questo sia un primo passo verso lo sviluppo di una gestione integrata che migliori consistentemente l'appropriatezza e riduca gli errori, continueremo nella segnalazione di sospette o reali ADR e incidenti da DM, attività importanti per i bambini ed estremamente formative per le professionalità coinvolte.

**Autore per la corrispondenza:** Valastro Valentina – Azienda USL di Bologna – Email: v.valastro@ausl.bologna.it

## 189. Governo delle medicazioni avanzate nell'AUSL di Bologna (AUSL BO): analisi di appropriatezza ed economicità in ambito ospedaliero e territoriale

Valastro Valentina, Falcone Patrizia, Borsari Morena

Azienda USL di Bologna

**BACKGROUND** La Regione Emilia Romagna ha attribuito alle Aziende Sanitarie obiettivi di contenimento della spesa per alcune categorie di DM di largo consumo tra le quali le Medicazioni Avanzate rappresentano una voce consistente. Nell'ambito dell'AUSL BO, il progetto di governo è stato avviato nel 2014, e condiviso con professionisti del Servizio Farmacia, del Governo Clinico, dei referenti aziendali sulle medicazioni, creando un Gruppo di Lavoro (GdL) multiprofessionale permanente sulle medicazioni.

**OBIETTIVI** L'obiettivo di questo lavoro è stato quello di analizzare e monitorare i costi e i consumi delle e principali medicazioni impiegate nella pratica assistenziale dell'AUSL BO al fine di uniformarne l'utilizzo e garantire una corretta gestione delle risorse economiche nelle strutture ospedaliere e territoriali.

**METODI** L'indagine trasversale in termini di appropriatezza ed economicità è partita da letture critiche dei report del Flusso Informativo sui Dispositivi Medici (DiMe) e dall'analisi dei dati di consumo aziendali. Il GdL ha stabilito le seguenti azioni correttive da intraprendere: - incontri periodici coi Coordinatori delle Unità Operative (U.O.) a maggior impatto di spesa, - produzione trimestrale da parte della Farmacia Centralizzata di una reportistica riepilogativa per i Dipartimenti sia ospedalieri che territoriali e di una reportistica dettagliata per il Dater, ANT, Hospice e ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) - diffusione di documenti di riferimento regionali e aziendali - conduzione dell'Audit e del Reaudit Wound Care - organizzazione di eventi formativi con infermieri e Medici di Medicina Generale - valutazione delle singole medicazioni impiegate e degli scostamenti della pratica clinica corrente rispetto agli standard.

**RISULTATI** L'andamento generale dei consumi delle Medicazioni Avanzate registra un decremento di 191.613€, nell'anno 2016, e di 20.295€ nel primo semestre del 2017. Il decremento principale è a carico del Dipartimento di Cure Primarie è anche il maggiore utilizzatore. Nel semestre 2017, i Dipartimenti che hanno maggiormente ridotto i loro consumi sono: - Direzione Aziendale che comprende gli Hospice (-13.320€) - Dipartimento di Emergenza (-9.509€) - Dipartimento Chirurgico (-7.672€) - Dipartimento Farmaceutico che ricomprende l'ANT (-2.225€) Il dato dell'anno 2016 del flusso DiMe coincide con il dato di consumo interno, indice di una corretta gestione dell'anagrafica con esatta tracciabilità dei codici repertorio ma anche di una puntuale registrazione dei produttori sulla Banca Dati Ministeriale. Le riunioni periodiche con i referenti delle aree a maggior impatto di spesa hanno consentito l'individuazione delle criticità e la loro correzione con interventi mirati.

**LIMITI** Durante l'azione di governo sono emerse importanti criticità in merito all'appropriatezza che, agli alti costi delle medicazioni avanzate utilizzate in modo inappropriato, fa corrispondere uno spreco delle risorse impiegate, nell'ottica di una valutazione di costo-efficacia. Ampi margini di miglioramento sono ancora possibili. Risulta pertanto indispensabile il ruolo della formazione da condurre su tutte le professionalità coinvolte che hanno un ruolo chiave nel percorso assistenziale del paziente con "ferite difficili".

**CONCLUSIONI** L'attività di gestione e governo delle Medicazioni Avanzate ha portato negli anni ad una ottimizzazione dell'appropriatezza d'uso di tali device mostrando l'utilità, anche in questo ambito assistenziale, del Farmacista clinico, come parte integrante di un team multidisciplinare costruito intorno al paziente.

