GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

ABSTRACT BOOK

14ª Conferenza Nazionale GIMBE

GARANTIRE il Servizio Santario Nazionale
alle generazioni future

Bologna, 8 marzo 2019

**Evento interamente sostenuto dalla Fondazione GIMBE
senza il supporto di sponsor istituzionali o commerciali**

LABORATORIO ITALIA

ABSTRACT SELEZIONATI

LABORATORIO ITALIA

1. **Il fenomeno delle "borse perdute": gli sprechi nella formazione post-laurea dei medici**
   Cappelli Claudio, Minerva Massimo

2. **Tagli al personale: quali effetti su efficienza ed efficacia del SSN?**
   Carini Elettra, Cacciatore Pasquale, Pilati Sobha, Sabetta Tiziana, Solipaca Alessandro

3. **Linee guida per la pratica clinica: dal quadro attuale al nuovo SNLG**
   Iannone Primiano

4. **Verso una pediatria in rete: la piattaforma AOPI di georeferenziazione dei servizi**
   Petralia Paolo, Scannapieco Gianluigi

1. Il fenomeno delle “borse perdute”: gli sprechi nella formazione post-laurea dei medici

Cappelli Claudio, Minerva Massimo
Associazione Liberi Specializzandi – Fattore 2A, Associazione Liberi Specializzandi – Fattore 2A

BACKGROUND. Il de – finanziamento della formazione specialistica medica e l’imbuto formativo sono le due facce della stessa medaglia che stanno seriamente minacciando la sostenibilità del nostro SSN. Se da un lato abbiamo bisogno di specialisti per l’imminente ricambio generazionale, dall’altro lato finanziamo meno borse di formazione rispetto ai medici che si abilitano ogni anno, venendo quindi ad alimentare il così detto imbuto formativo. Inoltre il numero di candidati ai concorsi di specializzazione cresce inaspettatamente ogni anno in maniera non proporzionale alla differenza del saldo formativo tra borse (SSM + MMG) e abilitati. Questo significa che ci sono altri fattori che concorrono ad aumentare cosi vertiginosamente il contingente di candidati e quindi di esclusi dalla formazione: le borse perse. Quel fenomeno che da un lato alimenta l’imbuto formativo, dall’altro riduce forza lavoro, a fronte delle già esigue risorse che vengono messe a bilancio ogni anno e che non vengono recuperate e quindi perdute, de finanziando ulteriormente la formazione specialistica medica in un continuo e apparentemente inarrestabile circolo vizioso.

OBIETTIVI. Obiettivo dello studio è stato quantificare il fenomeno delle “borse perse” e studiare i due meccanismi che ne sono alla base: la mancata immatricolazione e la fuga. Tutto questo al fine di evitare sprechi di risorse e recuperare una parte del finanziamento per nuovi contratti.

METODI. Abbiamo integrato i database degli iscritti ai concorsi di specializzazione medica del 2016, 2017 e 2018 e dei corsisti di medicina generale del triennio di formazione 2017/2020. Abbiamo potuto studiare quanti, già iscritti alle specializzazioni in quanto vincitori assegnatari di borse di studio, ritentavano l’anno successivo il concorso di specializzazione o di medicina generale. Laddove il candidato veniva nuovamente assegnato ad una nuova borsa veniva conteggiata una fuga dall’anno precedente. Nel concorso SSM 2017 e MMG 2017, con l’accavallamento delle graduatorie è stato invece possibile conteggiare le mancate immatricolazioni per contestuale assegnazione di borsa SSM e successiva iscrizione in medicina generale.

RISULTATI. A seguito del concorso di specializzazione 2018 il numero complessivo di borse perse è di 917 per le specializzazioni mediche, distinte in 400 SSM 2016 e 517 SSM 2017, a cui si aggiungono ulteriori 85 borse perse del triennio di formazione in medicina generale 2017/2020 per passaggio ad SSM 2018. Il dato preoccupante che si è potuto registrare è stato la perdita di borse e di tentativi di fuga da parte degli iscritti alle scuole di specializzazione del 2016 (secondo anno di specializzazione). In assenza di dati antecedenti il 2016, il numero complessivo è sicuramente sottostimato.

LIMITI. Il limite principale dello studio sta nella difficoltà nell’individuare una borsa persa come “fuga” o “mancata immatricolazione”. Laddove il contingente complessivo di borse perse si approssima al 100% è difficile invece predire il comportamento di un iscritto in graduatoria assegnato ad una scuola, ovvero se intende o meno immatricolarsi e perfezionare l’iscrizione ed è quindi difficile qualificare quella borsa come fuga o mancata immatricolazione. Dirimente sarebbe avere il numero degli iscritti per scuola e per tipologia nelle varie università e fare un calcolo a ritroso, dal numero atteso al numero reale. Dati ulteriori provenienti dall’anagrafica Fnomceo e dai corsisti di medicina generale dei trienni di formazione 2015/2018 e 2016/2019, aiuterebbero ulteriormente a far luce sul fenomeno che riguarda anche la medicina generale.

CONCLUSIONI. Il merito del concorso nazionale, a differenza del vecchio concorso locale, sta nell’aver portato maggiore meritocrazia e meno clientelismo nelle selezioni per l’accesso alle scuole di specializzazione. Il suo limite principale è che dal 2014 non si è cercato di studiare gli effetti di questa apertura di sistema e non si è cercato di predire i fenomeni di opportunismo che vengono portati alla luce da questo lavoro. Ritentare il concorso, prendendo nel frattempo la prima borsa di formazione che capita, sembrerebbe un fenomeno inarrestabile che minaccia ulteriormente la sostenibilità del SSN nel suo momento di maggior fragilità, quello del ricambio generazionale. Emerge inoltre la necessità di rivedere la formazione specialistica medica come attualmente concepita, rigida nella sua impalcatura e nei suoi schemi, che non rende conto delle legittime aspirazioni individuali e delle esperienze acquisite, per cui solamente canalizzandosi in un percorso e completandolo si possono certificare le proprie competenze. Forse è arrivato veramente il momento di aprire ad un sistema più flessibile ma non meno qualitativo, anche alla luce del recente scandalo sugli accreditamenti.

Autore per la corrispondenza: Cappelli Claudio – Distretto di Ascoli Piceno – Email: cappelliclaudio85@gmail.com

2. Tagli al personale: quali effetti su efficienza ed efficacia del SSN?

Carini Elettra, Cacciatore Pasquale, Pilati Sobha, Sabetta Tiziana, Solipaca Alessandro

Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

BACKGROUND. In una qualsiasi organizzazione produttiva un elemento importante di valutazione della performance è rappresentato dall'analisi del peso che il personale ha sui costi della produzione. Tale aspetto è quanto mai importante quando si tratta della produzione di servizi sanitari, per la quale le risorse umane giocano uno dei ruoli cardine e il trade-off tra efficienza ed efficacia delle prestazioni è molto rilevante.

OBIETTIVI. Il lavoro analizza l'evoluzione temporale del peso dei costi del personale sul totale della spesa sanitaria, la riduzione del deficit e gli outcome del sistema, con l'obiettivo di verificare se il processo di rientro dal debito abbia avuto degli effetti negativi sull'efficacia del sistema.

METODI. I dati di spesa per personale dipendente del SSN derivanti dal Ministero della Salute sono stati analizzati mediante l'indicatore percentuale di spesa per personale dipendente SSN sul totale della spesa sanitaria. La dinamica delle risorse di personale è documentata attraverso il tasso di compensazione del turnover. Il disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite viene invece calcolato come valore di costi-ricavi sulla popolazione media residente. Valori elevati indicano necessità di intervenire con la predisposizione di piani di rientro per contenere i costi. Per valutare l'efficienza si è scelto di utilizzare il risultato di esercizio, assumendo che il finanziamento rappresenti la frontiera di efficienza proposta dal finanziatore. L'efficacia come dimensione della performance è riferita ai cambiamenti nello stato di salute strettamente attribuibile all'attività del sistema sanitario (Hurst J, Jee-Hughes M. 2001). Gli indicatori utilizzati sono: speranza di vita alla nascita, tasso di mortalità infantile, tassi di copertura vaccinale antinfluenzale, tasso di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per broncopneumopatia cronico ostruttiva e per insufficienza cardiaca senza procedure cardiache, tasso di dimissioni ospedaliere potenzialmente evitabili per complicanze a lungo termine del diabete mellito, speranza di vita senza limitazioni a 65 anni, tasso standardizzato di mortalità evitabile per servizi sanitari (0-74 anni).

RISULTATI. La dinamica della spesa sanitaria, a livello nazionale, nel corso degli ultimi 15 anni, è stata caratterizzata da un evidente rallentamento della crescita osservata dopo la prima metà degli anni '90. La contrazione della spesa si è accentuata con l'introduzione dei Piani di rientro, attivati per arginare il crescente aumento del deficit delle Regioni. Tra le voci di bilancio maggiormente colpite dagli interventi la spesa per personale dipendente del SSN, scesa nel 2016 al 30,6% del totale della spesa sanitaria pubblica. Tale riduzione è stata ottenuta attraverso una forte contrazione del numero del personale dipendente, testimoniato dal turnover osservato negli ultimi anni che in alcune Regioni è arrivato al 25%, cioè su 100 pensionati ci sono state solo 25 nuove assunzioni. Le politiche di riduzione della spesa hanno avuto un effetto positivo sul disavanzo sanitario pubblico, che nel corso dell'ultimo decennio ha fatto registrare un notevole calo: basti pensare che nel 2006 corrispondeva a 104 euro pro capite, nel 2016 ammonta a 1.013 miliardi di euro, 17 euro pro capite. Le spinte verso l'efficienza della spesa spesso hanno conseguenze poco desiderabili sugli outcome. Dal confronto tra i livelli di efficienza e di efficacia registrati nelle regioni italiane emerge come non sempre il recupero di efficienza si accompagni ad un livello di efficacia adeguato. Per contro una buona performance in termini di esito spesso comporta una difficoltà a conseguire il pareggio di bilancio, anche perché l'allocazione del finanziamento alle Regioni non segue un criterio legato al bisogno sanitario.

LIMITI. —

CONCLUSIONI. L'indicatore di disavanzo/avanzo sanitario pubblico pro capite rappresenta un'approssimazione della performance economico-finanziaria del SSR. I risultati del 2016, che attestano una riduzione del disavanzo, possono considerarsi frutto di responsabilizzazione delle singole realtà regionali, dell'efficientamento delle aziende e delle misure di contenimento della spesa, tra le quali si inserisce il blocco del turnover. La capacità da parte delle amministrazioni regionali di mantenere i bilanci in pareggio è indice di efficienza ed in tal senso, a livello nazionale si stanno facendo dei miglioramenti. Ad ogni modo, il raggiungimento di buoni livelli di efficienza non automaticamente si correla con parimenti efficacia, motivo per il quale il controllo della spesa deve tenere opportuna considerazione delle conseguenze che comporta sulla qualità del sistema.

Autore per la corrispondenza: Carini Elettra – Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli –
Email: elettra.carini1@gmail.com

3. Linee guida per la pratica clinica: dal quadro attuale al nuovo SNLG

Iannone Primiano
Istituto Superiore di Sanità

BACKGROUND. La legge 24/2017 richiede che linee guida (LG) di elevata qualità metodologica siano rese disponibili a professionisti attraverso il Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG) gestito dall'Istituto Superiore di Sanità, che ha il compito di verificare la rilevanza e validità delle raccomandazioni ivi riportate. Vi possono essere riportate Linee Guida le società scientifiche e associazioni tecnico scientifiche iscritte in apposito elenco del Ministero, nonché di enti ed istituzioni pubbliche e private. Alle raccomandazioni riportate in SNLG la legge 24/2017 riconosce un valore medico-legale rilevante nell'ambito della responsabilità professionale. Il comitato strategico del SNLG insituito attrverso apposito decreto ministeriale sovraintende le attività del SNLG e ne determina le priorità. Il CNEC svolge in questi ambiti un ruolo centrale.

OBIETTIVI. Costituire il nuovo SNLG alla luce delle disposizioni di legge, con particolare riguardo alla rilevanza e validità delle raccomandazioni riportatevi. Definire una metodologia aggiornata e rigorosa di produzione di LG. Ricognizione delle LG prodotte dalle società scientifiche e delle LG riportate nel vecchio SNLG. Definire un meccanismo trasparente e rigoroso di valutazione delle LG proposte dai soggetti abilitati e di ricognizione delle LG internazionali. Supportare il Comitato Strategico nelle sue attività. Permettere una regolare ed efficace interazione con gli stakeholders interessati alle LG. Promuovere la diffusione delle LG.

METODI. Valutazione LG proposte per SNLG. Metodo AGREE II con somministrazione della LG a referees indipendenti. Produzione LG ISS per SNLG. Metodo GRADE con estensioni Evidence-to Decision framework; definizione del gruppo di lavoro e modus operandi del panel (modello NICE modificato, con supporto del GRADE working group international); definizione della policy di gestione del conflitto di interessi: adattamento del G-I-N policy. Selezione LG internazionali: valutazione delle LG di alta qualità metodologica sulla base di 1) gestione conflitto interessi; 2) metodologia 3) composizione del panel 4) revisione esterna. Criteri di prioritizzazione SNLG per Comitato Strategico. Revisione sistematica modelli e adozione con adattamento del modello australiano NHMRC. Report epidemiologico GBD project WHO; Metodo DELPHI.

RISULTATI. 1) produzione manuale metodologico ISS per LG. È stato prodotto il manuale metodologico ISS che incorpora la metodologia GRADE con le sue più recenti estensioni (*evidence-to-decision frameworks*), l'adozione di una chiara distinzione di ruoli fra stakeholders e panelists, la policy per la gestione del conflitto di interessi, e i criteri generali che informano lo scoping delle LG e la scelta delle tematiche. Il manuale è consigliato anche ai produttori di LG esterni a ISS. Corsi di formazione specifici attivati presso ISS per produttori e stakeholders. Produzione LG autismo su mandato legislativo 2) definizione procedure di submission LG e relativo manuale operativo. La proposta viene valutata per tipologia, rilevanza, non ridondanza e attinenza con i criteri prioritizzazione enunciati dal Comitato Strategico e se giudicata ammissibile viene inserita nella lista delle LG in fase di produzione o valutazione; LG prodotte valutate per qualità del reporting e per qualità metodologica con i relativi strumenti AGREE. Possibilità di feedback e modifiche da parte dei produttori. 3) costruzione piattaforma SNLG per produttori LG e stakeholders, in progress, inclusa estensione per comitato strategico 4) definizione workflow meccanismi di prioritizzazione per Comitato Strategico; costruzione di modello decisionale multidimensionale nel rispetto del DM e processo DELPHI per raggiungimento consenso su priorità 5) ricognizione LG nazionali esistenti e costruzione database LG SNLG e internazionali : solo 17% società scientifiche inserite in elenco ministeriale produttrici di LG nell'ultimo triennio; inserimento di circa 180 LG internazionali selezionate per criteri espliciti qualità e rilevanza con copertura delle aree prioritarie definite dal comitato strategico per il 2019 e 6) definizione operativa buone pratiche clinico assistenziali e inserimento prodotti selezionati: documenti Ministero Salute; sintesi LG NICE in italiano (GIMBE); schede Ghoosing wisely Italia; documenti di panel multidisciplinari regionali; documenti AGENAS

LIMITI. 1) Scarsa propensione delle società scientifiche italiane alla produzione di LG 2) Implicazioni medico legali del SNLG eccessive rispetto alle finalità scientifiche e rischio di uso opportunistico dello strumento 3) Scarsa attenzione alle necessità di prioritizzazione e alla possibilità di adozione/adattamento di LG esistenti in Percorsi di cura invece che di rifacimento di LG e rischio di irrilevanza – sovrapposizione delle tematiche proposte 4) Scarsa consapevolezza del Trade-off fra stakeholders istituzionali e comunità scientifica rispetto alla applicabilità / sostenibilità delle raccomandazioni veicolate in SNLG 5) Difficoltà di consultazione sito SNLG 6) Imprevedibilità dell'uptake delle raccomandazioni senza adeguato supporto istituzionale e della comunità scientifica 7) Coinvolgimento dei cittadini e pazienti da migliorare.

CONCLUSIONI. L'SNLG vuole costituirsi come uno strumento essenziale a disposizione del Servizio Sanitario Nazionale per la definizione delle migliori raccomandazioni di comportamento clinico a livello individuale e di organizzazione sanitarie nel loro complesso. La rassegna di LG e altri documenti evidence o consensus based mira ad offrire una sintesi rilevante, valida e di alta qualità per i professionisti sanitari, i policymakers e i cittadini-pazienti delle migliori prove a disposizione e del bilancio pià ragionevole dei vantaggi e dei danni di opzioni alternative, in grado di informare nel modo più efficace lo sviluppo e messa a punto di adeguati percorsi clinico assistenziali.

Autore per la corrispondenza: Iannone Primiano – Istituto Superiore di Sanità – Email: primiano.iannone@iss.it

4. Verso una pediatria in rete: la piattaforma AOPI di georeferenziazione dei servizi

Petralia Paolo, **Scannapieco Gianluigi**
AOPI – Associazione Ospedali Pediatrici Italiani

BACKGROUND. Il DM 70/2015 cita le reti pediatriche, ma non definisce criteri, requisiti e modelli organizzativi. Il 21 dicembre 2017 è stato siglato l'Accordo Stato-Regioni "Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali in area pediatrico-adolescenziale" integrato dal documento "Rete dell'emergenza-urgenza pediatrica". Anche se tale accordo fa ampio riferimento alle reti pediatriche, attualmente manca uno strumento nazionale che permetta di mappare nelle varie Regioni i "nodi" della rete da connettere, ovvero le strutture e i servizi pediatrici ospedalieri e territoriali. Tale mancanza comporta una estrema eterogeneità dell'offerta, la duplicazione di servizi con conseguente spreco di preziose risorse oltre a una riduzione della qualità dell'assistenza sanitaria che determina un peggioramento degli esiti di salute.

OBIETTIVI. Realizzare la mappatura nelle Regioni AOPI dei servizi pediatrici presenti in aziende sanitarie pubbliche e IRCCS pubblici e privati. Sviluppare una piattaforma per la geocalizzazione di tali strutture e la qualificazione dei servizi offerti.

METODI. Il progetto ha previsto la realizzazione di una piattaforma web based per la mappatura e geolocalizzazione di strutture e servizi pediatrici. La piattaforma è stata sviluppata con tecnologie open source (Linux, Apache, PHP) su database Microsoft SQL Server e pubblicata su macchine virtuali in cloud Microsoft Azure. La piattaforma è stata collegata alle API di Google Maps per la geolocalizzazione delle strutture e dei servizi. Per ciascuna regione in cui è presente una struttura associata ad AOPI, sono state mappate aziende sanitarie locali; aziende ospedaliero-universitarie e policlinici; ospedali dipendenti da aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere aziende ospedaliero-universitarie, IRCCS; ospedali classificati o assimilati L. 132/68; istituti qualificati presidio della USL.

RISULTATI. La piattaforma include oggi 472 strutture di ricovero per un totale di 2.148 servizi pediatrici. Per ciascuna struttura di ricovero è stato predisposto il modulo per la mappatura della presenza di: pronto soccorso pediatrico; STEN; STAM; punto nascita; sede di Scuola di Specialità; rapporti con l'università. Per ciascuna struttura di ricovero è stato inoltre predisposto il modulo per la mappatura delle discipline/specialità cliniche previste dal DM 70/2015: cardiochirurgia infantile; chirurgia pediatrica; genetica medica; neuropsichiatria infantile; pediatria; onco-ematologia pediatrica; terapia intensiva neonatale; neurochirurgia pediatrica; nefrologia pediatrica; urologia pediatrica. Per le Aziende sanitarie locali è stato predisposto il modulo per l'inserimento di Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), Pediatri di libera scelta (PLS). Per ciascun Dipartimento/Unità Operativa/Servizio è stato predisposto il modulo per la mappatura di: pronto soccorso pediatrico; OBI pediatrica; ricovero ordinario; ricovero diurno; attività ambulatoriali.

LIMITI. Il data input ha finora riguardato esclusivamente la mappatura di strutture e servizi pediatrici: sarà necessario individuare una modalità efficace di compilazione e aggiornamento dei campi individuati, affidando ai centri AOPI di riferimento per ogni regione il compito di provvedere all'inserimento dei dati e coinvolgendo le singole Regioni.

CONCLUSIONI. Grazie alle funzionalità della piattaforma sarà possibile: classificare le strutture di ricovero secondo il DM 70/2015 (base, I livello, II livello); inserire eventuali strutture di ricovero private accreditate con relativi servizi pediatrici; qualificare per ciascuna struttura di ricovero la presenza/assenza di pronto soccorso pediatrico, trasporto neonatale (STEN), trasporto materno assistito (STAM), punto nascita, sede di Scuola di Specializzazione, rapporto con l'Università; discipline/specialità cliniche previste dal DM 70/2015; inserire per le Aziende sanitarie locali AFT, UCCP, PLS; inserire nuovi Dipartimenti, UU.OO. e Servizi; indicare tipologia di servizi offerti da Dipartimenti, UU.OO. e Servizi: Pronto soccorso pediatrico, OBI pediatrica, Ricovero ordinario, Ricovero diurno, Attività ambulatoriali.