**Autore per la corrispondenza:** Valastro Valentina – Azienda USL di Bologna – Email: v.valastro@ausl.bologna.it

## 190. Gestione dei campioni gratuiti di dispositivi medici (DM) al di fuori del contesto sperimentale presso l'AUSL-Bologna (AUSL BO): bilancio attività triennio 2013-2016

Valastro Valentina, Falcone Patrizia, Disanza Giusy, Borsari Morena

*Azienda USL di Bologna*

**BACKGROUND** Nell'AUSL BO è attivo, dal gennaio 2013, un percorso di gestione dei campioni gratuiti di DM, a seguito del recepimento della raccomandazione regionale della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali (Circ.3/2013 del 19/11/2012), che consente di potenziare l'azione di Dispositivo-Vigilanza e di assicurare la conformità e tracciabilità dei DM ceduti a titolo gratuito dalle ditte fornitrici, a garanzia di efficacia clinica, prestazione e sicurezza.

**OBIETTIVI** L'obiettivo del percorso di gestione dei campioni è quello di definire e monitorare sia le modalità di utilizzo e di conservazione di campioni di DM da parte delle Unità Operative (U.O.), sia le responsabilità e i compiti assegnati alle figure professionali coinvolte, in modo da garantire un comportamento omogeneo ed uniforme in tutto l'ambito aziendale.

**METODI** La Commissione Dispositivi dell'AUSL BO ha predisposto i seguenti strumenti: - Procedura aziendale che garantisca un comportamento uniforme, definendo sia le modalità d'utilizzo da parte delle U.O., che le responsabilità delle figure professionali coinvolte -Modulo "Richiesta utilizzo campionatura DM", a disposizione dei richiedenti -Modulo "Relazione di esito" -Database relativo ai dati del campione, consentendone il monitoraggio e garantendone la rintracciabilità Semestralmente, la Commissione Dispositivi trasmette alla Direzione Sanitaria (DS) un rapporto di rendicontazione delle richieste pervenute. Le U.O., ricevuta l'approvazione all'utilizzo della campionatura, trasmettono alla Commissione la relazione d'esito della prova e copia della bolla di trasporto.

**RISULTATI** Nei tre anni di attività, le richieste di prova campioni valutate sono state: 104 (media 9 richieste/mese) nell'anno 2013 222 (media 19 richieste/mese) nell'anno 2014 183 (media 15 richieste/mese) nell'anno 2015 190 (media 16 richieste/mese) nell'anno 2016 Nel periodo in esame: -Il maggior numero di campioni appartengono alla classe di rischio II, in specifico: IIa nel 2013 (35%) e nel 2014 (41%) IIb nel 2015 (38%) e nel 2016 (36%) Le richieste di Dispositivi di classe III, il cui utilizzo è subordinato all'autorizzazione del DS, sono state: 29 nel 2013 33 nel 2014 27 nel 2015 31 nel 2016 -Le categorie CND (Classificazione Nazionale dei DM) maggiormente rappresentate sono state: M medicazioni P protesi K dispositivi per chirurgia mini-invasiva ed elettrochirurgia H suture -Le U.O. di Chirurgia ed Emergenza-Urgenza sono state quelle a testare il maggior numero di campioni.

**LIMITI** I. Criticità: alcuni ospedali dell'azienda aderiscono in minima parte al percorso Azione correttiva: Rafforzare l'azione di formazione/vigilanza presso i presidi ospedalieri II. Criticità: mancanza di trasmissione della relazione di esito da parte del richiedente Azione correttiva: Sensibilizzazione dei clinici all'invio della relazione di esito Sollecito periodico di tale trasmissione III. Criticità: mancanza di trasmissione del Documento di trasporto alla farmacia da parte del fornitore. Azione correttiva: Interessare i fornitori all'invio del Documento di trasporto alla farmacia, azione fondamentale per la dispositivo vigilanza, in quanto consente la tracciabilità del lotto IV. Criticità: mancanza di trasmissione delle informazioni aggiuntive da inoltrare alla Direzione Sanitaria per i DM di classe III da parte alcuni richiedenti. Azione correttiva: è stato concordato il sollecito mensile di tali informazioni: la mancata trasmissione, al terzo sollecito, comporta l'annullamento della richiesta.

**CONCLUSIONI** L'adozione della procedura di gestione dei campioni gratuiti di DM, del modulo di richiesta e del DataBase hanno permesso di: 1-garantire che i campioni siano conformi ai requisiti richiesti dalla normativa vigente; 2-avere traccia dei campioni e rafforzare le azioni di dispositivo-vigilanza sugli stessi, a garanzia della sicurezza di pazienti ed operatori; 3-raccogliere dati per l'elaborazione di istruttorie, in caso di richiesta di inserimento nel repertorio aziendale dei DM campionati; 4-individuare/valutare nuove tipologie di DM di interesse da parte dei clinici; 5-un'analisi per livelli CND, classe di rischio e ambito clinico, utile per gestire le esigenze di innovazione e cambiamento presso l'azienda.

**Autore per la corrispondenza:** Valastro Valentina – Azienda USL di Bologna – Email: v.valastro@ausl.bologna.it

## 191. PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) del paziente con ferite difficili dell'AUSL-Bologna (AUSL BO): audit e re-audit di appropriatezza gestionale e clinica delle medicazioni avanzate in assistenza domiciliare

Valastro Valentina, Falcone Patrizia, Magnoni Filippo, Rossi Alessandra, Ravaldi Roberta, Zoni Evita, Descovich Carlo, Borsari Morena

*Azienda USL di Bologna*

**BACKGROUND** Nella pratica quotidiana ci troviamo di fronte a casi di difficile gestione della persona affetta da lesioni cutanee croniche spesso costretta a “vagare tra un ambulatorio e l'altro” senza avere risposte coordinate, a cui si aggiunge la difficoltà del sistema sanitario che vede incrementare la spesa per trattamenti a volte inadeguati. Da qui l'idea di strutturare e attivare un PDTA aziendale all'interno del quale sono state condivise raccomandazioni di best-practice fra cui l'utilizzo appropriato delle medicazioni avanzate. Parallelamente, alla Farmacia dell'AUSL BO, sono state richieste letture critiche sui dati di consumo di tali dispositivi, con un focus di attenzione sul rapporto costo-efficacia.

**OBIETTIVI** Nel corso del 2015 e del 2016 è stato sviluppato un Audit Wound-Care al fine di esaminare le attività svolte da operatori dell'assistenza domiciliare, valutare gli scostamenti della pratica clinica rispetto allo standard e migliorare gli esiti di trattamento e il rapporto costo/beneficio.

**METODI** La raccolta dati è stata sviluppata su apposite schede compilate da operatori che eseguivano direttamente le medicazioni, in una settimana a maggio e novembre 2015 (2015-1 e 2015-2) e due settimane a maggio 2016 di attività delle realtà ambulatoriali (3.224 schede) e domiciliari (4.924 schede) coinvolte nell'Audit. I criteri d'appropriatezza d'uso individuati sono: - Valutazione della ferita e disponibilità di informazioni sulle medicazioni precedenti - Modifica immotivata della medicazione - Registrazione score del dolore - Appropriatezza complessiva della medicazione, con un focus anche sul trattamento delle lesioni infette e mediamente/molto essudanti.

**RISULTATI** L'analisi degli indicatori ha messo in luce le seguenti percentuali di appropriatezza: - Disponibilità di informazioni sulle medicazioni fatte: 89% (2016), 90% (2015-2), 79% (2015-1); dato stabile. - Modifica immotivata della medicazione: 7% (2016), 84% (2015-2), 61% (2015-1); dato in netto miglioramento nell'anno 2016; infatti, negli anni precedenti è emerso che le medicazioni, da una volta all'altra, venissero cambiate senza apparente motivo - Valutazione ferita: 9,7% (2016), 9,9% (2015-2), 9,9% (2015-1); dato stabile, ma su cui si è massicciamente lavorato a partire dal 2017 - Appropriatezza medicazione su lesione infetta: 42% (2016), 48% (2015-2), 58% (2015-1); dato in peggioramento. Medicazioni per lesioni infette ancora utilizzare in maniera inappropriata (o errata interpretazione della lesione). - Appropriatezza medicazione su lesione essudante: 60% (2016), 63% (2015-2), 60% (2015-1); dato pressoché stabile. - Registrazione score dolore: 63% (2016), 72% (2015-2), 32% (2015-1); in ambito domiciliare sono state attuate importanti azioni di miglioramento che hanno portato alla registrazione in oltre l'80% dei casi nel 2016. - Appropriatezza complessiva medicazione: 66% (2016), 55% (2015-2), 56% (2015-1). Le valutazioni sono state effettuate da auditor esperti in wound-care i quali hanno espresso un giudizio con le informazioni presenti nelle schede. Dato in miglioramento dove il maggiore incremento di appropriatezza riguarda il trattamento delle lesioni da pressione per l'implementazione del Protocollo Regionale. - Consumi di medicazioni avanzate: l'andamento generale registra un decremento del -11%. È così risultata nell'anno 2016 una spesa di €1.186.545 a fronte di un importo pari a € 1.330.627 per il 2015, con una riduzione della spesa di € 144.082 rispetto all'anno precedente.