Autore per la corrispondenza: Petralia Paolo – AOPI – Associazione degli Ospedali Pediatrici Italiani – Email: paolopetralia@gaslini.org

ABSTRACT

ABSTRACT

5. **Bisogno di salute e povertà sanitaria: l'esperienza di Banco Farmaceutico**
   Accolla Gisella, Cella Silvano, Ciantia Filippo, Pesenti Luca, Rovati Giancarlo, Pontello Mirella

6. **Indagine conoscitiva sulla percezione del ruolo, delle competenze e della responsabilità dell'infermiere addetto alle attività anestesiologiche**
   Africani Chiara, Tufoni Simona, Adrario Erica

7. **Studio descrittivo della popolazione anziana di Piossasco: Rilevazione multidisciplinare della fragilità e proposte di intervento**
   Albi Vittoria, Pasquale Giuliano, Cosola Alda

8. **PROF Progetto di Rete in Oncologia tra le Farmacie di comunità della Romagna e IRST per il miglioramento della Riconciliazione farmacologica**
   Altini Mattia, Martinelli Giovanni, Minguzzi Martina, Passardi Alessandro, Vespignani Roberto, Prati Sabrina, Farfaneti Ghetti Patrizia, Taglioni Gabriele, Montalto Claudio, Sapigni Ester

9. **Valutazione dell'efficacia dell'utilizzo dello strumento IESA (Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti) in psichiatria attraverso pre-post evaluation dei ricoveri per acuzie sintomatologiche**
   Aluffi Gianfranco, Zuffranieri Marco, Gribaudo Catia, Botton Elisa, Iob Gulia, Zanalda Enrico

10. **Gestione dei pazienti nell'Advanced Medical Post internistico italiano dopo il tifone Hayan nelle Filippine: risultati di uno studio osservazionale storico**
    Andreoli Elisa, Caroli Mario, Bartolucci Andrea, Martino Grazia Anna Rita, Michini Patrizia

11. **Piano di Assistenza Infermieristica nella privazione della libertà**
    Andreoni Annachiara, Caneda D'ambrosi Serafin, Giacomelli Silvia

12. **L'accesso intraosseo in emergenza: uno studio osservazionale sull'uso del device tra gli infermieri del DEA dell'Area Vasta 5**
    Andreucci Marida, Traini Tiziana, Caputo Elena

13. **Monitoraggio e nursing di alta quota: uno studio osservazionale sull'attività di elisoccorso**
    Andreucci Marida, Traini Tiziana, Esposito Pierpaolo

14. **Il nursing nel paziente politraumatizzato in pronto soccorso**
    Andreucci Marida, Traini Tiziana, Marozzi Fabrizio

15. **Gestione infermieristica delle emergenze territoriali della Centrale Operativa 118 "Piceno Soccorso": uno studio osservazionale**
    Andreucci Marida, Traini Tiziana, Mercolini Giorgia

16. **Community Care e Sanità di Iniziativa: L'Infermiere di Famiglia e di Comunità**
    Anglani Angelo, Pizzicannella Cristiana, Persichilli Riccardo, Sandroni Cinzia

17. **Il ruolo della Medicina di laboratorio nei PDTA "del dipartimento di urgenza emergenza"**
Antonelli Fabio, Fiorini Marcello, Canapicchi Alina, Fragomeni Francesca, Guglielmi Simonetta, Quintavalle Cristina, Masi Pietro, Paoletti Ugo, Bernardini Angela, Pastorella Rita

18. **Utilizzo di studi di prevalenza periodici delle infezioni nosocomiali e dell'uso degli antibiotici per orientare gli interventi di miglioramento e incrementare sicurezza e qualità dell'assistenza**
Antonioli Paola, Bolognesi Niccolò, Bernardini Daniele, Carioli Umberto, Marini Gialuca, Rauzino Andrea, Florescu Caterina, Sandri Federica, Martellucci Cecilia, Gabutti Giovanni

19. **L'efficacia dello sviluppo del pensiero critico nella pratica infermieristica: una revisione integrativa della letteratura**
Aurelio Veneranda

20. **L'implementazione delle buone pratiche per la prevenzione delle Infezioni correlate all'assistenza: risultati dell'Audit Clinico**
Aurelio Veneranda, Bombini Anna, D'imperio Daniela, Fontana Francesca

21. **Il burn-out infermieristico nell'assistenza psichiatrica**
Bachetti Tonino, Gionni Agnese, De Marcis Jlenia, Andreucci Marida, Traini Tiziana

22. **Orientamenti nella governance dei lavoratori anziani per l'integrazione delle esigenze della società e la sostenibilità del servizio sanitario nazionale**
Bagnato Angela, Lentisco Fiorisa

23. **La terapia a pressione negativa (NPWT) nelle lesioni cutanee: uno studio prospettico**
Balducci Chiara, Cotichelli Giordano, Rossolini Donatella

24. **L'approccio di Population Health Management: l'esperienza dell'Emilia-Romagna**
Barbieri Luca, Cacciapuoti Immacolata, Donatini Andrea, Botturi Davide, Petropulacos Kyriakoula

25. **Progetto di Audit Clinico Assistenziale – Corretto campionamento ematico per emocoltura**
Bedini Alessia, Fioretti Marco

26. **Il ruolo del coordinatore nella gestione della motivazione al cambiamento organizzativo**
Bedini Alessia, Fioretti Marco

27. **Progettazione di un programma di formazione per infermieri-tutor e di un percorso d'inserimento per infermieri neoassegnati all'U.O. Clinica di Anestesia e Rianimazione generale, respiratoria e del trauma maggiore dell'A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona**
Bedini Alessia, Fioretti Marco

28. **Promozione alla salute: partire dai giovani professionisti Infermieri**
Bedini Alessia, Fioretti Marco, Marchetti Mara, Mercuri Maurizio

29. **Epatite C: riconoscimento precoce per garantire una buona sostenibilità assistenziale sanitaria**
Bellin Annachiara, Scotton Piergiorgio, Benvenuti Stefano, Franchin Giulia, Bolcato Jenny, Pirolo Roberta, Tessarin Michele, Chinellato Alessandro

30. **Superare le barriere tra gli strumenti di management sanitario: un approccio integrato tra PDTA, lean management e gestione del rischio clinico**
Beltramello Claudio, Pezzato Franco, Jacopo Guercini

31. **Assertività e Resilienza, la multidimensionalità del tema: progetto di valorizzazione del capitale umano nel Corso di Laurea in Infermieristica, UNIVPM – Polo di Pesaro**
Benedetti Tiziana, Cesaretti Matteo, Nicoletti Stefania, Riminucci Franca, Silvestrini Antonella, Gennaro Silvio, Fratini Veronica

32. **Il programma dietetico nutrizionale nei pazienti trapiantati**
Benifei Federica, Pacini Alessandro, Giallongo Sebastiano, Marianelli Rita Barbara, Niccoli Barbara, Tanini Marco

33. **L'Evidence Based Practice come denominatore comune dell' Evidence Based Medicine, Nursing e Physiotherapy nel Progetto di Formazione Aziendale "Triage Riabilitativo e Appropriatezza in Ospedale" nel paziente con Sindrome Ipocinetica**
Biscontini Devid, Saiu Maria Pia, Ontari Gianluca, Mancinelli Luciano, Pettinacci Luciano, Mencacci Marco, Carnio Gabriella, Adamantia Vafiadaki, Rosi Piero, Pacchiarini Diamante

34. **Lean Sei Sigma in area oculistica: analisi e riprogettazione del patient flow per la minimizzazione del lead time**
Bonadies Aldo, Nicoletti Manlio, Gasparrini Elisa, Palladino Teresa, Petrini Anna Maria, Novaco Francesca, Gibertoni Chiara

35. **La percezione infermieristica dell'autolesionismo in un paziente psichiatrico**
Boncristiano Federica

36. **L'integrazione dei laboratori di emodinamica interaziendali: una innovazione organizzativa per migliorare la sostenibilità del SSN**
Boraso Flavio, Tomassini Francesco, Ferrari Fabio, Cerrato Enrico, Alesina Marta, Minniti Davide, Varbella Ferdinando

37. **L'utilizzo di "CARMInA" per la progettualità aziendale in materia di Rischio Clinico**
Bottaro Luigi Carlo, Cavagnaro Paolo, Depetro Giovanna, Caltabellotta Marta, Di Vito Guido, De Martini Maria, Gagliano Carmelo, Calcagno Roberto, Ugonia Andrea

38. **Notifiche di tubercolosi nei distretti 1 e 2 AULSS 9 scaligera anni 2016-2018: caratteristiche della popolazione e fattori di rischio**
Brioni Alessandro, Spedicato Daniele, Postiglione Chiara, Salandini Giulia, Mariotto Olga, Cicco Pierdomenico, Pelacchi Nicola, Finardi Emanuele, Bosco Oliviero

39. **Psycho-physical well-being in therapeutic adherence in women with autosomal dominant polycystic kidney disease: an observational study**
Brioni Elena, Magnaghi Cristiano, Delli Zotti Giulia Bruna, Sangiovanni Eleonora, Sciarrone Alibrandi Maria Teresa, Ratti Maria Monica, Sarno Lucio, Manunta Paolo, Burrai Francesco

40. **Progetto F reni amo: rallentare la malattia renale, allontanare la dialisi, migliorare la vita**
Brunori Giuliano, Triolo Giorgio, Rossetto Piera, Quadrino Silvana, Gavassa Lilia

41. **Il ruolo del farmacista di comunità nella costruzione di reti sanitarie territoriali. L'esempio di un piccolo centro della Sardegna**
Cadeddu Giovanna

42. **Una Nursery a misura di genitore e neonato: un progetto di miglioramento orientato alla Child and Family Centred Care**
Calza Simona, Da Rin Della Mora Roberta, Trucco Daniela, Scelsi Silvia, Petralia Paolo

43. **L'impatto del monitoraggio remoto sulle re-ospedalizzazioni del grande anziano con scompenso cardiaco: un progetto pilota**
Canestrale Roberto, Lizzadro Anna Lucia, Mancinelli Lucia

44. **La qualità di vita (QOL) nel telediseasemanagement: studio osservazionale**
Canestrale Roberto, Lizzadro Anna Lucia

45. **Armonizzazione Terapeutica (ArTe) delle Cure nel paziente anziano: quando meno può essere molto meglio**
Capelli Oreste, Ricci Caterina, Morandi Matteo, Ghelfi Mariangela, Bonezzi Silvia, Fabbo Andrea, Caruso Bianca

46. **Il ruolo dell'infermiere nella compliance farmacologica agli utenti dei servizi di salute mentale territoriale: i risultati di un questionario autosomministrato**
Capelli Rossella, Caputo Andrea, Camedda Armida, Gheduzzi Roberta, Massarenti Silvia, Rocco Cinzia, Tedeschini Daniele, Zito Antonina

47. **Implementazione di un programma informatico per la gestione del Case Management (CM) multi professionale con interventi personalizzati rivolti agli utenti di un Centro di Salute Mentale (CSM) territoriale**
Capelli Rossella, Rocco Cinzia

48. **Relazione terapeutica e fine vita. Risorse e criticità per la professione e il sistema di cure**
Cappella Sara, Cotichelli Giordano

49. **Il risk management in sala cardiochirurgica: una priorità**
Cappelletti Maria Fatima, Affanni Miria, Tiraforti Silvia, Rocchi Catiuscia, Corbani Gisberto, Vinciguerra Rossana, De Angeli Patrizia, Ceccotti Federica, Cossu Mario, Baratta Stefania

50. **Studio qualitativo sugli infermieri di area critica: tra risonanze emotive, traumatizzazione vicaria e compassion fatigue**
Caroti Alessia, Cotichelli Giordano, Pigliapoco Diego

51. **Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per lo Scompenso Cardiaco ed integrazione Ospedale-Territorio**
Carrieri Vito, Micaglio Roberta, Rollo Valeria

52. **La strategia di riduzione delle prescrizioni farmacologiche nell'anziano fragile permette di migliorare l'appropriatezza prescrittiva**
Carrieri Vito, Rollo Valeria, Micaglio Roberta

53. **Profili di assistenza a supporto della qualità e della sicurezza del processo di cura: l'esperienza documentale informatizzata dell'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo**
Casati Monica, Pellegrini Ramona, Cesa Simonetta, Pagani Gabriele, Trotta Chiara

54. **La disfagia in ambito ospedaliero: elaborazione ed implementazione di un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale (PDTA)**
Casati Monica, Piazzoni Jennifer, Cortinovis Fiorenzo, Ghilardi Manuela, Cesa Simonetta

55. **Analisi dei bisogni informativi nella gestione del paziente diabetico in Toscana**
Casigliani Virginia, Lopalco Pier Luigi

56. **Diagnostica lean: alla ricerca del valore**
Cavallo Maria Rita, Presutti Michele, Minniti Davide, Poletti Alessandra, Bisanti Francesca, Bertuzzi Emma, Boraso Flavio

57. **Valutazione di impatto del progetto pilota "Ambulatorio di de-prescrizione e riconciliazione terapeutica" in ASLTO3**
Miozzo Simonetta, Fasano Paola, Ceravolo Grazia, Coggiola Nadia, Minniti Davide, Rebora Monica, Boraso Flavio

58. **Gastropack: la medicina di relazione come strumento di continuità assistenziale**
Ceroni Liza, Tubertini Paolo, Fabbri Cristiano, Lodato Francesca, Avaldi Vera Maria, Descovich Carlo, Cennamo Vincenzo

59. **Informatizzazione del processo lavorativo Lactarium – Banca del latte umano donato (BLUD)**
Cerquiglini Laura, Capezzali Daniela, Cicci Gessica, Duranti Lorenzo, Fantuzzi Ambra, Troiani Stefania, Carnio Gabriella

60. **Ricognizione farmacologica informatizzata: un tool di supporto allo specialista ospedaliero per la corretta continuità territorio-ospedale**
Chinellato Alessandro, Bellin Annachiara, Tramontan Lara, Brugiolo Roberto, Rampin Ernesto, Saccavini Claudio, De Biasio Samantha, Ingianni Federica, Tessarin Michele

61. **La dimissione protetta del paziente dalla struttura ospedaliera ai setting territoriali: uno studio conoscitivo in Area Medica**
Ciccarelli Marta, Gatti Chiara, Giacometti Angela, Pelusi Gilda

62. **Tutte le informazioni sono uguali ma alcune sono più uguali delle altre. I professionisti dell'informazione hanno bisogno di bibliotecari?**
Cognetti Gaetana

63. **La terapia dietetico-nutrizionale nel paziente affetto da malattia renale**
Colletta Mattia, Traini Tiziana, Fioravanti Giuseppe

64. **Conoscenze e competenze sull'utilizzo del defibrillatore in ambito sportivo: risultati di uno studio osservazionale**
Comparcini Dania, Simonetti Valentina, Cantarini Camilla, Lupo Roberto, Cotticelli Federico, Pasquaretta Arianna, Galli Francesco, Cicolini Giancarlo

65. **Il ruolo del patrimonio edilizio nel sistema sanitario nazionale: passato, presente e futuro**
Conti Angelo, Pedrini Daniela

66. **Il team territoriale come strumento per il potenziamento delle cure primarie**
Cossolo Marco

67. **L'infermiere e l'approccio sociale al paziente psichiatrico: revisione cinematografica e analisi del fenomeno "Stigma"**
Cotticelli Federico, Lorenzini Lisa Angelica, Simonetti Valentina, Vitali Roberta, Torresi Elisa, Galli Francesco, Cicolini Giancarlo, Comparcini Dania

68. **Applicazione dell'humpty dumpty falls prevention program per la valutazione del rischio cadute in pazienti pediatrici ricoverati in un ospedale di neuroriabilitazione**
Craig Francesco, Pacifico Rossella, Loparco Domenica, Trabacca Antonio

69. **Tutela della Collettività: Piano di controllo per la prevenzione delle infezioni da Legionella**
Cussigh Cristina, Capriz Lucia, Di Gennaro Domenico, Lovino Rocco, Qualizza Davide, Comoretto Laura, Della Vedova Lucia, Attardo Carmelo, Iob Andrea

70. **Analisi delle prescrizioni di medicinali che possono provocare depressione come effetto collaterale**
D'anna Stefano, Garbarino Elena, Avataneo Maria M.

71. **Nursing Vigilance: sviluppo di uno strumento di valutazione**
De Luca Walter, Dignani Lucia, Girotti Susi, Mazzufero Fabio, Simonetti Elisabetta, Guarinoni Milena Giovanna, Faccilongo Mario, Bozzi Filippo, Natalini Romano, Toccaceli Andrea

72. **L'emocoltura: un percorso multiprofessionale di miglioramento della qualità**
De Luigi Anna, Lovera Paola, Ardizzi Elena, Pelassa Stefania, De Renzi Giuseppe, Viberti Giuseppina, Bianco Ornella, Silvaplana Paola, Samiolo Angela, Sottile Martina

73. **Valutazione degli episodi febbrili nei pazienti ematologici**
De Marcis Jlenia, Traini Tiziana, Manocchi Katia, Andreucci Marida, Galieni Piero

74. **Infermieri mentor e studenti infermieri: la didattica nella clinica**
Deidda B, Mastronardi L, Fiorentini Rita, Fiorani Catia, Bacaloni Simona, Liberati Stefania, Maccari Corrado, Buccolini Mara

75. **Obiettivo femori entro 48 ore in ASLTO3: Un piano operativo di governance per il miglioramento degli esiti**
Del Din Rainero, Passi Stefano, Grio Michele, Morelli Pamela, Minniti Davide, Rebora Monica, Boraso Flavio

76. **La rilevazione della qualità del sonno negli Infermieri e Medici del DEA dell'Area Vasta 5, successiva ad un evento sismico. Uno studio osservazionale**
Di Carlo Sara, Traini Tiziana, Andreucci Marida

77. **Il ruolo del nucleo operativo provinciale (NOP) nella gestione delle eccezioni prescrittive in Emilia Romagna**
Di Castri Lucio, Lapadula Silvia, Giusto Maria Luigia

78. **Le alterazioni del gusto e dell'olfatto in una coorte di pazienti sottoposti a chemioterapia**
Di Donato Eleonora, Traini Tiziana, Andreucci Marida, Manocchi Katia

79. **Valutazione della qualità di compilazione delle Cartelle Cliniche e sperimentazione di interventi migliorativi: Field Study nella ASL1 – Avezzano, Sulmona, L'Aquila**
Di Donna Federica, Scatigna Maria, Micolucci Giovanna, Iacutone Giovanni, Tordera Rinaldo, Fabiani Leila

80. **Il Self Care nella persona obesa e sovrappeso. Una Revisione Sistematica**
Di Giacomo Patrizia, Battistini Sara

81. **Umanizzare la prestazione infermieristica con la presa in carico del paziente**
Di Giovanni Tiziana

82. **L'umanizzazione del lavoro come strumento della rivalutazione della persona e dell'etica della performance**
Di Giovanni Tiziana, Cordaro Enzo

83. **Umanizzare il fine vita**
Di Giovanni Tiziana, Immacolata Cuomo

84. **Valutazione economica delle infezioni ematiche catetere correlate causate da patogeni antimicrobico resistenti. Il Caso dell'Azienda Ospedaliera Ospedale Mauriziano di Torino**
Di Meglio Lorenzo, Campagna Sara, Rainero Christian, Ghironi Elga, Costamagna Graziella, Vigna Iolanda, Norbiato Claudio, Messori Ioli Giovanni, Dall'acqua Maurizio, Vitale Arianna

85. **La sweet therapy nel management delle lesioni cutanee croniche: revisione narrativa della letteratura**
Di Renzo Maurizio Rivera, Berardinucci Natascia

86. **La dimissione protetta "on line" in ADI dei pazienti affetti da patologie croniche nel management dell'integrazione ospedale-territorio**
Di Renzo Maurizio Rivera, Santoro Renato, Di Nardo Raffaele

87. **Umanizzazione delle cure: studio qualitativo fenomenologico**
Dignani Lucia, D'ascanio Alessia, Girotti Susi, Lucertini Carla, Toccaceli Andrea, Guarinoni Milena Giovanna

88. **Missed Nursing Care: studio osservazionale in setting medico e di area critica**
Dignani Lucia, Giacomoni Elisabetta, Girotti Susi, Toccaceli Andrea, Guarinoni Milena Giovanna, Lucertini Carla

89. **Inibitori PCSK9 ed ezetimibe: ridiscuterne le indicazioni nella gestione dell'ipercolesterolemia**
Donzelli Alberto

90. **Sanità integrativa: iniqua, costosa, inflattiva e distorsiva di comportamenti medici**
Donzelli Alberto, Castelluzzo Gianluca

91. **I PTRI tra cogestione e intersoggettività: nuove metodologie per l'attuazione di cambiamenti trasformazionali organizzativi**
Femiano Maria, Bianco Pietrina, Pelliccia Roberta

92. **La gestione degli accessi venosi periferici difficili: Mini-Midline con tecnica ecoguidata – Studio Osservazionale**
Ferracuti Giulia, Di Lorenzo Luca, Raponi Manuel, Fattori Serenella, Marchetti Mara

93. **L'informatizzazione garantisce il monitoraggio dei Nursing Sensitive Outcomes (NSO)? Studio retrospettivo presso la Fondazione Toscana Gabriele Monasterio**
Fialdini Luca, Luccetti Debora, Tongiani Mariella, Ripoli Andrea, Vaselli Marco, Baratta Stefania

94. **Analisi e gestione dell'appropriatezza prescrittiva in endoscopia digestiva come strumento di clinical governance: esperienza della Casa di cura Di Lorenzo**
Fiore Pierluigi, Ruscitti Maria Rita, Necozione Stefano

95. **"Dalla biologia molecolare alla cura del paziente: l'era della terapia personalizzata"**
Forte Iris Maria, Pentimalli Francesca, Indovina Paola, Iannuzzi Carmelina Antonella, Giordano Antonio

96. **Nursing Audit: gestione degli accessi venosi periferici in Pronto Soccorso**
Franceschini Giulia, Faccilongo Mario, Dignani Lucia

97. **L'efficacia del monitoraggio emodinamico invasivo in Terapia Intensiva: una revisione integrativa della letteratura**
Franceschini Giulia, Aurelio Veneranda

98. **Ruolo dei Referenti della formazione continua nella costruzione di un protocollo di gestione della formazione aziendale**
Franceschini Giulia, Girotti Susi, Pelusi Gilda

99. **Valutazione retrospettiva dell'attività formativa continua nell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona**
Franceschini Giulia, Girotti Susi, Pelusi Gilda

100. **''Implementazione di un care bundle del catetere venoso periferico: un progetto di miglioramento in Cardiologia Utic – Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord''**
Frassini Serena, Giovannini Donatella, Astolfi Ylenia, Gabrielli Patrizia, Rasori Stefania

101. **Devoti alle "vacche sacre" dell'assistenza o professionisti "100% evidence-based"? Studio osservazionale trasversale monocentrico per indagare il livello di conoscenze di infermieri e studenti**
Frassini Serena, Giovannini Donatella, Gargiulo Maria Rosaria

102. Il controllo dei servizi esternalizzati in sanità
Freda Paola, Rebola Alessio

103. Valutazione di competenze manageriali offerte nelle scuole di igiene e medicina preventiva in Italia
Furmenti Maria Francesca, Barbara Andrea, Voglino Gianluca, Beltramello Claudio

104. Effetti della musicoterapia sugli outcomes fisici e psicologici dei pazienti pediatrici oncologici: una revisione integrativa della letteratura
Galli Francesco, Simonetti Valentina, Ferrer Purita Marie, Andreoli Elisa, Cotticelli Federico, Cicolini Giancarlo, Comparcini Dania

105. Vaccini: studio trasversale sulle conoscenze, esperienze ed opinioni personali degli infermieri
Galluzzo Giorgia Angela, Comparcini Dania, Cicolini Giancarlo, Simonetti Valentina

106. Esiti neurocognitivi di tumori cerebrali infantili: sviluppo di un nuovo strumento per l'assessment post-operatorio di bambini con tumori della fossa cranica posteriore
Gamberini Giorgia, Ricci Federica, Dimitri Danilo, Rampone Sara, Zettin Marina

107. L'infermiere come educatore nelle scuole: insegnamento del BLS e valutazione dei risultati di apprendimento fra gli studenti degli istituti secondari del Piceno
Gandolfo Paolo, Comparcini Dania, Cicolini Giancarlo, Andreucci Marida, Simonetti Valentina

108. La comunicazione strategica come strumento di leadership nella Dirigenza Sanitaria: una revisione narrativa della letteratura
Gatti Chiara, Borgognoni Cinzia, Pioli Fabia, Marcelli Stefano, Pelusi Gilda, Gregorini Mirko, Soccio Angela, Santarelli Adoriano, Rasetti Carlo

109. Estubazione precoce nei pazienti adulti sottoposti ad intervento cardiochirurgico: revisione della letteratura
Gatti Chiara, Borgognoni Cinzia, Pioli Fabia, Marcelli Stefano, Pelusi Gilda, Soccio Angela, Gregorini Mirco, Santarelli Adoriano, Rasetti Carlo

110. Mobilizzazione precoce e nutrizione enterale precoce dopo intervento a cuore aperto: possibili strategie per ridurre i costi in sanità? Revisione della letteratura in ambito cardiochirurgico
Gatti Chiara, Borgognoni Cinzia, Pioli Fabia, Pelusi Gilda, Marcelli Stefano, Gregorini Mirco, Soccio Angela, Santarelli Adoriano, Rasetti Carlo

111. Strategie assistenziali volte alla riduzione delle VAP in terapia intensiva: una revisione della letteratura
Gatti Chiara, Pelusi Gilda, Borgognoni Cinzia, Pioli Fabia, Marcelli Stefano, Soccio Angela, Gregorini Mirco, Rasetti Carlo, Santarelli Adoriano

112. Strategie Fast-track in pazienti operati a cuore aperto: una revisione della letteratura
Gatti Chiara, Pioli Fabia, Borgognoni Cinzia, Pelusi Gilda, Marcelli Stefano, Gregorini Mirco, Soccio Angela, Rasetti Carlo, Santarelli Adoriano

113. Medicina di iniziativa e Chronic Care Model: un approccio efficiente nella Sanità che cambia?

Gatti Chiara, Pioli Fabia, Borgognoni Cinzia, Pelusi Gilda, Marcelli Stefano, Gregorini Mirko, Soccio Angela, Rasetti Carlo, Santarelli Adoriano

114. La percezione di un vissuto tumorale e la qualità assistenziale: uno studio osservazionale cross-sectional descrittivo

Gatti Chiara, Pioli Fabia, Marcelli Stefano, Soccio Angela, Gregorini Mirco, Candela Salvatore, Rasetti Carlo, Santarelli Adoriano

115. La domanda in pronto soccorso pediatrico per convulsione febbrile:l' esperienza dell'AORN SantobonoPausilipon in ottica efficientamento in base al dato epidemiologico-clinico che precede l'applicazione di un PDTA convulsioni febbrili

Giordano V., Buono S., Russo C., D' Andrea A, Bruno E., Ruotolo E., Capelli C., Sorrentino L., Vetrano F., Conenna R.

116. Gestire la complessità del bisogno assistenziale acuto e ricorrente del paziente pediatrico in UO di Rianimazione in ottica di gestione del rischio clinico dei processi assistenziali con un monitoraggio delle attività assistenziali erogate. Il modello in costruzione in AORN Santobono Pausilipon

Giordano V., Capuano A., Clemente F., Faiella G., Arace P., De Chiara M., Di Franco R., Passaro M., Vetrano F., Conenna R.

117. Il Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) del bambino con convulsioni febbrili nell' AORN Santobono Pausilipon

Giordano V., Granata A., De Leva M. F., De Marinis C.i., Simeone G., Apicella A., Puzone L., Pennucci F., Mazio F., Conenna R.

118. Infermieri e donazione d'organi: uno studio qualitativo fenomenologico

Girotti Susi, Paganelli Ilaria, Dignani Lucia

119. Il vissuto emotivo degli infermieri in oncoematologia pediatrica: studio qualitativo fenomenologico

Girotti Susi, Zillo Lucrezia, Tufoni Simona, Seccia Lucia, Dignani Lucia

120. Change management e sicurezza delle nascite: valutazione pre-post 2013-2017 sugli interventi per la riduzione dei tagli cesarei in un Policlinico Universitario-IRCCS

Giubbini Gabriele, Angioletti Carmen, Ferrazzani Sergio, Lanzone Antonio, Neri Caterina, Caruso Alessandro, Cambieri Andrea, Ricciardi Walter, De Belvis Antonio Giulio

121. Applicazione di logiche Lean nella gestione del paziente oncologico: sperimentazione in un Policlinico Universitario IRCCS

Giubbini Gabriele, Angioletti Carmen, Ghirardini Gaia, Barbara Andrea, Specchia Maria Lucia, Bria Emilio, Valentini Vincenzo, Ricciardi Walter, Cambieri Andrea, De Belvis Antonio Giulio

122. Applicazione di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale dedicato al paziente con infezione da Clostridium difficile, in un Policlinico Universitario IRCCS. Analisi pre-post

Giubbini Gabriele, Barbara Andrea, Cammarota Giovanni, Ianiro Gianluca, Gasbarrini Antonio, Sanguinetti Maurizio, Laurenti Patrizia, Cambieri Andrea, Ricciardi Walter, De Belvis Antonio Giulio

123. **Lean Healthcare Management – sicurezza, salute e valore per il paziente: riduzione dei rischi di infezioni ospedaliere nel paziente chirurgico urologico di un IRCCS oncologico**
Giubbini Gabriele, De Luca Assunta, Vaia Francesco, Forastiere Ester, Marchesini Elisa, Pignatelli Adriana Concetta, Pronesti Carmelina, Spano Alessandro, Gallucci Michele, Vujovic Branka

124. **Impatto di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per Ictus Ischemico in un Policlinico Universitario IRCCS**
Giubbini Gabriele, Lohmeyer Franziska Michaela, Specchia Maria Lucia, Barbara Andrea, Angioletti Carmen, Frisullo Giovanni, Rossini Paolo Maria, Cambieri Andrea, Ricciardi Walter, De Belvis Antonio Giulio

125. **L'innovazione a salvaguardia della qualità: esperienza di una farmacia ospedaliera pubblica con il registro informatizzato di entrata/uscita stupefacenti, vantaggi, limiti e prospettive**
Giusto Maria Luigia, Vecchia Stefano, Bazzoni Elena, Ferrari Sara, Fiazza Caterina, Gatti Francesca Chiara, Lapadula Silvia, Mazzari Martina, Sartori Alessia, Seccaspina Chiara

126. **Prostatectomia radicale in One Day Surgery: deospedalizzazione precoce in area chirurgica e monitoraggio in remoto delle condizioni cliniche del paziente dimesso**
Guercio Stefano, Coggiola Nadia, Giacometti Marika, Presutti Michele, Morelli Pamela, Bellina Maurizio, Minniti Davide, Boraso Flavio

127. **Diamoci una Mossa! L'autonomia del paziente in ospedale**
Guerrieri Carolina, Dalli Valeria, Falcinella Rossana, Fontana Sabrina, Gherardi Paolo, Guerzoni Riccardo, Lacava Raffaella, Spessotti Laura Laura, Tabanelli Claudia, Vincenzo Manigrasso

128. **Handover: introduzione della scheda SBAR per la sicurezza nel passaggio di informazioni in sanità.**
Guerrini Gisella, Stuani Nadia

129. **Riduzione dei ricoveri potenzialmente evitabili – Risultati di un progetto di miglioramento del Consorzio Sol.Co**
Hoxha Eris, Emaldi Costante, Piolanti Silvana, Hoxha Albina, Ciontu Vasilica

130. **Strategia di miglioramento continuo basata su applicazione del metodo lean ed analisi FMEA/FMECA, coniugata alla integrazione multi-professionale**
Ianni Andrea, Virgili Roberto, Cappotto Riccardo, Picchia Antonio, Piredda Michela, De Marinis Maria Grazia, Petitti Tommasangelo

131. **Il modello HTA dell?AORN Pediatrica Santobono Pausilipon: dalla costituzione del Nucleo nel 2016 alla programmazione 2019-2020**
Iuppariello Luigi, Faiella Giuliana, Arace Pasquale, Ferri Erica, Sirico Gennaro, Clemente Fabrizio

132. **Percezione del rischio e conoscenze riguardo l'epatite A nella popolazione omosessuale residente nella Regione Veneto**
Lardiello Mattia, Pierbon Marco, Bonamin Mario Antonio, Spedicato Daniele, Bosco Oliviero, Brioni Alessandro

133. **La riorganizzazione dei laboratori di microbiologia tra le opportunità di tecnologie innovative e la necessità di rispondere a attuali emergenze**
Laurino Mariapina, Gemmi Fabrizio, Agnetis Alessandro, Pranzo Marco, Tulli Giorgio, Rossolini Gian Maria, Forni Silvia

134. Prescrizione di immunoglobuline umane: analisi di inappropriatezze e sprechi
Lissandri Davide, Gallo Umberto, Giron Maria Cecilia, Grion Anna Maria, Mannucci Francesca

135. Dal "Problem Based Learning" al Bundle di lavoro: un percorso innovativo della Medicina Interna
Lo Burgio Ignazia

136. Uno studio pre-post sulla riduzione delle interruzioni durante il ciclo di terapia: efficacia della segnalazione luminosa in una terapia intensiva neonatale
Logrippo Federica, Ariotti Maria Chiara, Dematteis Francesca, Vignali Federica, Luciano Mattia, Coscia Alessandra

137. Valutazione motoria dell'atassia residua in bambini/adolescenti affetti da tumore cerebrale in fase sub-acuta e cronica
Longo Lucia, Rossi Francesca, Zucchetti Giulia, Ricci Federica, Bertin Daniele, Bazzano Daniela, Fagioli Franca

138. Il Governo dei tempi di attesa: strategie qualitative e quantitative in un modello etico. L'esperienza dell'ASL TO3
Lovato Emanuela, Rebora Monica, Minniti Davide, Gatti Paola, Fasano Paola, Bisanti Francesca, Alesina Marta, Boraso Flavio

139. La consulenza infermieristica in una lean organization. Una survey in area emergenza
Lucertini Carla, Scalpelli Elisa, Toccaceli Andrea, Gioacchini Gloria, Dignani Lucia

140. L'educazione al paziente emodializzato domiciliare ed al suo caregiver
Luzi Paolo, Traini Tiziana, Manocchi Katia, Troiani Silvano

141. Il laboratorio relazionale degli studenti del cdl infermieristica: empowering dell'empatia
Maccari Corrado, Fiorentini Rita, Liberati Stefania, Bacaloni Simona, Fiorani Catia

142. Comunicazione tra sanitario e paziente: la formazione evidence based e valutazione
Maielli Michela, Gandolfo Silvia, Giardi Filippo, Bonetti Doris, Mazzatenta Carlo, Bianchi Alba, Mencaroni Spartaco, Bellomo Francesco, Marcucci Moreno, Sergio Ardis

143. Medicina di genere e violenza: identificazione aree di intervento in ambito socio-sanitario aziendale
Manca Maria Caterina, Govi Annamaria

144. La violenza a carico degli operatori sanitari in ambito aziendale: una valutazione preliminare
Manca Maria Caterina, Govi Annamaria, Minarini Andrea

145. Il ricovero dal Pronto Soccorso: come valutare il livello di performance attraverso un indicatore che superi il semplice dato percentuale
Manelli Filippo

146. Miglioramento di processi assistenziali critici di Pronto Soccorso mediante l'applicazione della Failure Mode and Effect Analysis (FMEA)
Manganaro Davide, Bozzoli Claudio, Cappuccio Mario, Piazza Paolo, Parisi Claudio, Favaro Andrea

147. Indicatori di performance della Gestione Integrata del Diabete T2 in provincia di Reggio Emilia
Manicardi Valeria, Greci Marina, Manicardi Elisa, Venturelli Francesco, Vicentini Massimo, Balottari Paola, Giorgi Rossi Paolo, Marchesi Cristina

148. Housing e salute mentale
Mannu Josè, Cavalieri Paola

149. La Comunicazione del Rischio: due Decaloghi prodotti all'istituto Superiore di Sanità
Mantovani Alberto, Baldi Cesca

150. Prevenzione e management delle addiction da videogiochi dalla seconda infanzia alla preadolescenza
Maravalle Giulia, Spina Elena, Traini Tiziana

151. L'impatto dell'applicazione del Lean Tool "Failure Mode Effects and Critically Analysis" (FMECA) sull'incidenza di VAP in un reparto di Anestesia e Terapia Intensiva Cardiotoracica: primi risultati e prospettive
Marchetti Luca, Maglioni Enivarco Massimo, Dal Canto Gabriella, Olivieri Raffaela, Mezzatesta Vincenzo, Centauri Federica

152. La gestione infermieristica del dolore in Pronto Soccorso
Mariani Tamara, Aringoli Sofia, Sicolo Domenico, Cotticelli Federico, Michelini Martina, Pigliacampo Massimo, Di Paola Antonio, Delli Compagni Emanuela, Chiarastella Paolo, Pasquaretta Arianna

153. Overtriage e Undertriage: risultati di uno studio di coorte
Mariani Tamara, Cotticelli Federico, Sicolo Domenico, Di Paola Antonio, Michelini Martina, Vitali Roberta, Torresi Elisa, Delli Compagni Emanuela, Chiarastella Paolo, Pasquaretta Arianna

154. Eventi critici e coping: l'infermiere e le dimensioni dell'adattamento
Mariani Tamara, Riccetti Gessica, Sicolo Domenico, Cotticelli Federico, Michelini Martina, Pianella Umberto, Buccolini Mara, Delli Compagni Emanuela, Chiarastella Paolo, Pasquaretta Arianna

155. Le pratiche assistenziali a rischio di inappropriatezza nel periodo preoperatorio
Martini Federica, Bidoggia Fabio

156. Applicazione degli strumenti del project management in un nuovo contesto assistenziale: sanità penitenziaria
Masala Franca

157. Rivisitazione "lean" di un Ambulatorio Diabetologico. L'esperienza dell'Istituto Neurotraumatologico Italiano
Messina Glauco, Faroni Jessica Veronica

158. Magnet hospital: studio osservazionale dei coordinatori di un ospedale italiano per acuti
Michini Patrizia, Scipioni Candida, Lucertini Carla, Andreoli Elisa

159. **Impatto della struttura aziendale di operation management sull'organizzazione e sull'efficienza dell'ASL TO3: valutazione dei primi sei mesi di attività**
Minniti Davide, Alesina Marta, Coggiola Nadia, Gatti Paola, Poletti Alessandra, Rebora Monica, Boraso Flavio

160. **Dr. Smile: realizzazione di un sistema integrato per l'organizzazione delle attività di day hospital e per la comunicazione tra la struttura ed i pazienti oncologici, il tutto finalizzato alla gestione della presa in carico e cura del paziente durante il processo terapeutico**
Montesarchio Vincenzo, Bianco Silvia, Caprice Ivana, Iommelli Chiara

161. **Biotestamento, è legge anche in Italia: gli operatori sanitari a che punto sono? Studio osservazionale**
Moramarco Teresa, Comparcini Dania, Cicolini Giancarlo, Simonetti Valentina

162. **Body Image Scale vs Observer-rated Disfigurement Scale nella persona con neoplasia cervico-facciale**
Mountassir Sihame, Ghezzi Marco, Silvia Gasparini

163. **Strumenti della formazione continua: analisi retrospettiva dell'attività formativa in due strutture sanitarie delle Marche**
Narcisi Laura, Franceschini Giulia, Capecci Elio, Girotti Susi, Pelusi Gilda

164. **L'ospedale a casa: studio di fattibilità**
Nicolì Laura Anna, Palmisano Maria, Marseglia Carmela, Calò Daniele

165. **La violenza subita dagli operatori sanitari in ambito psichiatrico**
Noto Mattia, Comparcini Dania, Cicolini Giancarlo, Lupo Roberto, Tommasi Marinella, Simonetti Valentina

166. **Percezione dello Stress del Cdl in Infermieristica: Studio descrittivo**
Olivazzi Federica, Polieri Pietro, Liotta Gaetano, Stingone Maria Anna

167. **Intercultural nursing: la percezione degli infermieri circa le problematiche relazionali con l'utenza straniera**
Olivazzi Federica, Stingone Maria Anna, Polieri Pietro, Liotta Gaetano

168. **PDTA dello Scompenso Cardiaco e case management infermieristico: what is the added value?**
Olivieri Roberto, Bernabucci Martina, Giovannini Donatella, Frassini Serena, Rasori Stefania

169. **Criteri di scelta dei dispositivi ad accesso venoso in un setting onco-ematologico**
Orsini Arianna, Traini Tiziana, Andreucci Marida, Albertini Fabrizio

170. **Le Competenze avanzate in Infermieristica e la stomaterapia secondo gli studenti infermieri**
Ortolani Rachele, Mengucci Edoardo, Marchetti Mara

171. **Malattia cariosa in età prescolare: prevalenza sul territorio italiano e strategie di prevenzione primaria**
Paglia Luigi, Dassi Alice, Colombo Sara, Marzo Giuseppe

172. **Studio osservazionale sull'applicazione di una scala di valutazione per le alterazioni del gusto indotte da chemioterapia**
Palazzo Solange, Ghezzi Marco, Gasparini Silvia

173. **"La mappatura proattiva dei rischi in sanità: il progetto sperimentale nell'ALTO4"**
Palermo Vincenza, Guerrieri Anna

174. **Lean management nella gestione aziendale del sinistro: analisi e riprogettazione del work flow per la minimizzazione del lead time**
Palladino Teresa, Minarini Andrea

175. **L'inserimento lavorativo dei pazienti oncologici: l'innovativa rete multidisciplinare socio-sanitaria nel territorio di Reggio Emilia**
Paltrinieri Sara, Ricchi Elena, Costi Stefania, Mazzini Elisa

176. **La Comunità che fa Salute: il progetto Habitat Microarea di Trieste**
Paoletti Flavio, Ehrenfreund Claudia, Massiotta Sari, Pitacco Giuliana

177. **Progetto multidisciplinare e multidipartimentale di prevenzione e sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico**
Pastorelli Marta, Pasquino Stefano, Pacchiarini Diamante, Ragni Temistocle

178. **Conduzione di un Audit organizzativo per la riorganizzazione della diagnostica di laboratorio**
Pellegrini Giovanni, Naldi Federica, Rossi Luca, Mazzei Deborah

179. **L'infermiere di comunità in Friuli Venezia Giulia a 20 anni dalla sua sperimentazione: il modello, l'esperienza, i risultati e gli sviluppi**
Pellizzari Mara, Pordenon Marta, Anastasia Daniela, Pletti Luciano, Pecini Dina, Rodaro Marisa, Margheritta Barbara

180. **La motivazione all'apprendimento: studio qualitativo sugli studenti del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche**
Pelusi Gilda, Dignani Lucia, Guarinoni Milena Giovanna

181. **Clinical Governance e accreditamento delle strutture sanitarie private: Studio retrospettivo di confronto tra Gruppi Omogenei di Diagnosi (DRG) dopo l'introduzione di nuovi criteri normativi a livello regionale abruzzese**
Petroni Renata, Baldascino Giada, Fiore Pierluigi, Petroni Angelo

182. **Il Contributo della mutualità integrativa al sistema di Welfare**
Piermattei Massimo

183. **Green Line H-T: Integrazione Ospedale Territorio mediante sistemi di monitoraggio light per migliorare la gestione dei pazienti complessi nella ASL Roma 6**
Pietrantonio Filomena, De Caris Maria Ester, Cenci Sabrina, Ronchetti Mario