**LIMITI** L'Audit ha documentato diversi elementi di inapproprietezza sulla quale un Gruppo di Lavoro (GdL), nell'ambito anche delle azioni di implementazione del PDTA, ha sviluppato una serie di azioni correttive sia sul piano formativo che sulla riorganizzazione dei servizi. Le principali criticità rilevate, per le quali è in corso una massiccia formazione dei professionisti, sono state: Deficit conoscitivi sull'utilizzo appropriato delle medicazioni avanzate; Implementazione della documentazione di valutazione e trattamento delle lesioni; Monitoraggio dell'andamento dei consumi; Implementazione dell'attività di consulenza dell'ambulatorio ferite difficili.

**CONCLUSIONI** L'Audit ha consentito di revisionare l'appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza nonché la sicurezza delle prestazioni erogate. Tale rivalutazione, associata alla produzione/diffusione di documenti di riferimento, alla creazione del PDTA e del GdL permanente sulle ferite difficili, ha consentito di ridurre la variabilità dei comportamenti nell'ottica di un governo clinico basato sul corretto utilizzo delle risorse e dell'appropriatezza. Il monitoraggio delle attività delle professionalità coinvolte nella gestione del paziente con ferite difficili sono state fondamentali per soddisfare le esigenze sempre crescenti ed innovative dettate dalla pratica clinica nelle strutture ospedaliere e territoriali.

**Autore per la corrispondenza:** Valastro Valentina – Azienda USL di Bologna – Email: v.valastro@ausl.bologna.it

## 192. La ricerca clinica al Mauriziano di Torino: ieri, oggi... e domani?

Vitale Arianna<sup>1</sup>, Fruttero Claudia<sup>2</sup>, Marengo Chiara<sup>1</sup>, Gasco Annalisa<sup>1</sup>, Arione Roberto<sup>1</sup>, Silvio Falco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>AO Ordine Mauriziano di Torino, <sup>2</sup>Azienda Ospedaliera S.Croce e Carle di Cuneo

**BACKGROUND** La “ricerca sanitaria risponde al fabbisogno conoscitivo ed operativo del S.S.N. e ai suoi obiettivi di salute, individuato con apposito programma di ricerca previsto dal Piano Sanitario Nazionale” (D.Lgs 502/1992). Il rilancio della ricerca è obiettivo primario del PSN: occorre coordinare e valorizzare iniziative e professionalità già presenti nel SSN in una visione unitaria che consenta di impostare una vera e propria politica di ricerca e sviluppo. Il numero delle sperimentazioni cliniche avviate al Mauriziano nel tempo ha mostrato un incremento significativo delle opportunità di trattamento farmacologico e/o con dispositivi innovativi, generando un miglioramento dello stato di salute dei pazienti ricoverati. Le sperimentazioni cliniche hanno effetti positivi su motivazione e crescita professionale del personale medico e infermieristico ed hanno effetti positivi economici per l'AO (grant industriali/di provenienza privata, per finanziare l'attività svolta) e di risorse (fornitura gratuita di farmaci). Prima del 2015 la funzione di gestione delle sperimentazioni era gestita dalla SC Direzione Sanitaria di Presidio con il supporto di un amministrativo non strutturato, in collaborazione con la SC Farmacia Ospedaliera (circa 30 studi gestiti/anno).