184. Utilizzo dei social network negli studenti maggiorenni del comune di Ascoli Piceno
Pignotti Paolo, Andreucci Marida, Traini Tiziana

185. Ambulatorio specializzato di ginecologia oncologica: studio osservazionale nella realtà marchigiana
Pioli Fabia, Gatti Chiara, Bianchimani Maria Grazia, Cirilli Beatrice, Marcelli Stefano, Pelagalli Mauro

186. Proposta d'indagine conoscitiva sulle competenze dei ruoli manageriali nel Sistema Sanitario Marchigiano
Pioli Fabia, Gatti Chiara, Buccolini Mara, Antognini Paolo, Pelagalli Mauro

187. Qualità didattica tutoriale: il "percepito" dello studente del corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche, Polo di Macerata
Pioli Fabia, Gatti Chiara, Buccolini Mara, Pelagalli Mauro

188. Realizzazione di una procedura unificata per l'accoglienza, l'inserimento e la valutazione del neoassunto: il caso dell'Area Vasta 2 dell'ASUR Marche
Pioli Fabia, Gatti Chiara, Fermani Laura, Grassi Maria Cristina

189. Lotta agli sprechi in ASL TO3: soluzione per risparmiare, innovare e guadagnare in salute e sicurezza
Poletti Alessandra, Minniti Davide, Olivero Andrea, Calandra Teresa, Bisanti Francesca, Presutti Michele, Boraso Flavio

190. Il progetto di sensibilizzazione alla deprescrizione nel paziente anziano in ASLTO3: i numeri della formazione ai medici di medicina generale
Presutti Michele, Miozzo Simonetta, Fasano Paola, Esposito Paola, Coggiola Nadia, Venuti Silvio, Boraso Flavio

191. Indagine campione sul livello di comprensione della nuova informativa privacy. il Rischio della violazione per la struttura se non adempie all'obbligo di far capire all'utente cosa sta firmando
Pulvirenti Sabrina, Castiglia Gianfranco, Serini Fabio

192. La dimensione empatica dell'infermiere nella gestione delle vittime a seguito di una catastrofe naturale
Quaglia Sonia, Tommasi Marinella, Fiori Cinzia

193. La formazione sulla farmacovigilanza e reazioni avverse da farmaci in Neuropsichiatria Infantile (NPI)
Regnicoli Februa, Garzone Angela M. Felicita, Pompilio Adriana, Andresciani Emanuela, Cingolani Laura, Siliquini Sabrina, Porfiri Liliana, Matricardi Sara, Cesaroni Elisabetta, Pasquini Angelica

194. Incident reporting sulla terapia in NPI
Regnicoli Februa, Porfiri Liliana, Pasquini Angelica, Dmitrenko Liudmila, Pittori Martina, Cecchini Lorenzo, Donno Maria Giorgia, Torcoletti Francesco, Vigilante Giulia, Simonetti Elisabetta

195. L'infermiere nella realtà psichiatrica "no restraint". Revisione della letteratura.
Riccardini Silvia, Girotti Susi, Marchetti Mara

196. La professione infermieristica: le motivazioni e le influenze nella scelta degli studenti
Ricchiuto Pierluigi, Rossetti Roberta, Marchetti Mara, Mercuri Maurizio

197. La consulenza infermieristica tra passato, presente e futuro: uno studio conoscitivo in Dipartimento Medico

Ricci Irene, Gatti Chiara, Giacometti Angela, Pelusi Gilda

198. Riduzione dello spreco di farmaci antiretrovirali: l'esperienza della distribuzione diretta ospedaliera di Modena

Rivasi Marianna, Iudicello Antonella, Mussini Cristina, Borghi Vanni

199. L'utilizzo della maschera laringea nella pratica clinica infermieristica: un'indagine qualitativa

Rizzalli Martina, Luongo Donatella, Alcamo Salvatore

200. Aderenza al regime terapeutico nei pazienti candidati a chirurgia generale maggiore elettiva e sottoposti ad immunonutrizione: un indagine osservazionale prospettica

Rizzo Alessio, Marseglia Giulia, Coata Paola, Canaletti Fulvia, Bachini Ilaria, Trucco Silvia, Grosso Paola, Gariazzo Silvia

201. Campagna di promozione delle vaccinazioni in gravidanza

Rompianesi Maria Chiara, Bisaccia Eufemia, Ragni Pietro, Marchesi Cristina

202. Roma è pronta a reagire ad un attacco CBRNe?

Rosiello Francesco, Vitali Matteo, Ruggeri Matteo, Menga Luca Salvatore

203. Un nuovo modello di organizzazione ospedaliera: l'esempio di Assisi

Rosignoli Maria Gigliola, Piccardi Stefano, Monti Manuel

204. Realizzazione a scopo didattico di una scheda di accertamento clinico infermieristico secondo il modello testa-piedi

Rossetti Roberta, Ricchiuto Pierluigi, Marchetti Mara, Mercuri Maurizio

205. L'infermiere in Pediatria: la qualità assistenziale infermieristica percepita dal bambino

Rossetti Sara, Comparcini Dania, Cicolini Giancarlo, Galli Francesco, Simonetti Valentina

206. Annali AMD 2018: un audit clinico nazionale sulla Qualità di Cura erogata alle persone con Diabete in Italia

Rossi Maria Chiara, Nicolucci Antonio, Manicardi Valeria, De Cosmo Salvatore, Gennaro Clemente, Manti Roberta, Rocca Alberto, Pisanu Paola, Musacchio Nicoletta, Mannino Domenico

207. Efficacia della Radiofrequenza e dell'Elettroporazione associati ad addestramento comportamentale per il trattamento dell'ipertono del pavimento pelvico posteriore maschile

Salati Nicola, Bertozzi Elena, Amendola Filomena

208. La valutazione dello stato di coscienza del paziente adulto con trauma: l'esperienza di un gruppo di progetto multiprofessionale e multicontesto

Salvatore Lanzarone, Cristina Aguiari, Simona Cavallo, Giuliana Centini, Gavetti Dario, Maurizio Berardino, Vincenzo Amelio, Marco Marcello Garbarino

209. Terapie complementari per l'Alzheimer: la Doll Therapy. Revisione narrativa della letteratura

Sarta Jessica, Rossi Federica, Marchetti Mara

210. Bisogni occupazionali dei pazienti afferenti alla Casa della Salute: studio osservazionale della realtà di San Secondo Pramense
Schiavi Margherita, Chiara Erriu, Volta Barbara, Donetti Chiara, Squeri Giorgia

211. La sigaretta elettronica è dannosa come quella tradizionale? Revisione narrativa della letteratura
Sgubbi Pamela, Fioretti Marco, Marchegiani Martina, Marchetti Mara

212. Analisi comparativa dei set multidimensionali degli Indicatori di Qualità dell'Image Guided-Intensity Modulated Radiation Therapy (IG-IMRT) integrata alla ChemioTerapia (CT) concomitante
Signor Marco Andrea, Liberale Anna, Pacchielli Valentina, Tonetto Fabrizio, Grillone Lucrezia

213. Le decisioni rilevanti nelle politiche vaccinali in Italia nei primi 40 anni del SSN
Signorelli Carlo, Odone Anna

214. Terapia sequenziale nell'osteoporosi: dati di farmacoutlizzazione e revisione narrativa della letteratura
Signoretta Vincenzo, Pieraccini Fabio, Calabrese Valeria, Carnaccini Francesca

215. La valutazione della qualità del tirocinio clinico degli studenti del CdL in Infermieristica mediante CLES e SVIAT
Silvestri Irene, Marchetti Mara, Mercuri Maurizio

216. La sanità 4.0: potenzialità e limiti di una rivoluzione già in corso
Silvestri Francesco

217. Le Raccomandazioni Cliniche in Odontostomatologia di MinSalute del 2017, il nuovo SNLG e le implicazioni in termini di "Qualità"
Spatafora Francesco

218. Epatite A: analisi epidemiologica ed impatto economico dei casi avutisi nei residenti dei Distretti 1 e 2 dell'AULSS 9 Scaligera nel 2017
Spedicato Daniele, Brioni Alessandro, Bosco Oliviero

219. La frattura prossimale di femore:l'esperienza del Servizio di Fisioterapia dell'AOU Careggi nella gestione riabilitativa in fase acuta ad un anno dall'implementazione del Piano Fisioterapico Standard
Sticci Silvia, Puggioni Marco, Grisolia Giancarlo, Bandini Barbara, Livi Luca, Fontana Ilaria, Freschi Laura, Rasero Laura, Brandi Angela

220. Uno strumento in cartella clinica per il monitoraggio e il controllo delle procedure invasive e assimilate e delle emoculture di sorveglianza al fine della riduzione delle infezioni ospedaliere gravi e mortali e gli audit condivisi
Stroili Manuela, Ceschia Giuliano, Ferretti Elisabetta, Berlot Giorgio

221. Management dei disturbi post-traumatici del rachide cervicale in pronto soccorso: un nuovo modello integrato
Tenci Andrea, Leardini Nicola, Turcato Gianni, Sivero Valentina, Firas Mourad, Patuzzo Alberto

222. Dalle linee guida ai percorsi assistenziali (PDTA) nella patologia diabetica: quale value per una sanità che si sta rimodellando

Tessarin Michele, Bellin Annachiara, Zardo Susanna, Lamanna Onofrio, Chinellato Alessandro

223. La ritenzione di altro materiale all'interno del sito chirurgico

Tiraforti Silvia, Cappelletti Maria Fatima, Lorenzini Mattia, Stefania Biagini, Monica Baroni, Stefania Batratta

224. Ecografia infermieristica: uno strumento di supporto della qualità assistenziale

Todisco Monica, Traini Tiziana, Andreucci Marida, Albertini Fabrizio

225. Il supporto educativo-relazionale al caregiver-burden

Traini Tiziana, Amadio Mariella, Licata Serena, Tommasi Marinella, Andreucci Marida, Picciotti Giovanna

226. La prevenzione cardiovascolare nei bambini ed adolescenti di età scolare

Traini Tiziana, D'antonio Maria Laura, Ciapanna Patricia Liana, Troiani Silvano, Andreucci Marida, Parato Vito Maurizio

227. Piano di emergenza in uno scenario sismico

Traini Tiziana, Gnozza Linda, Fiori Cinzia, Andreucci Marida, Troiani Silvano

228. Il nuovo orizzonte dell'assistenza infermieristica nel XXI secolo

Traini Tiziana, Marcolongo Francesco, Andreucci Marida, Troiani Silvano

229. L'attività infermieristica nel contesto umanitario

Traini Tiziana, Perozzi Ilaria, Pignotti Paolo, Troiani Silvano

230. I fattori determinanti della salute

Traini Tiziana, Troiani Annalisa, Pignotti Paolo, Andreucci Marida, Troiani Silvano

231. Progetto cashless alla ASST Papa Giovanni XXIII: implementazione dell'uso della moneta elettronica per migliorare tracciabilità e sicurezza degli incassi

Trapletti Roberta, Petronella Vincenzo, Corsini Monica, Bortolotti Carlotta, Nicora Carlo

232. L'infermiere di anestesia (I.A.) tra efficienza e best practice

Troiani Silvano, Traini Tiziana, Giacchetti Simona, Orazi Paola, Gaudenzi Diletta, Fioretti Marco, Franconi Ilaria

233. Interventi multilevel ed integrazione multiprofessionale nella gestione dell'anziano in polifarmacoterapia

Trombetti Susanna, Alberghini Lucia, Ciarrocchi Rosa Angela, Bagaglia Carlotta, Benini Stefano, Buccellato Elena, Donati Monia, Descovich Carlo

234. L'impatto delle Case delle Salute per la gestione della cronicità in ASLTO3: i numeri dalla loro attivazione ad oggi

Venuti Silvio, Galis Veronica, Coggiola Nadia, Audisio Luisella, Minniti Davide, Boraso Flavio

235. Aiutare i pazienti affetti da morbo di Parkinson per migliorare gli esiti della riabilitazione e la qualità della vita

Viganò Davide

236. La chiamata programmata dei donatori per donazione: integrazione tra AVIS (Associazione Volontari del Sangue) Sovracomunale Medio Varesotto e Azienda ASSTSettelaghi Varese

Vincenzo Saturni, Aldo Cardani

237. Gli stili di leadership e il coordinatore infermieristico: studio osservazionale multicentrico

Vitali Daiana, Pelusi Gilda, Toccaceli Andrea, Dignani Lucia

238. L'Infusione Intraossea come alternativa all'accesso venoso in Emergenza: risultati di uno studio osservazionale

Zingaretti Luigi, Regnicoli Februa, Cicolini Giancarlo, Simonetti Valentina, Buccolini Mara, Cotticelli Federico, Comparcini Dania

5. Bisogno di salute e povertà sanitaria: l'esperienza di Banco Farmaceutico

Accolla Gisella[1], Cella Silvano[2], Ciantia Filippo[3], Pesenti Luca[4], Rovati Giancarlo[4], Pontello Mirella[3]

[1]PoliS Lombardia, [2]Università degli Studi di Milano, [3]Fondazione Banco Farmaceutico, [4]Università Cattolica del Sacro Cuore

BACKGROUND. Il SSN è stato istituito nel 1978 sulla base del modello organizzativo di Lord Beveridge (primi anni '40) con l'obiettivo di assicurare la risposta al bisogno di salute lungo tutto il percorso della vita e per tutti i cittadini, a prescindere dalle loro condizioni socioeconomiche. Universalità, uguaglianza, equità, solidarietà ed anche integrazione tra le diverse aree della medicina sono stati i principi ispiratori del SSN e della costituzione delle Unità Sanitarie Locali quali strumento organizzativo per la realizzazione di tali principi. Oggi, pur riconoscendo i meriti del SSN – positivamente valutato a livello internazionale, alcune criticità sono evidenti, in particolare sotto il profilo dell'equità. Risultando sempre più necessaria una compartecipazione dei cittadini alla spesa, si osserva, infatti, il fenomeno della "rinuncia alle cure" da parte delle fasce più deboli della popolazione. A fronte di una spesa sanitaria media mensile per famiglia di 112,2€, le famiglie povere spendono poco più di 1/5 rispetto alle famiglie non povere (22,7 vs 118,2€, rispettivamente 2,5% e 4,4% della spesa mensile totale). Le risorse a sostegno delle prestazioni sanitarie sono di tipo pubblico (71,8%) e privato (28,2%), ma la spesa privata (~ 40 milioni) è in prevalenza una spesa out of pocket, ripartita tra spese per servizi ambulatoriali, ospedalieri ed anche prodotti farmaceutici. Su quest'ultimo aspetto si inserisce l'attività di "Donazione del farmaco" promossa dalla Fondazione Banco Farmaceutico (di seguito FBF) che opera sia organizzando annualmente la Giornata di Raccolta del Farmaco (GRF) sia promuovendo la donazione da parte delle aziende farmaceutiche e la raccolta dei farmaci validi (RFV). BIBLIOGRAFIA Lancet, 2017 Bloomberg Health Care Efficiency, 2018 ISTAT (2018), La povertà in Italia nel 2017 3°Rapporto GIMBE, 2018 Rapporto Osservatorio Donazione Farmaci 2018.

OBIETTIVI. Il nostro studio intende fornire una descrizione della "povertà sanitaria" in Italia, limitatamente al bisogno di farmaci, e una valutazione del contributo che iniziative della società civile, quali quella della FBF, possono rappresentare per favorire l'obiettivo equità.

METODI. Per la descrizione e l'analisi statistica del bisogno di farmaco non completamente coperto dal SSN sono utilizzate due fonti informative, la prima, di carattere amministrativo, deriva dal sistema di monitoraggio (2013-18) della FBF, che raggiunge le situazioni di bisogno attraverso una vasta rete di Enti non profit; mentre la seconda riguarda l'elaborazione originale di microdati di fonte ufficiale quali quelli delle due indagini Istat che intercettano il tema della povertà sanitaria in Italia (l'indagine sulla Spesa delle Famiglie e l'indagine IT-SILC, reddito e condizioni di vita).

RISULTATI. Nel periodo 2012-2018 la GRF, le Aziende e la RFV hanno rappresentato rispettivamente il 29,6%, il 65,3% e il 5,1% delle confezioni donate; posto che per il 2018 il dato è definitivo solo per la GRF, le confezioni annualmente raccolte sono state in media oltre 350.000 per il canale GRF (2012-2018,) oltre 870.000 nel caso delle donazioni aziendali (2012-2017) e circa 75.000 derivanti dalla RFV (iniziata nel 2013). Il numero in costante crescita di soggetti, anche stranieri, che attraverso oltre 1700 Enti non profit convenzionati con FBF risultano beneficiari della raccolta è > 500.000/anno. L'analisi considera una serie di variabili: la povertà sanitaria osservata in funzione delle macroaree geografiche italiane, la presenza di soggetti stranieri, la tipologia dei farmaci richiesti dagli Enti non profit, le variazioni nel periodo esaminato. Sarà infine valutato sia il contributo della FBF nella risposta al bisogno presente nelle classi a maggior disagi sociale, sia la corrispondenza tra il bisogno e la risposta realizzata attraverso l'articolata attività della FBF.

LIMITI. I limiti dello studio sono soprattutto riferibili alle modalità operative degli Enti non profit, senza dubbio disomogenee, condizionate dalla natura, dalla storia e dalle priorità che qualificano ciascun Ente.

CONCLUSIONI. I nostri dati rappresentano una analisi del tutto preliminare, ma anche originale, di un intervento a sostegno del bisogno di salute (sotto il profilo del bisogno di farmaci) sorto dall'iniziativa della società civile e quindi né strettamente "pubblico", né strettamente "privato". Da una parte il bisogno di assistenza è senza dubbio in crescita, sia per la crisi economica sia per fattori demografici, dall'altra parte la coperta assicurata dal SSN risulta sempre meno in grado di coprire tale bisogno; non potendo ipotizzare un ulteriore incremento della spesa privata, soprattutto out of pocket, diventa necessario confidare in un'altra gamba a sostegno del servizio sanitario: è la gamba del welfare promosso dalla società civile, in analogia alla risposta ai bisogni sanitari in passato promossa dalle corporazioni, confraternite, organizzazioni mutualistiche, ecc.

Autore per la corrispondenza: Pontello Mirella – Fondazione Banco Farmaceutico Onlus –
Email: mirella.pontello@gmail.com

6. Indagine conoscitiva sulla percezione del ruolo, delle competenze e della responsabilità dell'infermiere addetto alle attività anestesiologiche

Africani Chiara[1], Tufoni Simona[2], Adrario Erica[3]

[1]Infermiere, [2]Istituti Fisioterapici Ospitalieri - IFO, [3]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti

BACKGROUND. I progressi compiuti nel campo dell'anestesia e della chirurgia hanno portato all'emergere di nuovi bisogni assistenziali sempre più complessi, determinando la necessità di avere a disposizione professionisti infermieri, autonomi e responsabili, in possesso di conoscenze sempre più specifiche e specializzate. Dalla disamina della letteratura esistente, ripercorrendo lo sviluppo delle specializzazioni infermieristiche (che si sono sempre più approfondite in questo campo), emerge che questo percorso è avvenuto in periodi e modi diversi a livello internazionale, in quanto ogni realtà è costituita da paesi in cui i valori, la cultura e le tradizioni sono fondamentalmente differenti. Le risorse infermieristiche che si utilizzano nelle attività anestesiologiche variano da figure specializzate come gli infermieri addetti all'anestesia agli infermieri di sala.

OBIETTIVI. L'indagine condotta ha lo scopo di valutare la conoscenza delle competenze e responsabilità che l'infermiere addetto alle attività anestesiologiche ha presso le U.U.O.O Blocco Operatorio di Fermo ed Ascoli Piceno.

METODI. È stato condotto uno studio osservazionale di tipo quantitativo somministrato nel periodo compreso fra giugno 2017 e agosto 2017, che ha coinvolto 46 infermieri che prestano servizio all'interno del Blocco Operatorio di Fermo ed Ascoli Piceno. Tale questionario strutturato è costituito da due sezioni. Nella prima parte si raccolgono informazioni riguardo al sesso, alla fascia di età, al blocco operatorio e al ruolo infermieristico che viene svolto in esso, mentre la seconda sezione è costituita da tredici domande a risposta chiusa e aperta, volte a raggiungere l'obiettivo che è stato posto.

RISULTATI. Dei 46 questionari ottenuti il 63% di essi sono stati compilati all'interno del blocco operatorio dell'ospedale civile di Fermo, e il restante 37% da coloro che lavorano nella sala operatoria di Ascoli Piceno. Il campione è rappresentato dal 58,7% dal personale infermieristico di sesso femminile, e di questo, la maggioranza di età compresa fra i 25-35 anni (39,1%). Il 34,8% dei partecipanti svolge il ruolo di infermiere strumentista e di infermiere addetto alle attività anestesiologiche. Inoltre tale figura infermieristica viene definita per l'87% dei risultati come una figura con specifiche competenze e capacità di valutazione, mentre il 58,7% dei partecipanti ritengono che l'infermiere dedito all'anestesia collabora con il medico anestesista. Il 76% del campione d'indagine pensa che l'anestesista non possa essere sostituito dalla figura infermieristica. Mentre il 65,2% pensa che il ruolo non è adeguatamente riconosciuto nella propria realtà operativa. Il 43,5% del personale partecipa a corsi di aggiornamento e l'82,6% non è in possesso di un master di I livello o non ha partecipato a corsi di perfezionamento. Il 45,7% ha confermato la presenza della Job-Description, relativa alla figura dell'infermiere addetto alle attività anestesiologiche, all'interno del blocco operatorio di riferimento. Il 58,7% degli intervistati ritengono che non sia corretta la creazione di una figura infermieristica polivalente, ovvero capace di svolgere tutte le specializzazioni infermieristiche che vengono richieste all'interno di un'unità operatoria. Alla domanda se l'infermiere addetto all'anestesia potrebbe e dovrebbe avere alcune competenze specifiche in più, il 25% dei partecipanti ha scelto gestire la fluido-terapia, mentre il 21,6% di riconoscere e correggere in autonomia le possibili complicazioni, e il 17,5% ha scelto di praticare l'intubazione oro-tracheale. Inoltre sono state richieste le specifiche competenze relative ad ogni fase del processo peri-operatorio, e tutte risultano positive in quanto presenti nelle linee guida.