**OBIETTIVI** Migliorare la gestione della ricerca clinica, uniformando le procedure dedicate, in adempimento alla normativa vigente ed in conformità del Regolamento del Comitato Etico, inclusa l'attività inerente le relazioni e le comunicazioni di legge nei confronti degli enti competenti (Comitato Etico, Ministero della Salute, Autorità Regolatorie, Aziende Farmaceutiche, Istituti di ricerca, Clinical Research Organizations). Incrementare il livello qualitativo dell'attività e il numero delle sperimentazioni attive in AO, integrando le funzioni di supporto alle attività inerenti le sperimentazioni cliniche, migliorando disegno, conduzione e analisi della ricerca, garantendo regolamentazione e conduzione efficiente della ricerca, promuovendo la conformità delle stesse ai principi etici che traggono la loro origine dalla Dichiarazione di Helsinki, dalla Buona Pratica Clinica (GCP) e dalle disposizioni normative nazionali e internazionali applicabili in materia di sperimentazioni cliniche.

**METODI** Nel marzo 2015 (Delibera Aziendale 150/2015) è stato costituito l'Ufficio Aziendale Sperimentazioni Cliniche (USA), a gestione multidisciplinare e multiprofessionale (quota parte di ore dell'attività di dirigente Medico di Direzione Sanitaria e di dirigente Farmacista, amministrativo part time), con sede logistica definitiva in un locale collocato strategicamente al primo piano dell'AO, nell'area uffici della Direzione Generale e con afferenza funzionale alla Direzione Sanitaria d'Azienda, definita in atto aziendale.

**RISULTATI** L'USA svolge le seguenti funzioni e attività: • valutazione di fattibilità degli studi clinici e supporto ai Principal Investigator nel disegno dello studio • preparazione, raccolta, presentazione della documentazione centro specifica al Comitato Etico (CEI) • stesura deliberazione autorizzativa • invio comunicazioni al CEI inerenti gli studi • tenuta dei rapporti con il CEI, con il Ministero della Salute e le autorità regolatorie, con le Aziende Farmaceutiche, gli Istituti di ricerca e le Clinical Research Organizations • progettazione e creazione database per raccolta dati e analisi statistica finale • gestione dell'Osservatorio Nazionale per sperimentazioni cliniche no profit • archiviazione di tutta la documentazione relativa agli studi sperimentali clinici • attività di promozione e monitoraggio degli studi no profit Nel 2016 è stata introdotta la scheda costi, per monitorare l'impatto economico della sperimentazione clinica in AO. È in corso l'elaborazione del regolamento di gestione delle sperimentazioni cliniche, con aggiornamento della ripartizione proventi per prevedere un fondo dedicato per l'USA. Dal 2015 al 2017 - il numero delle sperimentazioni cliniche/anno si è incrementato a circa 60 sperimentazioni/anno - si è creato un archivio informatico completo di tutte le sperimentazioni cliniche aziendali - si è realizzato un database aggiornato contenente il monitoraggio dell'andamento di tutti gli studi aziendali, comprese le tempistiche di gestione - l'indicatore sulle tempistiche “invio degli studi al CEI entro 5 giorni dal ricevimento della documentazione completa” è stato rispettato nel 100% dei casi.

**LIMITI** L'USA a oggi non è dotato di personale strutturato dedicato. L'amministrativo (profilo giuridico) è solo part time su borsa di studio (1anno, rinnovabile). Per garantire la continuità dell'esistenza dell'USA si dovrebbe strutturare un fondo dedicato.

**CONCLUSIONI** Oggi l'USA è diventato “il faro” della gestione delle sperimentazioni cliniche avviate in AO. Domani il ruolo dell'USA potrebbe essere quello di farsi promotore dell'avvio di studi clinici promuovendo la partecipazione delle strutture aziendali ad attività di ricerca clinica.

**Autore per la corrispondenza:** Vitale Arianna – AO Ordine Mauriziano di Torino – Email: [direziones@mauriziano.it](mailto:direziones@mauriziano.it)

### 193. Le competenze del coordinatore infermieristico e il suo vissuto: studio fenomenologico

Vitali Daiana<sup>1</sup>, Dignani Lucia<sup>2</sup>, Lucertini Carla<sup>2</sup>, Toccaceli Andrea<sup>2</sup>, Pelusi Gilda<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Università Politecnica delle Marche, <sup>2</sup>AOU Ospedali Riuniti di Ancona