LIMITI. Lo strumento utilizzato per l'indagine è un questionario auto-prodotto privo di validità accertata e le risposte ottenute hanno un certo grado di soggettività, data l'emotività di ogni soggetto partecipante.

CONCLUSIONI. L'infermiere addetto alle attività anestesiologiche risulta essere percepito come una figura professionale con specifiche competenze e capacità di valutazione che collabora con l'anestesista in tutte le fasi operatorie. Al momento in Italia manca una formazione post-laurea specifica e adeguatamente riconosciuta. Questo studio osservazionale vuole rappresentare uno spunto di riflessione sulla situazione italiana di questa figura infermieristica presa in considerazione, valutandola come una figura professionale che necessita di una specializzazione giuridicamente riconosciuta, che gli permetterebbe di acquisire competenze avanzate, autonomia e maggiori responsabilità come accade in altre realtà europee ed extraeuropee.

Autore per la corrispondenza: Africani Chiara – Infermiere – Email: chiaraafricani@libero.it

7. Studio descrittivo della popolazione anziana di Piossasco: rilevazione multidisciplinare della fragilità e proposte di intervento

Albi Vittoria, Pasquale Giuliano, Cosola Alda

ASL TO3

BACKGROUND. Invecchiamento della popolazione: una delle maggiori sfide del XXI secolo Fragilità: principale predittore degli esiti negativi dell'invecchiamento, identificare la fragilità rimanda la trasformazione in disabilità Regione Piemonte: riorganizzare modello di governance del territorio, approccio più adeguato ai bisogni, servizi che si realizzano nel proprio ambiente sociale Enti pubblici e privati che partecipano alla programmazione e al coordinamento del progetto: Comune di Piossasco, Asl To3, Associazione Bottega del possibile Fondazione San Paolo, Associazione Social Coop della RSA San Giacomo, Consorzio intercomunale dei servizi sociali di Orbassano, Master Infermiere di famiglia e Comunità.

OBIETTIVI. Descrivere la predisposizione e la realizzazione di un programma multi disciplinare per le cure primarie in una Popolazione di ultrasettantacinquenni fragili a rischio disabilità.

METODI. FASI DEL PROGETTO: Invio lettera a firma del sindaco, contattato telefonico da parte dell'operatore, visita domiciliare, riunione micro equipe, realizzazione dei percorsi individuali o di gruppo, calendarizzazione della seconda visita. STRUMENTI UTILIZZATI: la visita domiciliare ha la durata di circa un'ora, il tempo necessario per condurre l'intervista affrontando tutte le sezioni del questionario e compilandolo con il cittadino, l'operatore spiega le opportunità del progetto e raccoglie il consenso per poter trattare i dati sensibili e per il rispetto privacy; questionario: dati anagrafici, narrazione delle principali attività quotidiane (luoghi frequentati, hobby e interessi principali),problemi di salute, conoscenza e utilizzo dei servizi sociosanitari presenti sul territorio, rilevazione delle fragilità attraverso l'utilizzo del Tilburg Fragility Index TFI integrato da alcuni item del questionario Sunfrail: Cadute, Difficoltà economiche, Assunzione di più di cinque farmaci Alcuni item del questionario EQ-5D sull'autonomia e la salute percepita.

RISULTATI. 53,6% Sesso femminile, origine piemontese 42,2% Ha la licenza elementare Più della metà dei cittadini non svolge attività continuative, non ha impegni sociali e non fa parte di associazioni il principale interesse espresso è la lettura. 27% Solo dopo ricezione lettera 73% Dopo contatto telefonico dell'operatore 24,9 % Motivazione principale è il non essere interessato 60% hanno un nucleo familiare composto da 2 persone.

LIMITI. 53% donne: soggetti che accettano più facilmente di essere inseriti in progetti di tutela sanitaria il 90%, ha una bassa scolarità (massimo scuola media Inferiore). il 97% di questi cittadini vive in nuclei familiari con uno o due persone (BOUMAN Olanda 2004) FRAGILITÀ: Correlazione fra titolo di studio e robustezza? SCOLARITÀ 80% NESSUN TITOLO 64% LICENZA MEDIA.

CONCLUSIONI. I servizi socio-sanitari entrano nelle case prima di una richiesta formale, intercettando i soggetti fragili. Gli operatori sono promotori della salute a domicilio, intercettando i comportamenti non corretti in relazione ai fattori di rischio. L'operatore diventa un "ponte" tra le esigenze individuate e la rete formale e informale esistente nel territorio. L'adozione di questo nuovo modello di identificazione della fragilità necessita di un sistema di valutazione della durata almeno annuale.

Autore per la corrispondenza: Albi Vittoria – ASL TO3 – Email: vitto.albi@gmail.com

8. PROF Progetto di Rete in Oncologia tra le Farmacie di comunità della Romagna e IRST per il miglioramento della Riconciliazione farmacologica

Altini Mattia[1], Martinelli Giovanni[1], Minguzzi Martina[1], Passardi Alessandro[1], Vespignani Roberto[1], Prati Sabrina[1], Farfaneti Ghetti Patrizia[2], Taglioni Gabriele[3], Montalto Claudio[4], Sapigni Ester[5]

[1]Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori (IRST) Srl, [2]Federfarma Emilia Romagna, [3]Assofarm Emilia Romagna, [4]Promofarma, [5]Regione Emilia Romagna

BACKGROUND. Il progetto scaturisce dal bisogno di ottimizzare la sicurezza delle terapie oncologiche nella transizione di cura migliorando il processo di ricognizione-riconciliazione farmacologica e dei servizi collegati ai farmaci, con il coinvolgimento delle farmacie di comunità, in applicazione della Raccomandazione nazionale N.17 e regionale N.2 e nella consapevolezza che per la gestione delle numerose variabili critiche del processo occorre allargare la visione specialistica oltre il punto di cura, verso il domicilio del paziente rendendogli disponibili punti facilmente accessibili con competenze qualificate supportate da strumenti di informazione ed informatici che leghino tra loro le componenti fondamentali del processo.

OBIETTIVI. 1)Creare la rete con le farmacie di comunità disposte a mettersi in gioco gratuitamente e a intraprendere percorsi formativi specialistici finalizzati all'accreditamento al PROF e a partecipare alla costruzione di strumenti di supporto al counselling 2)realizzare una scheda elettronica di ricognizione-riconciliazione standardizzata per farmaci, fitoterapici e cibi critici potenzialmente interagenti coi farmaci oncologici 3)realizzare il collegamento elettronico tra piattaforma informatica delle farmacie (Dottorfarma) e quella dell'IRST(Log 80 IRST) affinchè il farmacista possa effettuare la ricognizione e il clinico la possa catturare per fare la riconciliazione in tempo reale 3) testare il livello di gradimento del paziente 4) misurare quantitativamente e qualitativamente terapie e comportamenti domiciliari e loro impatto sui farmaci oncologici.

METODI. Il PROF consiste in due fasi, entrambi progetti a se stanti approvati dal Ce:PROF 1,studio osservazionale, di recente conclusosi, finalizzato alla costruzione della scheda e del collegamento informatico con flusso di informazioni monodirezionale, e alla valutazione del gradimento dei pazienti e delle potenziali interazioni farmacologiche trasversali;2) PROF2, studio interventistico organizzativo in corso, rivolto a 100 persone per il mantenimento della ricognizione-riconciliazione lungo tutti i cicli di cura e per la costruzione di un flusso bidirezionale di informazioni che consenta al farmacista di conoscere i farmaci oncologici del paziente così da potere svolgere un ruolo attivo per la prevenzione delle interazioni e per supportare la gestione dei farmaci a domicilio, incrementando sicurezza, aderenza terapeutica, segnalazione di sospette ADR e benessere dei pazienti, misurate con indicatori appropriati (n. interazioni, n. sospensioni, n. accessi al PS, n. segnalazioni) a confronto con dati generali dell'Istituto.

RISULTATI. Consistono nei risultati preliminari del PROF1 e nell'avvio del PROF 2 dal 1 dicembre 2018. I risultati del PROF1 sono: n. 108 farmacie di FC,RA,RN in rete; scheda elettronica standardizzata di ricognizione realizzata, con compilazione da parte di n. 66 farmacie per n. 131 paz e trasferimento elettronico contestuale in cartella clinica con risparmio dai 20 ai 30 minuti di tempo medico; n. medio di farmaci domiciliari =2,7 con punte di n. 12 nei paz di età media di 67 anni e oltre 12 nei pazienti di età media superiore a 67; media pz/ di fitoterapici liberi o compresi in integratori = n. 2,6; diverse interazioni intercettate, nessuna potenzialmente pericolosa; livello di gradimento dei pazienti buono, sia per interesse alla ricerca delle interazioni trasversali, sia per il supporto del farmacista; convalida del modello e della rete realizzata.

LIMITI. I limiti sono fondamentalmente quattro: 1) pur consistente (quasi 1/3 del totale), il numero delle farmacie in rete dovrebbe essere superioreper potere consentire a ogni paziente di relazionarsi alla propria farmacia 2) i numerosi punti di distribuzione dei farmaci aumentano la complessità per i pazienti; 3) anche i MMG dovrebbero partecipare al progetto ed essere un anello dei flussi trasversali di informazioni; auspicabile partecipazione anche di tutte le oncologie romagnole.

CONCLUSIONI. Il PROF necessita di una prospettiva di ampliamento di livello istituzionale che ne permetta la sua estensione a tutte le componenti della multidimensionalità del processo di cura in oncologia. Le recenti linee guida di ricognizione-riconciliazione farmacologica nei pazienti oncologici in transizione di cura, realizzate a livello della regione Emilia Romagna su mandato conferito da un progetto ministeriale finalizzato alle specificità della riconciliazione nei pazienti in transizione di cura in oncologia e nelle case protette, quest'ultimo sviluppato dal Veneto, e presentate presso il Ministero lo scorso 25 ottobre, se diverranno Buona Pratica potranno consentire di diffondere l'esperienza qui presentata, migliorando non solo la sicurezza e il benessere dei pazienti, ma anche l'aderenza terapeutica in un campo in cui la sostenibilità economica da parte del SSN è sempre più critica.

Autore per la corrispondenza: Minguzzi Martina Vittoria – Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori (IRST) Srl – Email: martina.minguzzi@irst.emr.it

9. Valutazione dell'efficacia dell'utilizzo dello strumento IESA (Inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti) in psichiatria attraverso pre-post evaluation dei ricoveri per acuzie sintomatologiche

Aluffi Gianfranco[1], Zuffranieri Marco[1], Gribaudo Catia[2], Botton Elisa[3], Iob Gulia[3], Zanalda Enrico[1]

[1]ASL TO3, [2]Cooperativa Pro.ge.s.t., Cooperativa Il Margine, Cooperativa Il Margine

BACKGROUND. L'inserimento Eterofamiliare Supportato di Adulti è uno strumento di cura dalle radici millenarie, consolidato in Piemonte nell'attività del Servizio IESA ASL TO3. Nasce come strumento di deistituzionalizzazione in ambito psichiatrico con la chiusura dei manicomi, ma è un metodo flessibile che può essere efficacemente applicato anche con altre categorie di utenza (disabilità, dipendenze, NPI, anziani ecc). Consiste nell'accoglienza di una persona in temporanea difficoltà da parte di volontari appositamente selezionati e formati, che possono avvalersi per tutta la durata della convivenza del supporto di una équipe di professionisti.

OBIETTIVI. L'obiettivo principale di questo tipo di progetti è quello di offrire a persone in difficoltà un'alternativa all'istituzionalizzazione, in un contesto che faciliti il reinserimento sociale e promuova il recupero di autonomie, valorizzando gli aspetti di promozione del benessere e della qualità della vita. L'obiettivo specifico dello studio è sottoporre a valutazione su un campione più ampio l'ipotesi derivata dalla precedente analisi secondo cui i ricoveri ospedalieri dovuti ad acuzie sintomatologica si riducono significativamente nel numero e nella durata a seguito dell'inserimento eterofamiliare supportato.

METODI. Sono stati raccolti i dati relativi a eventuali ricoveri ospedalieri per acuzie sintomatologiche di un campione consecutivo di utenti del Servizio IESA della ASL TO3 del Piemonte con almeno un anno di permanenza in famiglia, tra il 1998 e il 2017. È stato effettuato un confronto di medie del numero e della durata dei ricoveri relativamente all'anno precedente e all'anno successivo dell'avvio del progetto IESA.

RISULTATI. L'attività di analisi dei dati emersi è al momento ancora in corso. I dati di ricerche precedenti rivolte a popolazione più ristretta hanno evidenziato una riduzione significativa dei ricoveri.

LIMITI. Le modalità di raccolta dei dati hanno richiesto una ulteriore attività di organizzazione di questi. Il disegno della ricerca è di tipo osservazionale e si presta ad eventuali fattori confondenti del rapporto diretto tra inserimento eterofamiliare e benefici clinico esistenziali.

CONCLUSIONI. Se quanto emerso dalle ricerche precedenti verrà confermato anche dagli esiti della presente potremo affermare che l'intervento di cura attraverso lo IESA può ridurre gli eventi che portano all'accesso ai reparti ospedalieri per la cura di acuzie. Tale esito va di pari passo con un effettivo ampliamento delle possibilità di cura residenziale in psichiatria a parità di risorse economiche disponibili in quanto lo IESA presenta costi di gestione significativamente inferiori ad altre soluzioni di ricovero. In altri paesi (U.K., France, Deutschland) oculate scelte di indirizzo in campo socio sanitario hanno portato lo IESA ad una sensibile diffusione sui rispettivi territori.

Autore per la corrispondenza: Aluffi Gianfranco – ASL TO3 – Email: galuffi@aslto3.piemonte.it

10. Gestione dei pazienti nell'Advanced Medical Post internistico italiano dopo il tifone Hayan nelle Filippine: risultati di uno studio osservazionale storico

Andreoli Elisa[1], Caroli Mario[1], Bartolucci Andrea[2], Martino Grazia Anna Rita[1], Michini Patrizia[1]

[1]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti, [2]Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord

BACKGROUND. La Medicina delle Catastrofi si occupa dell'analisi e dello sviluppo della metodologia richiesta per gestire le situazioni di emergenza, nelle quali le risorse disponibili non sono sufficienti in relazione al bisogno immediato di cure mediche. In particolare, comprende tutte le procedure mediche di primo soccorso che vengono attuate in caso di maxiemergenza o di catastrofe. Dopo un disastro naturale, la gestione delle vittime viene differenziata in 4 diverse fasi temporali di intervento: la fase 1 riguarda la gestione diretta delle cause del trauma, la fase 2 la gestione delle complicanze da trauma (dopo 48 ore), la fase 3 la gestione delle complicanze infettive, epidemiche e dei PDTS – Disturbi Post Traumatici da Stress (dopo 15 giorni), la fase 4 la gestione delle patologie di elezione dovute all'assenza di servizi sanitari. Nello specifico la fase 3 si caratterizza per l'insorgenza negli assistiti di una sintomatologia psicosomatica, come vomito, nausea e diarrea (reazioni breve differite), ma anche cefalea, dispnea, abbondanti sudorazioni, disturbi gastrici, malessere, vertigine, spossatezza (disturbi transitori). In questi contesti critici, la preparazione dei soccorritori riveste un ruolo cruciale nella corretta gestione delle persone assistite. La capacità dei sanitari di riconoscere le varie problematiche di salute nelle diverse fasi di intervento diviene un fattore critico per il successo delle operazioni di soccorso. Risulta quindi interessante indagare le caratteristiche dei problemi di salute presentati dagli assistiti trattati da un Advanced Medical Post (AMP) durante la fase 3 dei soccorsi a seguito dell'evento catastrofico generato dal tifone Haiyan nelle Filippine nell'anno 2013.

OBIETTIVI. Verificare se le patologie trattate dall'AMP dopo 15 giorni dal tifone avevano una componente psicosomatica che rientrava nella fase 3 di intervento.

METODI. È stato condotto uno studio osservazionale descrittivo storico. La raccolta dati si è basata su tutte le schede sanitarie redatte dagli operatori sanitari volontari Ares Marche durante il periodo di attività di 21 giorni dell'AMP, costituito in risposta al tifone che ha colpito le Filippine nel 2013. L'analisi dei dati ha considerato i dati demografici, segni e sintomi registrati al triage suddivisi secondo nomenclatura flussi Emur, codice di triage, diagnosi di dimissione e codice di uscita. Per identificare i disturbi da ansia correlata sono stati valutati gli accessi al triage per diarrea, vomito, dolore addominale aspecifico, cefalea e cefalea associata ad artralgie, dimessi poi con codice di uscita verde. I dati sono stati elaborati mediante Microsoft Excel.

RISULTATI. Sono state valutati 1985 accessi all'AMP. Il campione era prevalentemente femminile (54%), con un'età media di 31.8 (DS 24) anni. Il codice di accesso al triage era verde nel 92% dei casi. I segni e sintomi prevalentemente dichiarati erano trauma (11%), dolore addominale (9%), febbre (8%), sintomi dermatologici (8%) e altri sintomi del sistema neurologico (6.2%). In particolare, tra i disturbi addominali si sono verificati dolore addominale (46%), epigastralgia (26%) pirosi gastrica (10%), vomito (10%) e diarrea (10%). L'1% del campione ha effettuato più di un accesso nell'AMP per lo stesso sintomo. L'11% del campione presentava segni e sintomi da somatizzazione di ansia riconducibili alla fase 3 di intervento.

LIMITI. Tra i principali limiti dello studio c'è la conduzione monocentrica dell'indagine. Inoltre le schede di accesso valutate presentavano talvolta dati scritti con calligrafie difficili da decifrare.

CONCLUSIONI. Lo studio ha evidenziato che diverse patologie organiche manifestate dopo il tifone che ha colpito le Filippine potevano essere ricondotte a disturbi psicosomatici da stress, riconducibili alla fase 3 di intervento. Tra questi i più frequenti sono stati vomito, dolore addominale, diarrea e cefalea. La conoscenza delle problematiche di salute che si verificano nelle diverse fasi in caso di catastrofi, può essere utile per una corretta pianificazione degli interventi assistenziali e gestione delle risorse umane.

Autore per la corrispondenza: Andreoli Elisa – Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti –
Email: elisand82@gmail.com

11. Piano di Assistenza Infermieristica nella privazione della libertà

Andreoni Annachiara[1], Caneda D'ambrosi Serafin[2], Giacomelli Silvia[2]

[1]Università Politecnica delle Marche, [2]ASUR Marche - Area Vasta n. 2

BACKGROUND. La sanità penitenziaria, responsabilità del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), riscontra numerose difficoltà a causa di risorse insufficienti, gestione dei servizi che fatica a rispondere adeguatamente ai bisogni di salute dei detenuti ed aspetti legati alla sicurezza che non possono non essere presi in considerazione. La stretta relazione tra carcere e salute determina la necessità di implementare un'assistenza adeguata che riguarda interventi terapeutici, ma anche educativi e di prevenzione della salute. Oltre ai problemi di salute presenti ancor prima dell'accesso al carcere, ci sono una serie di rischi legati alla detenzione che devono essere presi in considerazione e possibilmente prevenuti.

OBIETTIVI. Lo studio condotto si propone di implementare l'infermieristica di famiglia e comunità nella sanità penitenziaria per la tutela del diritto alla salute attraverso l'assistenza personalizzata e di qualità. Lo strumento proposto è un semi-standardized nursing care plan (SSNCP) nel quale vengono selezionate un pacchetto di diagnosi infermieristiche finalizzate alla pianificazione che poi verrà declinata personalmente ad ogni detenuto preso in carico.

METODI. Per la selezione delle diagnosi sono stati consultati gli studi che riguardano le problematiche di maggior rilievo all'interno del carcere attraverso statistiche e interviste rivolte ai detenuti contenute all'interno della letteratura consultata. Si è potuto individuare come l'esperienza detentiva sia il principale fattore patogenetico e come la carenza di servizi volti alla salute, la mancanza di interventi di prevenzione ed educazione sanitaria siano fonte di numerose problematiche e di preoccupazione. La valutazione delle patologie maggiormente presenti e dei bisogni di salute rilevati permette di pianificare servizi e assistenza razionalizzando le risorse per la gestione mirata di questi problemi.

RISULTATI. Il risultato dello studio si identifica nella creazione del piano di assistenza infermieristica semistandardizzato finalizzato alla gestione delle situazioni rilevate. Sono state selezionate 11 diagnosi infermieristiche raggruppate secondo gli 11 modelli funzionali di Marjory Gordon. Le diagnosi sono le seguenti: • Comportamento relativo alla salute che può causare rischi • Salute insufficiente della comunità • Rischio di infezione • Nutrizione squilibrata: superiore al fabbisogno metabolico • Deficit della cura di sé: vestirsi, bagno • Insonnia • Processi familiari interrotti • Isolamento sociale • Sindrome post traumatica • Rischio di suicidio • Rischio di dignità umana compromessa Con l'utilizzo della tassonomia propria della disciplina infermieristica sono stati definiti gli obiettivi e relativi indicatori misurabili con la scala Likert. Sono stati individuati un totale di 55 obiettivi. Definire obiettivi e indicatori permette all'infermiere l'utilizzo di questo strumento sia in fase di accertamento sia per valutare le modifiche avvenute a seguito dell'attuazione del piano di assistenza. In un secondo momento sono stati scelti gli interventi mirati al raggiungimento degli obiettivi proposti. Per ogni intervento, 46 in totale, sono state selezionate delle attività. Definire interventi ed attività ha un valore medico legale in quanto tutto ciò che viene fatto, viene registrato, inoltre fornisce al professionista materiale di supporto e consultazione. Tutto il materiale è stato organizzato in tabelle distinte perché possa presentarsi come uno strumento di facile consultazione a sostegno del professionista.

LIMITI. Un limite dello studio è rappresentato dalla mancanza di un'applicazione diretta del piano di assistenza infermieristica all'interno di un istituto penitenziario.

CONCLUSIONI. Se l'ambiente in cui il professionista si trova ad operare risulta particolarmente complesso, aumenta di conseguenza la necessità di fornire strumenti efficaci ed attuabili. Mettere a disposizione dell'infermiere che lavora all'interno del carcere un semi-standardized nursing care plan significa sostenerlo nell'erogazione dell'assistenza. Di fronte alle difficoltà gestionali e la scarsità di risorse non sarebbe fattibile per ogni singolo detenuto mettere in atto il processo di pianificazione da nuovo. Questo non va a discapito, però, dell'assistenza personalizzata. Infatti avere a disposizione uno strumento attuabile e già strutturato lascia comunque al professionista il compito di stabilire ciò che è più opportuno per il suo assistito e modificare tutto ciò che si rende necessario. L'applicazione della metodologia scientifica alla disciplina infermieristica attraverso la pianificazione si identifica come un processo sistematico, ma che lascia al professionista la libertà di determinare gli aspetti fondamentali per l'assistenza infermieristica.

Autore per la corrispondenza: Andreoni Annachiara – Università Politecnica delle Marche –
Email: annachiaraandreoni@gmail.com

12. L'accesso intraosseo in emergenza: uno studio osservazionale sull'uso del device tra gli infermieri del DEA dell'Area Vasta 5

Andreucci Marida[1], Traini Tiziana[1], Caputo Elena[2]

[1]Università Politecnica delle Marche, [2]Casa di Cura S. Stefano

BACKGROUND. In emergenza, in presenza di arresto cardiaco, shock o emorragia, garantire rapidamente un accesso vascolare può essere una grande sfida. Il metodo preferito in prima linea è l'accesso venoso periferico attraverso l'uso di una cannula endovenosa, ma ripetuti tentativi di incannulamento venoso nei pazienti con difficoltà a reperire una vena portano ad uno spreco di tempo prezioso. Una valida alternativa è rappresentata dall'accesso intraosseo, attraverso il quale è possibile somministrare fluidi come cristalloidi, colloidi e farmaci al pari di un accesso venoso. L'infusione intraossea è stata utilizzata nel corso degli anni come metodo di erogazione di farmaci e fluidi nel sistema vascolare attraverso il midollo osseo. L'utilizzo dei dispositivi intraossei oggi è considerata una prassi standard nell'Advanced Life Support sia nel paziente adulto che nel pediatrico. L'accesso intraosseo è anche raccomandato dal Consiglio europeo di rianimazione e dall'American Heart Association.

OBIETTIVI. Lo scopo dello studio è quello di comprendere perché, nonostante le evidenze scientifiche descrivano l'accesso intraosseo come un dispositivo efficace e sicuro, a parità di un accesso vascolare endovenoso, in situazioni di emergenza/urgenza, dove il fattore tempo è determinante per la vita del paziente, venga utilizzato raramente nelle unità operative del dipartimento DEA. Per questo motivo è stato creato un questionario che possa far luce sulla reale motivazione.

METODI. È stato condotto uno studio osservazionale nel Dipartimento di emergenza-urgenza dell'Area Vasta 5. Le unità operative che sono state prese in esame sono: 118-POTES, Pronto soccorso e Rianimazione di entrambi i P.O. di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto. È stato somministrato a tutti gli infermieri un questionario redatto ad hoc sulle conoscenze del device. I questionari sono stati somministrati nell'arco di tempo che va dal 20 febbraio 2018 al 20 marzo 2018. Prima dello svolgimento dello studio è stata condotta una ricerca esplorativa delle conoscenze più aggiornate in letteratura riguardo l'oggetto di discussione della tesi, attraverso l'utilizzo della banca dati PUBMED. I termini sono stati usati singolarmente e tramite operatori booleani sia per ricerca libera che per termini "MESH".

RISULTATI. sono stati somministrati 130 questionari, ne sono stati riconsegnati compilati solamente il 67%, corrispondenti a 87 questionari. Il campione preso in considerazione è costituito in media da professionisti con elevati anni di servizio ed esperienza, con età lavorativa medio-alta. Il campione analizzato è prevalentemente costituito da infermieri del Pronto Soccorso, ben 41su 87 totali. Il 98% del campione in esame conosce la tecnica e il dispositivo più conoscono è l'EZ-IO. Il 72% ritiene che l'utilizzo dell'accesso intraosseo sia molto utile mentre il 28% lo ritiene mediamente utile. Il 56% del campione non ha mai effettuato l'accesso intraosseo e nella maggior parte dei casi in cui è stato effettuato, ci si trovava difronte ad una situazione di arresto cardiocircolatorio. Dall'analisi dei dati si evince che, in accordo con le evidenze scientifiche, il sito Tibiale Prossimale è il più utilizzato. Altresì dato molto importante è che il 23% degli infermieri ha dichiarato di avere una mancanza di formazione al riguardo. Questo è un dato importante perché si potrebbe ipotizzare che, se tutti gli operatori del dipartimento DEA avessero la possibilità di partecipare a corsi di formazione, probabilmente aumenterebbe l'attitudine nell'effettuare l'accesso intraosseo.

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

CONCLUSIONI. Dai risultati analizzati si riscontrano dei punti contrastanti tra loro: la maggior parte degli operatori sono a conoscenza dell'utilità e dell'importanza del device ma la percentuale degli operatori che lo utilizzano si mantiene mediamente bassa, 32%. Un'altra supposizione è che questa tecnica venga utilizzata solo in casi di estrema criticità nel reperimento di un accesso, tutto ciò in contraddizione con le nuove evidenze scientifiche, che propongono l'accesso intraosseo come possibile alternativa anche ai pazienti non critici, ad esempio in pazienti con scarso patrimonio venoso. Degli operatori che hanno dichiarato di aver effettuato l'accesso intraosseo, l'unità operativa che in realtà possiede il "primato" nell'utilizzo è il 118. Questo dato sottolinea ulteriormente la necessità di poter usare questo device nelle situazioni di maggiore criticità. Ma nonostante l'80% dei partecipanti allo studio ha dichiarato di aver frequentato corsi di formazione per l'utilizzo di questa procedura, la seconda causa legata al non aver mai effettuato l'accesso intraosseo è stata identificata nella mancanza di formazione riguardo la procedura in oggetto. Se da una parte la tecnica è poco utilizzata, dall'altra per gli infermieri del DEA è una pratica molto utile.

Autore per la corrispondenza: Andreucci Marida – Università Politecnica delle Marche –
Email: m.andreucci@pm.univpm.it

13. Monitoraggio e nursing di alta quota: uno studio osservazionale sull'attività di elisoccorso

Andreucci Marida, Traini Tiziana, Esposito Pierpaolo

Università Politecnica delle Marche

BACKGROUND. il Servizio di Elisoccorso costituisce il naturale perfezionamento della fitta rete "terrestre" del Sistema di Emergenza – Urgenza territoriale. L'obiettivo principale di tale prestazione, è quello di garantire un adeguato e tempestivo intervento, in risposta a particolari situazioni che non possono essere gestite in egual maniera dagli altri mezzi a disposizione della CO 118. Nelle emergenze sanitarie la componente infermieristica gioca un ruolo fondamentale per quello che riguarda la Pianificazione della missione, la gestione e il completamento. Nella regione Marche il servizio di Elisoccorso venne attivato nel 1987 e fu una delle prime regioni in Italia a disporre di un elicottero sanitario.

OBIETTIVI. Valorizzare il Sistema Sanitario della Regione Marche che consta di due elicotteri, valutare l'effettiva produttività di questi e l'eterogeneità dei servizi svolti.

METODI. studio osservazionale retrospettivo riguardante i trasporti effettuati dal servizio Elisoccorso della Regione Marche nel triennio 2014/2016. I dati sono stati estratti dal database informatizzato dell'Area Dipartimentale Sezione elisoccorso dell'Azienda ospedaliera "Ospedale Riuniti" Torrette Ancona. I dati sono stati elaborati tramite foglio di calcolo Microsoft Excel®.

RISULTATI. dallo studio effettuato è emerso che nei due anni presi in esame vi è stato un incremento del 60% sul totale delle missioni portate a compimento dalle basi operative di Ancona e Fabriano. Il genere maschile è risultato maggiormente ospedalizzato tramite elisoccorso e l'età media degli stessi si aggira attorno ai 51 anni. Altresì dallo studio è emerso che la Co 118 di Ancona è maggiormente dedicata alle attivazioni degli aeromobili e che il paziente per il quale si ricorre all'attivazione dello stesso è il traumatizzato.

LIMITI. il limite dello studio è rappresentato dalla dispersione dei dati, risultando a volte complicato interpretare la loro origine, motivazione e diversificazione.

CONCLUSIONI. l'aumento delle richieste di attivazione dal 2014 al 2016, indicano una maggiore aderenza ai protocolli di attivazione e un aumento dei pazienti critici. A tal fine si rende necessario che l'infermiere che lavora in eliambulanza, realizzi al meglio gli obiettivi imposti dal suo ruolo. Egli deve essere in possesso di due competenze fondamentali: la capacità comunicativa e l'abilità di operare come membro di un team accumunato da un unico obiettivo: il benessere del paziente. Ciò significa pertanto, aver maturato una buona metodologia del soccorso, fondata sull'applicazione di fasi sequenziali standard, ma allo stesso tempo elastiche, calzanti con i possibili scenari che l'infermiere può e deve saper affrontare e quindi gestire.

Autore per la corrispondenza: Andreucci Marida – Università Politecnica delle Marche –
Email: m.andreucci@pm.univpm.it

14. Il nursing nel paziente politraumatizzato in pronto soccorso

Andreucci Marida, Traini Tiziana, Marozzi Fabrizio

Università Politecnica delle Marche

BACKGROUND. Il politrauma è un quadro clinico decisamente instabile, caratterizzato da lesioni mono e polidistrettuali con eventuale compromissione delle funzioni vitali. Secondo l'OMS nel mondo più di 9 persone al minuto muoiono per lesioni traumatiche. I soli incidenti stradali provocano nel mondo più di un milione di decessi all'anno e rappresentano il 25% delle cause di trauma. Il grado di mortalità e morbilità secondario a trauma è strettamente correlato al fattore tempo e alla qualità degli interventi erogati che dipendono dal grado di professionalità, di preparazione ed addestramento dell'equipe che giunge sul posto.

OBIETTIVI. Analizzare la gestione dei traumi giunti, correlando i risultati ottenuti con la possibile determinazione di fattori incidenti.

METODI. Lo studio di tipo osservazionale – retrospettivo ha analizzato la gestione dei traumi giunti nei Presidi Ospedalieri dell'Area Vasta 5 nel quinquennio compreso tra il 2012 e il 2017. I dati raccolti tramite il Centro Elaborazione Dati del presidio in esame sono stati analizzati in forma anonima utilizzando il programma Microsoft Excel®.

RISULTATI. Il campione selezionato è stato di 294 casi. Dall' analisi emerge che il 71% è di sesso maschile, contro il 29% di sesso femminile. La media dell'età delle persone coinvolte è di 50 anni e la deviazione standard è 23%. L'affluenza al presidio "Mazzoni" è stata del 42%, mentre nel presidio "Madonna del Soccorso" è stata del 58%. Dallo studio è risultato che l'incremento del numero dei politraumi si rileva nel mese di agosto con l'11% dei casi. Si è rilevato, inoltre, che il giorno caratterizzato da maggiore affluenza dei casi di politrauma, dal 2012 al 2017, è il sabato con il 20%. La fascia oraria che ha fatto rilevare la maggior parte degli accessi ai due P.S. dell'Area Vasta 5 è stata quella dalle 18:01 alle 19:00. Riguardo al trasferimento dal P.S. al reparto di degenza, l'Anestesia e Rianimazione si è rilevato come l'U.O. con maggior flusso, ovvero il 21% del campione. Per ciò che concerne invece le dimissioni, dai dati si è ricavato che il 63% è stato ricoverato in reparti di degenza ospedalieri, il 18% è stato dimesso a domicilio, il 13% è stato trasferito in altre strutture, mentre il 3% è deceduto in P.S.

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

CONCLUSIONI. dai risultati dello studio effettuato emerge che vi è un incremento via via in crescendo con il passare degli anni dei politraumi maggiore e che la maggior parte dei casi analizzati ha continuato il percorso assistenziale nell'U.O. di Anestesia e Rianimazione, probabilmente a causa della gravità dei danni riportati. Da ciò si evince la rilevanza dell'infermiere nella gestione del politrauma nel valutare in primis lo scenario che andrà ad affrontare, con tutti i rischi legati al setting situazionale, quindi alla sicurezza dell'operatore ed alle cure appropriate da garantire al paziente. Sulla base dei dati rilevati è possibile ipotizzare e quindi proporre la realizzazione di un progetto, volta a ridurre i politraumi, (tramite adeguata informazione sul rispetto del codice della strada e sul comportamento da tenere alla guida di autoveicoli), e limitare gli esiti invalidanti derivanti.

Autore per la corrispondenza: Andreucci Marida – Università Politecnica delle Marche –
Email: m.andreucci@pm.univpm.it

15. Gestione infermieristica delle emergenze territoriali della Centrale Operativa 118 “Piceno Soccorso”: uno studio osservazionale

Andreucci Marida, Traini Tiziana, Mercolini Giorgia

Università Politecnica delle Marche

BACKGROUND. La principale mission di un sistema di soccorso sanitario è quella di ridurre il numero delle morti evitabili, attraverso l’invio e l’intervento tempestivo, del mezzo più idoneo, sul luogo dell’evento ed il trattamento più qualificato al paziente. L’idoneità dei mezzi non dipende esclusivamente dalla presenza del medico, ma dalla professionalità e dalla formazione che viene fornita al personale sanitario, responsabile del soccorso. In molti degli episodi acuti, i principali protagonisti sono gli infermieri. Questo avviene perché con l’emanazione del DPR 27 marzo 1992, si è adottato il modello definito “standard order protocol system”, ovvero un modello caratterizzato da protocolli di comportamento che hanno valenza diagnostico-terapeutica, in cui è demandata all’infermiere l’intera gestione assistenziale del caso clinico. L’infermiere, in queste situazioni, si comporta e agisce con tutte le responsabilità che ha il medico, con particolare riferimento all’errore diagnostico. I protocolli garantiscono il raggiungimento degli obiettivi e degli standard prefissati, in quanto assicurano un rapido intervento. Essi rappresentano un vincolo procedurale da rispettare, validato e autorizzato dal Responsabile Sanitario, pertanto rappresenta una tutela ed una garanzia per gli operatori.

OBIETTIVI. Valorizzare il ruolo degli infermieri sui Mezzi di Soccorso, analizzando, dai dati emersi, l’eterogeneità dei servizi svolti dagli stessi.

METODI. È stato realizzato uno studio osservazionale retrospettivo riguardante la gestione infermieristica delle emergenze territoriali, coordinate dalla Centrale Operativa 118 “Piceno Soccorso” nel triennio 2015/2017 e gennaio 2018.Lo studio è stato condotto dapprima utilizzando il database informatizzato in dotazione alla Centrale Operativa e successivamente, previa autorizzazione delle autorità competenti, consultando le schede dispatch di ogni singolo intervento. La raccolta dati è stata poi elaborata tramite il programma Microsoft Excel®.

RISULTATI. Nel triennio in considerazione si è evidenziata un incremento delle unità di attivazione MSI per ogni singola postazione (AP, SBT, Petritoli); il territorio di San Benedetto del Tronto è al primo posto per il numero di uscite dell’MSI (837 nell’anno 2017) rispetto alle altre due postazioni, intervenendo maggiormente nella categoria del trauma. La Potes di Petritoli primeggia nel soccorso delle patologie cardiocircolatorie, respiratorie e neurologiche. L’MSI ascolana risulta essere meno attiva (115 interventi nel 2017). Nelle zone territoriali oggetto di studio, i pazienti ospedalizzati tramite MSI sono prevalentemente di sesso femminile e l’età media si aggira intorno ai 65 anni. Si evidenzia una grande dissonanza tra la criticità assegnata dall’Infermiere della Centrale Operativa e la valutazione sanitaria effettuata sul posto dall’Infermiere Team Leader, nel triennio scelto.

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

CONCLUSIONI. Dai risultati emerge la necessità di una maggiore formazione da parte dell’infermiere sull’approccio al paziente traumatizzato e sulla gestione delle emergenze cardiocircolatorie, in vista della sempre più crescente frequenza con cui vengono utilizzati i mezzi di soccorso infermieristici. Sarebbe opportuno attivare dei protocolli infermieristici per ognuna delle patologie evidenziate nello studio, in modo che l’infermiere riesca a trattarle in autonomia. Altresì risulterebbe utile programmare dei retraining periodici ed audit clinici per migliorare l’assistenza al paziente, discutere le criticità e gestire lo stress anche grazie a periodici briefing, debriefing e defusing.

Autore per la corrispondenza: Andreucci Marida – Università Politecnica delle Marche –
Email: m.andreucci@pm.univpm.it

16. Community Care e Sanità di Iniziativa: L'Infermiere di Famiglia e di Comunità

Anglani Angelo, Pizzicannella Cristiana, Persichilli Riccardo, Sandroni Cinzia

ASL Roma 6

BACKGROUND. L'invecchiamento della popolazione ha condotto ad un costante trend di crescita delle patologie croniche, scenario che chiede l'individuazione di aree di intervento tese a proteggere i cittadini più fragili, assicurando così un servizio sanitario e sociale in grado di rispondere alle loro necessità. Come indicato nel Piano Nazionale della Cronicità 2016 i pazienti cronici /fragili, sono sensibili a cure mediche, infermieristiche e riabilitative da erogare nell'ambito dell'assistenza territoriale. Il cambiamento delle variabili che influiscono sul contesto sanitario hanno orientato alla adozione di nuovi modelli organizzativi in cui c'è un ruolo emergente della professione infermieristica. Individuano due costanti: contenimento della spesa e la definizione delle competenze e dei nuovi ruoli, necessarie per la nascita di modelli assistenziali che sostengano la comunità. Rappresenta il modello di riferimento la sanità d'iniziativa e il Chronic Care Model, che mira alla prevenzione e al miglioramento della gestione della cronicità. Per migliorare l'assistenza alle persone con condizioni croniche è necessario un "a More Comprehensive Approach and Value Proposition". L'Infermiere di Famiglia e Comunità-IFeC-è promotore e attivatore di tale modello, garantisce una presa in carico globale dei problemi socio-sanitari e le possibili osmosi del sistema integrato a "rete" fra i vari attori.

OBIETTIVI. Presa in carico a supporto della popolazione fragile della ASL Roma 6 Distretto 1, per aiutarla a vivere autonomamente presso il proprio domicilio il più a lungo possibile e prevenire o ritardare il peggioramento della loro Fragilità clinica e/o funzionale. Attivare l'Infermiere di Famiglia e Comunità per le persone fragili in carico ai PDTA; Individuare e prevenire le possibili riacutizzazioni al fine di mantenere il livello appropriato di salute.

METODI. Nella fase iniziale della sperimentazione del progetto saranno incluse tutte le famiglie (ad oggi 450), nel quale è presente almeno un famigliare che usufruisce dei servizi socio-sanitari erogati dal Distretto 1 e/o dal Comune di residenza e con attivo percorso PDTA. Criteri di inclusione: Cittadini che presentano Cronicità in fase iniziale mono-patologica e fragilità sociosanitarie in fase iniziale; Cittadini che presentano Cronicità polipatologica con prevalenti bisogni extra- ospedalieri e fragilità socio sanitaria e di grado moderato. Il progetto sarà sperimentato nella porzione del territorio collinare/montano del Distretto 1, in particolare nei comuni con più difficoltà di mobilità e integrazione: Rocca priora-Monteporzio Catone e Monte Compatri.

RISULTATI. Si è proceduto effettuando l'analisi della struttura della popolazione per tre fasce di età: giovani 0-14 anni, adulti 15-64 anni e anziani 65 anni e oltre. Dai risultati si evince che la struttura della popolazione di riferimento è di tipo stazionario: Cittadini residenti nei tre Comuni individuati: n. 32.649, Famiglie n.13.448, MMG n.27, Tot. Assistiti dai MMG 28291. Totale PDTA n.450: DIABETE n.297, BPCO n.106, SCOMPENSO CARDIACO n.47. A 6 mesi indagine di Survey rivolta alle famiglie prese in carico dai moduli pilota dell'IFeC. L'indagine si pone come obiettivo di rilevare, attraverso il vissuto delle persone e delle famiglie, con schema di riferimento il framework che descrive come l'interazione tra le componenti del Chronic Care Model unite ad un comportamento attivo della persona/famiglia e ad una azione proattiva del team, condiziona gli outcome clinici e funzionali dell'assistenza.

LIMITI. Infermieri con competenze specialistiche legate al Nursig di Iniziativa e modello organizzativo del Chronic Care Model e del Case Management. La piena interazione e condivisione del processo di presa in carico con il Medico di Famiglia e con i servizi Sociali e della Comunità.