**BACKGROUND** In letteratura, il concetto di competenza appare controverso e oggetto del dibattito riguardante la gestione delle risorse umane, la riforma del sistema formativo e dei servizi per l'impiego. In Italia il riferimento alla competenza in ambito infermieristico, e in particolare al ruolo dell'infermiere coordinatore, è di recente introduzione. La proposta più significativa formulata in termini di competenze è quella delineata nel 2001 dalla Federazione Nazionale dei Collegi Ispasvi. La figura del coordinatore infermieristico riveste un ruolo fondamentale, in conseguenza del fatto che gestisce risorse umane, tecnologiche e materiali e processi lavorativi. Tale ruolo impone di coniugare competenze tecnico specialistiche con quelle organizzativo e gestionali, entrambe richieste dal sistema sanitario. Nonostante la rilevanza dell'argomento, in letteratura non è ancora stato delineato in modo chiaro quale sia la percezione e il vissuto dei coordinatori rispetto alle competenze attualmente richieste dal sistema sanitario.

**OBIETTIVI** Esplorare il vissuto dei coordinatori infermieristici rispetto alle competenze richieste dal sistema sanitario attuale.

**METODI** È stato condotto uno studio di tipo qualitativo fenomenologico descrittivo. Lo studio ha coinvolto i coordinatori infermieristici con diverso grado di esperienza dei dipartimenti dell'area medica, chirurgica, critica e cardiologica di un'azienda ospedaliera marchigiana. I coordinatori dovevano possedere almeno un anno di esperienza lavorativa. Il campionamento si è protratto fino a saturazione dei dati, nel periodo maggio-luglio 2017. I coordinatori infermieristici sono stati arruolati su base volontaria, individuati tramite conoscenza diretta o indiretta dei ricercatori. La raccolta dati è avvenuta attraverso interviste "face to face", condotte da un unico ricercatore, registrate e successivamente ritrascritte. Le interviste, di tipo non strutturato, si sono basate sulla domanda iniziale: "Quale è il suo vissuto rispetto alle competenze richieste dal sistema sanitario attuale?". I dati sono stati analizzati attraverso il metodo Colaizzi.

**RISULTATI** Sono stati arruolati 16 coordinatori. Il campione, prevalentemente di genere femminile (88%), aveva un'età media di 52.3 (DS 4.73) anni, e un'esperienza media di coordinamento di 13.75 (DS 9.9) anni. L'analisi delle interviste ha portato all'identificazione di 37 temi principali, raggruppati poi in 8 categorie: ruolo, formazione, evoluzione, competenze richieste, competenze ritenute improprie, crisi d'identità professionale, sentimenti e criticità. Per quanto riguarda il tema della formazione, parte dei coordinatori arruolati ha ritenuto che l'iter formativo di preparazione al ruolo fosse inadeguato rispetto alle competenze richieste dal sistema sanitario attuale. La ricerca ha evidenziato che le competenze richieste attualmente ai coordinatori sono: competenze specifiche per setting; competenze relazionali, gestione del personale, sviluppo e formazione degli operatori, organizzazione delle attività lavorative, gestione dell'assistenza, gestione delle risorse materiali e tecnologiche, pianificazione e sviluppo di progetti innovativi. Riguardo all'area tematica delle competenze ritenute improprie, il campione ha evidenziato di non ritenere appropriate al proprio ruolo le seguenti competenze: inventario, scarico dei materiali e partecipazione alle scelte di budget. La maggior parte del campione infine, ha manifestato sentimenti negativi, quali rabbia, depressione, inadeguatezza, ma soprattutto frustrazione. La frustrazione è stato il sentimento negativo più paradigmatico e prevalente in quasi tutta la totalità del campione.

**LIMITI** I principali limiti dello studio sono rappresentati dalla conduzione dell'analisi sul campione aggregato anziché disaggregato per setting e dalla tipologia di studio monocentrico.

**CONCLUSIONI** Una piccola parte del campione preso in considerazione ha manifestato un atteggiamento positivo verso l'ampliamento delle competenze richieste per svolgere l'attività di coordinamento. Gran parte del campione ha espresso sentimenti di frustrazione, generata dall'incremento di attività lavorative sempre più amministrative e burocratiche.