CONCLUSIONI. L' IFeC intercetta situazioni di disagio socio-sanitario e attiva la presa in carico Globale della persona assistita e della famiglia. Pone l'attenzione sulla Community Care come forma di sostegno fornito informalmente e formalmente alle persone fragili, che risiedono nella «comunità», dando ruolo e funzione attiva alla Care in the community. L' IfeC seguendo nel tempo le famiglie con i pazienti in carico nei percorsi di PDTA garantisce un corretto "Coping" atto alla intercettazione di nuovi rischi di salute e alla riduzione di complicanze date dalle "fragilità" socio-sanitarie presenti: approccio al nucleo famigliare come "contesto di Salute".

Autore per la corrispondenza: Pizzicannella Cristiana – ASL Roma 6 – Email: cpizzicannella@gmail.com

17. Il ruolo della Medicina di laboratorio nei PDTA “del dipartimento di urgenza emergenza”

Antonelli Fabio, Fiorini Marcello, Canapicchi Alina, Fragomeni Francesca, Guglielmi Simonetta, Quintavalle Cristina, Masi Pietro, Paoletti Ugo, Bernardini Angela, Pastorella Rita

Azienda USL Toscana Nord Ovest

BACKGROUND. Nell’ottica dei PDTA l’esame diagnostico decentrato il POCT rappresenta al momento la migliore soluzione organizzativa a supporto di quelle situazioni nelle quali è necessario avere un risultato diagnostico di laboratorio in tempi rapidi ma sotto il costante controllo del Laboratorio centrale, in modo tale che la refertazione del POCT sia conforme agli standard qualitativi richiesti e i risultati siano sempre correlabili a quelli del Laboratorio centrale. Tale esigenza è evidente nei DEU.

OBIETTIVI. Quindi nell’ottica dei PDTA abbiamo voluto mettere a disposizione del DEU uno strumento rapido e affidabile per permettere un approccio diagnostico terapeutico rapido garantendo l’affidabilità del dato analitico, valutando l’attendibilità dei valori di emoglobina Na K.e glucosio Emoglobina emessi dagli emogas analizzatori dei PRS dei P.O. di Livorno Cecina Piombino e Portoferraio Scopo di questa analisi è confrontare le determinazioni di questi parametri critici eseguiti in reparto con l’Emogasanalizzatore in uso GEM Premier 4000 (IL-Werfen) e le determinazioni ottenute nel Laboratorio centrale. Sono stati analizzati più di 2300 campioni provenienti dalla normale routine dei PRS e analizzati dai laboratori di pertinenza dei diversi P.O.I reparti interessati non hanno avuto istruzioni in merito, la raccolta è quindi il risultato dell’attività ordinaria del reparto.

METODI. I campioni sono stati prelevati in provetta con lt eparina e in Edta per il laboratorio e in siringa eparinata per l’esecuzione dell’Ega eseguita direttamente in reparto Le performance analitiche dell’emogasanalizzatore sono state comparate con il sistema di riferimento in uso nei Laboratori in chimica clinica ARCHITECT c8000 (Abbott), e XE-2100 di Dasit per il dosaggio dell’emoglobina. La valutazione delle tempistiche intercorrenti tra i due prelievi è stata resa possibile grazie alla valutazione dei risultati sul LIS e sul middleware gestionale GEMweb Plus. I campioni considerati nello studio hanno tempistiche di prelievo di pochi minuti l’uno dall’altro e hanno rispettato la corretta fase preanalitica. La valutazione dell’agreement è stata effettuata su base grafica e su base statistica attraverso Bland- Altman e Passing Bablok.

RISULTATI. Risultati i dati evidenziano un’ottima concordanza tra i due analizzatori, gli indici di correlazione R2 risultano per Na+ pari a 0,90, K+: 0,81 e Glu: 0,96, e l’analisi di Passing-Bablok evidenzia uno slope pari a 1 per Na+ e K+, e pari a 1,009 per Glu. Inoltre la media delle differenze dei valori di tutti i risultati ottenuti con GEM Premier 4000 e ARCHITECT risulta per il parametro Sodio pari a – 0,41 e per Potassio pari a – 0,032, consistente con il bias medio derivante dai diversi metodi di misura (potenziometria indiretta e diretta). La distribuzione dai grafici di Bland-Altman appare omogenea e di ampiezza costante intorno allo zero, evidenziando la bontà della regressione e l’assenza di derive sulla scala di misura. L’analisi statistica dei valori di HB attraverso il calcolo della regressione lineare e il modello non parametrico di Passing-Bablock dei risultati ottenuti ha mostrato un’ottima correlazione tra i due strumenti, nonostante metodologie di misura differenti. La regressione lineare ha mostrato uno slope di 0,97 con intercetta di 0,36 e un indice di correlazione R2 pari a 0,93.La distribuzione appare casuale e di ampiezza costante intorno allo zero, evidenziando la bontà della regressione e l’assenza di derive su tutto il range di dati analizzato (da 4,5 a 19,5 g/dL). Non è stato applicato nessun metodo per l’eliminazione di risultati outliers, tutti i dati sono stati utilizzati nell’elaborazione. L’analisi con Passing-Bablok ha individuato una retta di regressione con slope pari a 1 e valore dell’intercetta pari a 0.I risultati suggeriscono che le due serie di dati sono perfettamente sovrapponibili sia in termini di coefficiente angolare che di assenza di errori di tipo proporzionale.

LIMITI. I risultati ottenuti devono inoltre tener in considerazione la variabilità inter-strumentale: sono stati infatti utilizzati 4 GEM Premier 4000 differenti e altrettanti strumenti in Laboratorio e le diffenze di metodiche utilizzate.

CONCLUSIONI. L’analisi dei risultati ha mostrato un’ottima correlazione tra i due strumenti su tutti i parametri, confermando l’attendibilità dei valori ottenuti in POCT. I risultati hanno inoltre confermato il bias medio dovuto alla differenza tra le metodiche. La valutazione dei parametri considerati, effettuata su ampie scale di concentrazione e con un numero cospicuo di determinazioni, è fondamentale per i pazienti nel critical care e la possibilità di avere un dato affidabile rapidamente permette un veloce intervento terapeutico. L’analisi dei dati e il confronto effettuato confermano l’attendibilità dei referti ottenuti con l’emogasanalizzatore GEM Premier 4000 avvalorandone l’utilità clinica come sistema POCT.In conclusione i clinici possono fare tranquillamente riferimento ai risultati prodotti con l’emogasanalizzatore attualmente in uso nei reparti in quanto sovrapponibile al risultato generato dal Laboratorio.

Autore per la corrispondenza: Antonelli Fabio – Azienda USL Toscana Nord Ovest – Email: 99.antonelli@gmail.com

18. Utilizzo di studi di prevalenza periodici delle infezioni nosocomiali e dell'uso degli antibiotici per orientare gli interventi di miglioramento e incrementare sicurezza e qualità dell'assistenza

Antonioli Paola[1], Bolognesi Niccolò[2], Bernardini Daniele[2], Carioli Umberto[2], Marini Gialuca[2], Rauzino Andrea[2], Florescu Caterina[2], Sandri Federica[2], Martellucci Cecilia[2], Gabutti Giovanni[2]

[1]Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, [2]Università degli Studi di Ferrara

BACKGROUND. ECDC identifica le infezioni correlate all'assistenza (ICA) come problema rilevante e propone interventi specifici per ridurne l'incidenza e limitare il dispendio di risorse economiche e mortalità. Per stimare l'impatto delle ICA e dell'uso di antibiotici in Europa, ECDC ha realizzato nel 2011-2012 il 1°studio europeo di prevalenza. Il 2°studio Europeo è stato effettuato nel 2016. In Italia la prevalenza delle ICA è stata dell'8,03%. Siti di infezione più frequenti sono risultati: polmoniti (20,3%), batteriemie (18,3%), tratto urinario (18%), sito chirurgico (14,4%) e tratto gastrointestinale (8,5%). L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara (AOUFE) ha partecipato ad entrambi gli Studi ECDC. Nel 2018 AOUFE ha ripetuto l'indagine.

OBIETTIVI. Il confronto dei dati ottenuti dalle indagini 2016 e 2018 consente di: -stimare il trend di prevalenza ICA e dell'uso di antibiotici; -delineare i fattori di rischio dei pazienti, le procedure invasive e l'utilizzo di presidi; -condividere i risultati all'interno della struttura; -individuare insieme la presenza di criticità e progettare interventi di miglioramento.

METODI. Nel 2018 per lo studio, svolto dal 12 al 23 novembre, è stato utilizzato il protocollo ECDC PPS 2016/2017. Come negli anni precedenti, i dati sono stati raccolti da Medici investigatori indipendenti (medici in formazione specialistica della scuola di Igiene e Medicina Preventiva di UNIFE) consultando la documentazione clinica e con il supporto dei Referenti Medici e Assistenziali per la Gestione del Rischio Infettivo di ogni reparto. I dati rilevati includono dati amministrativi, antibiotici somministrati con indicazione e posologia, ICA attive, stima di sopravvivenza del paziente tramite McCabe Score, procedure invasive e presidi.

RISULTATI. AOUFE ha 656 posti letto. Sono stati inclusi nello studio 572 degenti. I pazienti con almeno una ICA sono risultati 63 (11,0%). I siti di infezione più frequenti sono stati: polmoniti (32,4%), batteriemie (21,6%), tratto gastrointestinale (10,8%), sito chirurgico (9,5%), tratto urinario (6,7%). Su 40 patogeni identificati responsabili di ICA, rappresentano il 75% di tutti gli isolamenti Clostridium difficile (15%), Klebsiella pneumoniae (15%), Candida albicans (10%), Escherichia coli (10%), Staphylococcus epi-dermidis (10%) Staphylococcus aureus (8%), Stenotrophomonas maltophilia (8%). La frequenza di resistenza per questi microrganismi è risultata: 67% per cefalosporine di III ge-nerazione per Klebsiella pneumoniae; 75% alle cefalosporine di III ge-nerazione per Escherichia coli e 25% a Oxacillina per Staphylococcus aureus. Le ICA erano maggiormente concentrate nei reparti di area Medica (63,5%): polmoniti (36,4%), batteriemie (18,2%), infezioni di orecchio, naso, gola, ecc. (11,4%), gastrointestinali (9,1%), urinarie (9,1%). Prevalenza ICA 11,1% nelle Terapie Intensive, 9,5% nelle Chirurgie e 6,3% in Riabilitazione. Sul totale dei degenti, il 42,8% assumeva almeno un farmaco antimicrobico (44,5% Studio Italiano). Il 70,5% dei pazienti era portatore di Catetere Vascolare Periferico, il 39,2% di Catetere Urinario, il 15,9% di Catetere Vascolare Centrale (CVC) e l'1,7% era Intubato. La gravità clinica dei pazienti, valutata con McCabe Score, è stata giudicata Non Fatale nel 51,9%, Fatale nel 26,2% e Rapidamente Fatale nel 19,4%. Il 9% dei pazienti è stato sottoposto a un intervento chirurgico NHSN durante la degenza e il 17% a un intervento Non NHSN o Minimamente Invasivo. La prevalenza delle ICA è più elevata nei pazienti intubati (60,0%; $p<0.001$), portatori di CVC (27,5%; $p<0.001$), con catetere urinario (15,2%; $p=0.008$), terminali (24,3%; $p<0.001$) e sottoposti a interventi chirurgici NHSN durante la degenza (15,6%; p=n.s.).

LIMITI. Oltre ai limiti ben noti da letteratura scientifica degli studi di prevalenza, il protocollo utilizzato non considera alcune procedure e DM a rischio di ICA come nefrostomie, cateteri peritoneali da dialisi, sondini naso-gastrici e drenaggi chirurgici.

CONCLUSIONI. Nell'ultimo Report italiano PPS2 del 2016, la prevalenza delle ICA era dell'8,03%, maggiore nelle strutture di grandi dimensioni con reparti ad alta intensità assistenziale. Rispetto alla rilevazione 2016, la prevalenza delle ICA in AOUFE è aumentata dell'1% (p-value=ns). Tale aumento potrebbe essere dovuto all'aumento statisticamente significativo di pazienti terminali (da 15,3% a 19,4%; $p<0,001$). Rilevante il calo delle ICA del tratto urinario (da 25,4% a 6,7%) nonostante l'incremento di pazienti portatori di catetere vescicale (da 36,9% a 39,2%). Dal 2018 all'interno di AOUFE sono state utilizzate tecniche di Lean Management applicate al controllo delle infezioni nelle Chirurgie e in Riabilitazione. Ciò ha portato a una riduzione delle ICA in tali reparti, mentre rimane critica l'elevata prevalenza nei reparti di area medica. Nel 2019 interventi KAIZEN verranno applicati anche in area medica e nei percorsi di gestione di polmoniti e batteriemie.

Autore per la corrispondenza: Antonioli Paola – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara –
Email: p.antonioli@ospfe.it

19. L'efficacia dello sviluppo del pensiero critico nella pratica infermieristica: una revisione integrativa della letteratura

Aurelio Veneranda

Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti

BACKGROUND. Il pensiero critico (PC) è un processo cognitivo che include l'analisi razionale delle informazioni per facilitare il ragionamento clinico, il giudizio e il processo decisionale. 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 da acquisire durante il percorso formativo e nella 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 sull'importanza dello sviluppo del pensiero critico durante il percorso formativo degli studenti del Corso di Laurea in infermieristica.

METODI. Il problema clinico di interesse è stato strutturato secondo il modello PICOM ed è stata effettuata una ricerca bibliografica nel periodo compreso tra gennaio e luglio 2016. Gli abstract sono stati valutati in base ai criteri di inclusione per individuare gli articoli eleggibili per la revisione. La selezione degli studi è stata condotta attraverso un'analisi iniziale dei titoli e degli abstract; una volta identificati gli articoli rilevanti ne è stato analizzato il testo integrale.

RISULTATI. Il tirocinio clinico rappresenta il cuore della preparazione degli studenti dei corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie ed è fondamentale per sviluppare competenze professionali e pensiero critico. L'efficacia dell'apprendimento clinico è legata al contesto nel quale si realizza, alle abilità del professionista e alla capacità di leggere criticamente i contesti clinici nei quali andrà ad operare. Gli ambienti di apprendimento clinico sono considerati una rete di fattori interagenti nel contesto, in grado di influenzare gli esiti dell'apprendimento degli studenti. Diverse organizzazioni internazionali hanno avanzato iniziative per prestare maggiore attenzione allo sviluppo del pensiero critico. La National League for Nurses (NLN) ha incluso tra i criteri specifici del percorso di formazione, lo sviluppo del Pensiero Critico come competenza da acquisire e sviluppare. La pratica infermieristica richiede dunque capacità di pensiero critico, ne consegue che tale sviluppo diventa essenziale ai fini della professione, in termini di risultati e interventi appropriati.

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 aiuta l'infermiere a scegliere come risolvere i problemi di assistenza del paziente (identificare, pianificare, attuare, valutare). Ci sono enormi quantità di informazioni sull'assistenza sanitaria ed essa cambia continuamente, la semplice memorizzazione dei dati non può aiutare l'infermiere nei compiti di classificazione, organizzazione ed identificazione delle informazioni per utilizzarli in modo efficace ed efficiente. Sviluppare il senso critico permette di scegliere tra più opportunità la soluzione migliore, garantisce un'assistenza sanitaria efficace, creativa, efficiente ed in totale sicurezza. Formare una professione non significa soltanto insegnare tecniche che permettono di fabbricare un prodotto o di prestare un servizio, ma creare un'attività dal contenuto intellettuale e relazionale che implica la soluzione dei problemi e l'adattamento.

Autore per la corrispondenza: Aurelio Veneranda – Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti –
Email: vene.aurelio@libero.it

20. L'implementazione delle buone pratiche per la prevenzione delle Infezioni correlate all'assistenza: risultati dell'Audit Clinico

Aurelio Veneranda, Bombini Anna, D'imperio Daniela, Fontana Francesca

Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti

BACKGROUND. Le Infezioni correlate all'assistenza (ICA) rappresentano uno dei maggiori problemi che oggi la sanità pubblica si trova a dover affrontare, in quanto responsabili di gravi ripercussioni sul paziente con prolungamento del periodo di degenza e impiego di risorse aggiuntive, condizionando infine la qualità stessa delle prestazioni assistenziali ricevute. Le infezioni correlate all'assistenza (ICA) sono associate alla complessità dell'assistenza, alle politiche e alle procedure adottate nelle istituzioni sanitarie, alle attitudini e conoscenze degli operatori e alle barriere nell'implementazione delle buone pratiche. Comportano un aumento dei costi, sia in termine di salute che economici.

OBIETTIVI. In relazione alla nostra esperienza e alle nostre criticità abbiamo attivato un programma di audit che ci permettesse da una parte di identificare i principali discostamenti della pratica assistenziale rispetto agli standard di Best Practice, dall'altra di fornire le principali indicazioni per attuare le opportune strategie di cambiamento intese come implementazione di buona pratica.

METODI. Nel periodo ottobre-novembre 2018 sono stati realizzati 6 incontri di audit, rivolti ad un numero massimo di 20 partecipanti. Il percorso, riconosciuto come attività di formazione accreditata ECM "Gruppo di miglioramento", è stato condotto dall'infermiere responsabile del progetto in collaborazione con l'infermiere referente CIO e con il coinvolgimento di Specialisti ospedalieri di riferimento sulle tematiche trattate. Il facilitatore inizia la discussione con il metodo del Brainstorming e richiede a ognuno dei partecipanti di evidenziare le criticità in termini di fallimenti attivi e fattori latenti. Successivamente a questa fase, il facilitatore continua la discussione focalizzando l'attenzione dei partecipanti sulle azioni correttive e le proposte di miglioramento.

RISULTATI. È stata confrontata l'assistenza erogata con gli standard definiti di buona pratica e questo ci ha permesso di identificare le criticità e i discostamenti rispetto agli stessi. Successivamente è stato definito lo standard da raggiungere per ogni criterio specifico. I partecipanti hanno aderito con interesse al percorso di audit, condividendo gli argomenti scelti e le misure irrinunciabili per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza cosi come gli indicatori di appropriatezza individuati come standard di riferimento, la necessità di modificare le attitudini inappropriate e la verifica nel tempo dell'efficacia dell'azione formativa attraverso il monitoraggio periodico del numero delle infezioni sviluppate dai pazienti in ambito ospedaliero.

LIMITI. Il principale limite all'attività di audit è stata la scarsa partecipazione del personale infermieristico, per i quali occorre individuare modalità formative differenti e/o specifiche leve motivazionali alla partecipazione.

CONCLUSIONI. L'audit clinico è una strategia che consente di coinvolgere tutti gli attori del mondo sanitario e può pertanto produrre cambiamenti positivi. La sua principale caratteristica è quella di fondarsi sul confronto e sulla misurazione delle pratiche professionali con standard di riferimento. Tale concetto è sempre più accolto nel mondo sanitario dove gli operatori sempre più frequentemente richiedono di avere riferimenti precisi per fornire cure appropriate ai pazienti. La percentuale di trattamenti inappropriati (più elevata nelle aree a più elevato turnover di personale), può migliorare con gli interventi educativi. L'implementazione della buona pratica assistenziale attraverso l'audit clinico ha determinato l'attuazione di strategie comportamentali più appropriate derivanti da un miglioramento delle conoscenze e competenze, per la promozione della cultura della qualità e della sicurezza. Lo strumento dell'Audit si è rivelato efficace nel motivare i professionisti a migliorare le loro performance.

Autore per la corrispondenza: Aurelio Veneranda – Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti –
Email: vene.aurelio@libero.it

21. Il burn-out infermieristico nell'assistenza psichiatrica

Bachetti Tonino[1], Gionni Agnese[2], De Marcis Jlenia[3], Andreucci Marida[3], Traini Tiziana[3]

[1]ASUR Marche - Area Vasta n. 1, [2]ASUR Marche - Area Vasta n. 5, [3]Università Politecnica delle Marche

BACKGROUND. L'espressione "burn-out" compare per la prima volta negli anni '30 nel gergo sportivo, per indicare il fenomeno per il quale, un atleta, dopo alcuni anni di successi si esaurisce, letteralmente si brucia, e non può dare più nulla dal punto di vista agonistico. La trasposizione terminologica in ambito lavorativo avviene negli anni '70, quando inizia a svilupparsi la letteratura specifica sulle "malattie delle professioni d' aiuto"; più precisamente "burnout" è una sindrome di esaurimento emozionale, di depersonalizzazione, e di riduzione delle capacità lavorative che può presentarsi in individui che per mestiere si occupano di altri, principalmente nei professionisti che mantengono una relazione costante e diretta con altre persone, e quindi risulta maggiormente presente in alcune categorie definite "helping professions" (medici, infermieri, professori). Tra le conseguenze della sindrome si descrivono, alterazioni emozionali e comportamentali, psicosomatiche e sociali, perdita dell'efficacia lavorativa ed alterazioni lievi della vita familiare (Moreno et al., 1990). Lo studio di Flórez (1994) giustificherebbe inoltre l'alto livello di assenteismo lavorativo tra questi professionisti, tanto per problemi di salute fisica quanto psicologica, essendo frequente l'apparizione di situazioni depressive fino all'autoprescrizione incongrua di psicofarmaci ed aumento del consumo di tossici, alcool ed altre droghe.

OBIETTIVI. Rilevare i fenomeni di disagio psico-fisico e quindi misurare il burnout, degli infermieri in servizio presso l'U.O. di S.P.D.C. dell'ASUR Marche Area Vasta 5.