**Autore per la corrispondenza:** Dignani Lucia – AOU Ospedali Riuniti di Ancona – Email: [luciadignani@yahoo.it](mailto:luciadignani@yahoo.it)



#### **194. Uno studio pilota per rilevare modifiche della performance fisica in pazienti anziani istituzionalizzati affetti da sarcopenia utilizzando la definizione e l'algoritmo definiti dall'EWGSOP (European Working Group on Sarcopenia in Older People)**

Zanini Milko<sup>1</sup>, Bagnasco Annamaria<sup>1</sup>, Catania Gianluca<sup>1</sup>, Aleo Giuseppe<sup>1</sup>, Ripamonti Stefania<sup>2</sup>, Rocco Gennaro<sup>3</sup>, Stievano Alessandro<sup>3</sup>, Barisone Michela<sup>1</sup>, Dasso Nicoletta<sup>1</sup>, Sasso Loredana<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Università degli Studi di Genova, <sup>2</sup>Libero Professionista, <sup>3</sup>Centro di Eccellenza per la Cultura e la Ricerca Infermieristica

**BACKGROUND** La sarcopenia è una sindrome comune nella popolazione anziana tale da essere considerata una sindrome geriatrica. Nella popolazione anziana nella fascia di età compresa tra i 60 e i 70 anni la prevalenza varia tra il 5-13%; mentre tra gli anziani con età > 80 anni la prevalenza oscilla tra l'11-50%. In un recente studio italiano la prevalenza di sarcopenia variava tra il 2,6% e l'1,2% rispettivamente nelle donne e negli uomini tra i 70 e 74 anni al 31,6% e il 17,4% nelle donne e negli uomini con un'età superiore a 80 anni. La stadiazione della sarcopenia riflette la gravità della sindrome e potrebbe facilitarne la gestione clinica in termini di selezione di trattamenti appropriati e obiettivi di recupero realistici. Il European Working Group on Sarcopenia in Older People (EWGSOP) ha suggerito una stadiazione concettuale distinta tra a) pre-sarcopenia; b) sarcopenia; c) sarcopenia grave.

**OBIETTIVI** Misurare la prevalenza di sarcopenia nei pazienti anziani istituzionalizzati nel centro-nord Italia utilizzando la definizione e l'algoritmo definiti dall'EWGSOP con l'obiettivo di migliorare il recupero della performance fisica dei pazienti affetti da sarcopenia.

**METODI** Studio osservazionale, prospettico, trasversale condotto nel periodo gennaio - dicembre 2017 su un campione non probabilistico di convenienza. Il campione di questo studio pilota comprende 17 pazienti (4 uomini e 13 donne) con un'età >65 anni e residenti presso due strutture residenziali. La presenza di sarcopenia sarà valutata sulla base dei criteri definiti dall'EWGSOP: Performance fisica con la velocità del passo, misurando il tempo di percorrenza in secondi di una distanza di 4 metri (4mWT); forza muscolare e forza prensile della mano in pazienti misurando la velocità del passo >0,8 mt/sec, ed effettuando il HandGrip test sulla media di tre rilevazioni con un dinamometro digitale; misurare la massa muscolare scheletrica (Skeletal Muscle Index – SMI) con bioimpedenziometria.

**RISULTATI** Il test 4mMT è risultato normale in 4 pazienti e scarso in 13 pazienti. Nei 4 pazienti con un 4mMT normale il HandGrip test è risultato scarso. In tutti i pazienti è stata misurata la massa muscolare con la bioimpedenziometria rivelando un livello grave di sarcopenia in tutti i 17 pazienti. Durante l'osservazione, ai pazienti sono stati somministrati supplementi a base di Leucina e vitamina D. Dopo tre mesi gli stessi test sono stati ripetuti con conseguente miglioramento della velocità media del passo (da 0,6 a 0,7), della forza prensile (da 4,65 a 5,05) e della massa muscolare scheletrica (da 9,8 a 10,5).

**LIMITI** Il miglioramento è stato lieve. Per confermare e generalizzare i risultati di questo studio sarà necessario effettuare uno studio RCT su un campione più grande.

**CONCLUSIONI** Il presente studio pilota conferma i risultati di alcuni recenti studi (Bauer et al., 2015), dove attraverso la somministrazione di supplementi a base di Leucina e vitamina D hanno dimostrato di migliorare la massa muscolare e la funzionalità degli arti inferiori in persone anziane affette da sarcopenia. Risultati incoraggianti di questo studio pilota ci consentiranno di sviluppare uno studio RCT per valutare questi parametri su un campione più grande.



**Autore per la corrispondenza:** Bagnasco Annamaria – Università degli Studi di Genova – Email: [annamaria.bagnasco@unige.it](mailto:annamaria.bagnasco@unige.it)