METODI. Il campione arruolato è costituito da sedici infermieri dell'U.O. di S.P.D.C dell'Asur Area Vasta 5 La rilevazione dei dati è avvenuta nel mese di marzo mediante la somministrazione in forma anomina del questionario Maslach Burnout Inventory (MBI). Il questionario misura tre dimensioni indipendenti della sindrome del burnout: – esaurimento emotivo – depersonalizzazione – realizzazione personale I dati raccolti sono stati analizzati utilizzando il programma Microsoft Excel®.

RISULTATI. Sono stati restituiti 13 questionari compilati. Il campione è costituito per il 54% da maschi e dal 46% da femmine. I dati raccolti evidenziano che gli infermieri nell'età che va dai ventiquattro ai trenta anni hanno bassi livelli di esaurimento emotivo in contrasto con quello che dice la letteratura (Cooper C.L., Rout U., Farangher B) che nei primi anni di carriera, tramite un processo di sensibilizzazione, il soggetto sarebbe maggiormente vulnerabile. Dallo studio risulta inoltre che le donne rispetto agli uomini sono maggiormente colpite dalla depersonalizzazione e dall'esaurimento emotivo; anche i dati di Mc Craine E.W e Lambert C.E. confermano che le donne sono più vulnerabili. Ciò è dovuto a vari motivi come ad esempio il doppio carico di lavoro, professionale e familiare, a cui sono sottoposte. Emerge inoltre che nell'esaurimento emotivo il più alto grado di Burnout si verifica nel periodo di lavoro compreso tra 20 e 30 anni di anzianità di servizio. I dati raccolti evidenziano inoltre che il campione ha il livello di Burnout più basso che si verifica nel periodo di servizio compreso fra 1 mese e 20 anni. Per quanto riguarda la realizzazione personale, i valori relativi al Burnout sono bassi e si (periodo di lavoro fra i 30 e i 40 anni). È emerso, inoltre, che gli infermieri con un'anzianità di servizio dai 20 ai 30 anni, sono i maggiormente colpiti nell'esaurimento emotivo e nella depersonalizzazione, mentre chi ha un'anzianità da 1 a 20 anni li lavoro, si sente maggiormente realizzato professionalmente. Esiste pertanto una correlazione tra l'anzianità di servizio e la sindrome del Burnout: anche i dati raccolti nello presente studio lo confermano, potendo supporre che ciò sia dovuto alla turnazione lavorativa e ad un possibile sovraccarico lavorativo.

LIMITI. L'ipotesi iniziale presa in considerazione era che nei reparti di psichiatria, dove spesso si lavora con la consapevolezza della inutilità del proprio impegno personale, il fenomeno del burnout fosse più accentuato e di più rapida comparsa. I risultati della valutazione statistica del fenomeno non hanno del tutto confermato l'ipotesi iniziale. È probabile che l'esiguità del campione dell'area psichiatrica indagata, non abbia permesso di ottenere una validazione statistica ad un fenomeno che pur tuttavia presenta un certo andamento correlato all'ipotesi iniziale.

CONCLUSIONI. Il fenomeno del burn-out è riscontrato in larga misura soprattutto nel personale infermieristico a causa di fattori che alimentano lo stress: superlavoro male organizzato, mancanza di gratificazioni, umiliazione della vita in ospedale. Gli infermieri infatti, non solo si trovano impegnati nel rapporto che li lega con il paziente al quale devono assistenza fisica e sostegno morale, ma sono anche elementi basilari nel tramite delle comunicazioni tra paziente, medico e familiari.

Autore per la corrispondenza: Traini Tiziana – Università Politecnica delle Marche – Email: t.traini@univpm.it

22. Orientamenti nella governance dei lavoratori anziani per l'integrazione delle esigenze della società e la sostenibilità del servizio sanitario nazionale

Bagnato Angela, Lentisco Fiorisa

INAIL

BACKGROUND. La sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è condizionata dall'invecchiamento della popolazione e dal conseguente peggioramento delle condizioni di salute. Dal Dataset Istat 'Aspetti della vita quotidianà, si evince che nel 2017 gli over 55 sono affetti da almeno una malattia cronica, con una percentuale superiore al 50% della coorte di riferimento. Nel mondo del lavoro, gli over 55 saranno sempre più numerosi e, come si rileva dai dati e proiezioni Eurostat, per il 2060 vi sarà un tasso di occupazione di questi lavoratori del 67.1% (50,2% nel 2013); in Italia, in particolare, tale tasso ha già un ritmo di crescita elevato, passato dal 27,68% del 2000 al 52,23% del 2017. In risposta a queste trasformazioni demografiche e sociali, l'Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (EU-OSHA) ha condotto numerose ricerche sul prolungamento della permanenza al lavoro, a causa dell'innalzamento dell'età pensionabile. Ne consegue che i lavoratori anziani, rispetto al passato, siano esposti più a lungo ai possibili rischi di ogni genere nel luogo di lavoro e, quindi, a quello di sviluppare malattie correlate al lavoro. Ciò nonostante, dato che l'evidenza scientifica dimostra che condizioni lavorative ottimali e soddisfacenti hanno un impatto positivo sul benessere e sulla salute fisica e mentale dei lavoratori (EU-OSHA, Cedefop, Eurofound and EIGE, Joint report on Towards age-friendly work in Europe: a life-course perspective on work and ageing from EU Agencies, 2017), ne deriva che l'ambiente lavorativo risulti un luogo cruciale in cui attuare misure di prevenzione della salute come, del resto, è stato riconosciuto anche all'atto dell'istituzione del SSN (art. 2, L833/1978).

OBIETTIVI. Identificare e valorizzare le politiche aziendali di promozione della salute dei lavoratori per migliorare la sostenibilità del SSN.

METODI. Analisi della letteratura e delle statistiche nazionali e internazionali. Identificazione di buone prassi aziendali per creare un effetto a catena che induca le organizzazioni lavorative a replicare i modelli positivi costituiti dalle aziende virtuose.

RISULTATI. Molte organizzazioni adottano modelli di governance mirati a migliorare la qualità della vita dei propri lavoratori con attenzione alle diverse esigenze di cui questi sono portatori, in un'ottica di diversity management. In questo senso sono da evidenziare le buone pratiche diffuse dall'OSHA che per la campagna 2016-2017 ha scelto il tema «Ambienti di lavoro sani e sicuri ad ogni età». Per l'Italia, è emerso un quadro esemplare di oltre 10 organizzazioni lavorative che, nel biennio considerato, hanno messo in atto misure specifiche per il target di lavoratori over 55: sistemi di valutazione dei rischi mirati alla fascia più anziana dei lavoratori, progetti di promozione di stili di vita sana, programmi di fisioterapia, organizzazione di elementi supplementari nei controlli sanitari, sportelli d'ascolto ad hoc, ergonomia dei luoghi di lavoro e riprogettazione di spazi, rimodulazione dei tempi di lavoro con pause più lunghe e frequenti rispetto a quelle riconosciute ai lavoratori più giovani. I risultati riportati da queste aziende relativamente ai lavoratori più anziani vanno dalla riduzione degli incidenti sul lavoro alla riduzione dei congedi di malattia derivanti da stress, depressione e altri problemi di salute (EU – OSHA, 2017).

LIMITI. Difficoltà di rintracciare puntuali analisi costi benefici tra l'attivazione di programmi di promozione dell'invecchiamento attivo dei lavoratori e l'impatto sulla spesa sanitaria.

CONCLUSIONI. Le politiche volte all'allungamento dell'età lavorativa devono necessariamente essere affiancate da altre mirate a promuovere e garantire la salute e la sicurezza dei lavoratori ad ogni età e, in particolare, per gli over 55. Solo così si otterrà la sostenibilità del sistema di sicurezza sociale e di quello sanitario, messo a rischio dagli effetti dell'invecchiamento e dal prevalere di malattie croniche, con conseguenti costi per cure e interventi. In particolare, l'azienda italiana premiata dall' EU-OSHA per il biennio 2016-2017, grazie alle misure adottate a sostegno dei lavoratori più anziani, ha ottenuto una riduzione dell'indice di rischio pari all'80% nelle attività svolte da tali lavoratori, tanto da poter dichiarare l'assenza totale di incidenti ai danni di dipendenti di età superiore ai 50 anni. Questo caso, tra gli altri, induce a impegnarsi sempre più sul versante della promozione di stili di vita sani, dentro e fuori del luogo di lavoro, e di una organizzazione del lavoro che tenga conto delle caratteristiche dei dipendenti più anziani, all'interno di un sistema generale di prevenzione che potrà ridurre l'impatto negativo di tali fattori sulla sostenibilità del SSN (Senato della Repubblica, Documento conclusivo dell'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità approvato dalla Commissione. Gennaio 2018).

Autore per la corrispondenza: Lentisco Fiorisa – INAIL – Email: f.lentisco@inail.it

23. La terapia a pressione negativa (NPWT) nelle lesioni cutanee: uno studio prospettico

Balducci Chiara[1], Cotichelli Giordano[2], Rossolini Donatella[2]

[1]Università Politecnica delle Marche, [2]ASUR Marche - Area Vasta n. 2

BACKGROUND. La cura delle lesioni cutanee è da sempre una questione che affligge i professionisti della salute. Ad oggi si hanno a disposizione diverse tipologie di medicazioni avanzate, utilizzate nel trattamento standard, tuttavia il progresso scientifico in atto nel mondo del wound care consente ai professionisti l'utilizzo di medicazioni strumentali. A tal proposito si annovera la terapia a pressione negativa (NPWT). Il trattamento con pressione topica negativa nelle lesioni croniche viene attuato per 4 settimane, tempistica efficace ad aumentare il tessuto di granulazione, controllare il dolore, ridurre il rischio infettivo, riavvicinare i margini della lesione e di conseguenza migliorare la vita del paziente.

OBIETTIVI. Le diverse tipologie di lesioni prese in esame nello studio hanno in comune il lungo tempo di guarigione, l'alto tasso di complicanze, soprattutto infettive, che possono portare a conseguenze gravi per il paziente. L'obiettivo dello studio è quello di constatare il miglioramento dei parametri presi in considerazione nella gestione di una lesione cutanea cronica facendo riferimento all'algoritmo metodologico del Wound Bed Preparation.

METODI. Il disegno di ricerca scelto per seguire il decorso della terapia a pressione negativa nei soggetti presi in esame è di tipo prospettico ed è stato effettuato su pazienti con lesione da pressione, lesione vascolari, lesione da piede diabetico, ferita chirurgica e lesione vasculitica. Il campione studiato, composto da 5 pazienti, è stato reclutato presso l'Ambulatorio infermieristico specialistico ferite difficili, appartenente all'Asur Marche, Area Vasta 2, distretto di Jesi. Lo studio è stato svolto nel periodo da giugno a settembre 2018. Per condurre il presente studio è stata utilizzata la metodologia del case report che fornisce, per ogni singolo caso, i dati raccolti nel corso della durata totale dell'osservazione supportati da materiale fotografico.

RISULTATI. Al fine di valutare il decorso della lesione in relazione alla terapia a pressione negativa, in ogni case report si sono presi in considerazione, prima e dopo 4 settimane di trattamento, i seguenti parametri: la sede della lesione, il fondo della lesione, i margini, la sottominatura, la gestione dell'essudato e la cute perilesionale. La prima lesione presa in esame è una lesione da pressione a livello ischiatico nella quale dopo il trattamento con NPWT si riscontra l'assenza della sottominatura ma in particolare la gestione completa dell'essudato. La seconda lesione trattata è una lesione vascolare degli arti inferiori, la quale dopo il trattamento presenta tessuto di granulazione nel fondo della lesione in associazione al riaccostamento dei margini. La terza lesione trattata è la lesione del piede diabetico nella quale la pressione negativa ha permesso la scomparsa di colonizzazione batterica, riducendo il rischio di infezione. La quarta lesione trattata è una ferita chirurgica al tendine d'Achille nella quale la NPWT ha permesso la riduzione della colonizzazione batterica, fattore che ha consentito la crescita del un tessuto di granulazione nel letto della lesione che, al termine del trattamento, risulta adeguato all'attecchimento di un innesto cutaneo. L'ultima lesione trattata è una lesione vasculitica nella quale il risultato più importante ottenuto risulta la riduzione della sintomatologia dolorosa che caratterizza questa tipologia di lesioni e che comporta disagio al paziente e un conseguente peggioramento della qualità della vita.

LIMITI. Il limite riscontrato riguarda il setting dello studio, riferito ad un solo ambulatorio infermieristico (Ambulatorio infermieristico specialistico ferite difficili appartenente al distretto di Jesi).

CONCLUSIONI. La gestione del presidio è affidata ad infermieri specializzati, sia a domicilio che in ambulatorio infermieristico specialistico per ferite difficili, in modo da evitare il ricovero ospedaliero e gli alti costi che esso comporta al sistema sanitario. La corretta educazione del paziente da parte dell'infermiere comporta un miglioramento nella dimensione fisica, psicologica e sociale al termine del trattamento. Inoltre i cambi di medicazioni risultano meno frequenti rispetto al trattamento standard con medicazioni avanzate e quindi meno traumatici per il paziente. Infine si può affermare che il rapporto costo-beneficio risulta positivo se si considera il costo del dispositivo in relazione al miglioramento delle lesioni.

Autore per la corrispondenza: Balducci Chiara – Università Politecnica delle Marche –
Email: chiarabalducci.1996@gmail.com

24. L'approccio di Population Health Management: l'esperienza dell'Emilia-Romagna

Barbieri Luca, Cacciapuoti Immacolata, Donatini Andrea, Botturi Davide, Petropulacos Kyriakoula

Regione Emilia-Romagna

BACKGROUND. Il Piano Nazionale per la Cronicità individua le principali fasi caratterizzanti il percorso assistenziale, di cui la prima è rappresentata dalla stratificazione della popolazione, necessaria per la realizzazione di interventi di medicina di iniziativa differenziati sulla base dei bisogni, in accordo con quello che nella letteratura internazionale viene definito approccio di Population Health Management. La Regione Emilia-Romagna, in collaborazione con la Jefferson University di Philadelphia (USA), ha elaborato e validato una metodologia statistica per la stratificazione della popolazione secondo quattro livelli di rischio di fragilità: basso, moderato, alto e molto alto. Nell'anno 2018, dalla stratificazione dei 3.880.614 residenti emiliano-romagnoli (di età > 14 aa.), emerge come: 3.198.307 abitanti (ab.) presentino un livello di rischio "basso"; 409.915 ab. "moderato"; 146.524 ab. "alto"; 125.868 ab. "molto alto". Questo strumento è stato utilizzato per la realizzazione di interventi di medicina d'iniziativa sulla base dei differenti livelli di rischio.

OBIETTIVI. 1) Prevenzione del rischio cardiovascolare nella popolazione sana 2) Migliorare / mantenere le condizioni cliniche e la qualità di vita delle persone a rischio "moderato" ed "elevato" rischio di fragilità 2) Migliorare la continuità dell'assistenza attraverso l'integrazione tra servizi e professionisti 3) Ridurre il ricorso inappropriato ai servizi ed ai trattamenti sanitari ed i costi associati.

METODI. Il modello statistico calcola il rischio di fragilità della popolazione di età > 14 aa. residente in Regione, definito come rischio di essere affetto da problemi di salute la cui ospedalizzazione o progressione sono potenzialmente evitabili attraverso interventi appropriati a livello territoriale. Il modello si basa sui dati amministrativi regionali, linkati su base individuale, e combina un ampio insieme di fattori: caratteristiche demografiche, morbilità, gravità clinica, appropriatezza del trattamento farmacologico. Il modello permette di elaborare profili individuali del rischio di fragilità, che vengono valutati all'interno dell'équipe della Casa della Salute, composta dal medico di medicina generale a cui si riferiscono gli assistiti, dall'infermiere, dall'assistente sociale e, a seconda del bisogno emergente, dal medico specialista, da altri professionisti sanitari (es. fisioterapista), e anche da associazioni di cittadini. Il medico di medicina generale e gli infermieri provvedono, poi, a contattare le persone e avviare gli interventi ritenuti maggiormente appropriati.

RISULTATI. Nel sottogruppo di popolazione a rischio "basso" sono ricompresi gli interventi rivolti alla popolazione sana. Tra i numerosi interventi, si evidenzia il progetto per la prevenzione del rischio cardiovascolare, rivolto ai soggetti maschi di 45 anni e femmine di 55 anni, in cui sono state coinvolte 26 Case della Salute, più di 200 medici di medicina generale, e sono stati valutati più di 10.000 cittadini sani. Nel sottogruppo di popolazione a rischio "moderato" gli strumenti più appropriati sono i PDTA, che negli anni hanno contribuito ad un significativo miglioramento negli esiti di salute in alcune patologie croniche (es. gestione integrata del diabete) Per la popolazione più fragile, a rischio elevato, è in corso di implementazione il Progetto "RISK-ER". Ad oggi il Progetto coinvolge 42 Case della Salute, più di 400 medici di medicina generale, e altri numerosi professionisti (infermieri, assistenti sociali, specialisti). Sono stati valutati i profili di rischio di più di 30 mila persone. Gli interventi di medicina di iniziativa realizzati sono stati diversi, in prevalenza relativi a educazione su stili di vita salutari, addestramento nell'uso dei farmaci, rivalutazione della terapia farmacologica, attivazione dell'assistenza domiciliare con la stretta collaborazione dei medici specialisti e degli assistenti sociali. Le associazioni di pazienti e volontariato partecipano alla realizzazione degli interventi. I risultati di uno studio di coorte, condotto nel 2017 su circa 1000 pazienti, documentano come il Progetto "RISK-ER" abbia contribuito a ridurre significativamente gli accessi impropri al pronto soccorso ed i ricoveri inappropriati.

LIMITI. La traduzione operativa dell'approccio di Population health Management richiede un cambiamento, in primis, culturale da parte dei professionisti, per il quale sono necessari tempi medio-lunghi.

CONCLUSIONI. I risultati fino ad ora conseguiti documentano l'efficacia di questo approccio di medicina di iniziativa nel perseguimento degli obiettivi attesi. Nei prossimi anni proseguirà l'implementazione delle diverse tipologie di interventi presso le Case della Salute dell'Emilia-Romagna, valorizzando ulteriormente il lavoro in équipe multidisciplinari (territoriali e ospedalieri, sanitari e sociali) e il ruolo attivo del cittadino e della comunità locale.

Autore per la corrispondenza: Botturi Davide – Regione Emilia-Romagna –
Email: davide.botturi@regione.emilia-romagna.it

25. Il ruolo del coordinatore nella gestione della motivazione al cambiamento organizzativo

Bedini Alessia, Fioretti Marco

Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti

BACKGROUND. La motivazione del personale è quella forza che spinge le persone ad impegnarsi e portare a termine una determinata attività o progetto, per cui è un aspetto cardine per la riuscita degli obiettivi aziendali di qualsiasi categoria professionale e di tutti i livelli della propria scala gerarchica. Questo argomento coinvolge in prima persona proprio gli infermieri coordinatori che gli infermieri dirigenti poiché la motivazione di chi lavora in qualsiasi azienda sanitaria, partecipa a determinare il proprio modo di agire in termini di: direzione verso cui orientarsi per raggiungere determinati obiettivi del sistema sanitario, intensità dell'impegno e della volontà necessarie ad operare in campo clinico-assistenziale, perseveranza nell'impegno ad agire. Per questo motivo il coordinatore deve stimolare la crescita del gruppo motivando i singoli componenti che ne fanno parte.

OBIETTIVI. analizzare il tema del ruolo del coordinatore infermieristico nella gestione della motivazione del proprio team al cambiamento organizzativo, soprattutto ponendo una particolare attenzione alle politiche organizzative del coordinatore infermieristico della SOD di Pneumologia e della SOD di Anestesia e Rianimazione dei trapianti e chirurgia maggiore dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Ospedali Riuniti di Ancona.

METODI. A seguito di analisi organizzativa, osservazione, interviste, analisi documentale e distribuzione di questionari a infermieri e OSS, ho potuto descrivere e raccogliere informazioni sull'organizzazione del personale, individuare le linee gestionali maggiormente utilizzate dal "leader infermieristico" e il suo ruolo nella motivazione del personale al cambiamento organizzativo.

RISULTATI. Grazie al questionario somministrato agli infermieri e agli operatori socio-sanitari delle SOD di Pneumologia (PNM) e SOD di Anestesia e Rianimazione (RIA), sono emersi sia aspetti positivi che negativi sul grado di soddisfazione e insoddisfazione del proprio lavoro e dell'operato del proprio coordinatore. Circa la metà degli infermieri si reputano "Abbastanza soddisfatti" sia del proprio ruolo lavorativo (52% RIA, 45% PNM), che della SOD di appartenenza (45% RIA, 70% PNM). Gli intervistati trovano "Molto soddisfacente" la comunicazione e la modalità con cui le informazioni vengono trasmesse dal proprio coordinatore (65% RIA, 50% PNM), mentre la gestione dei conflitti viene ritenuta "Abbastanza soddisfacente" (46% RIA, 55%PNM). Il grado di soddisfazione cala (60% RIA, 30% PNM) "Abbastanza insoddisfatti" quando agli infermieri intervistati viene chiesto se il coordinatore delega alcune delle sue responsabilità ad altri. Infine si possono definire soddisfacenti (60% RIA, 80% PNM) le modalità con cui vengono attivati i cambiamenti da parte dei coordinatori.

LIMITI. Ridotto numero del campione, per cui lo studio dovrebbe essere implementato.

CONCLUSIONI.: Il perseguimento degli obiettivi aziendali, da parte delle singole unità operative dei nostri nosocomi, viene molto sovente influenzato dal clima che viene a crearsi nell'ambiente lavorativo tra i membri che lo costituiscono. Proprio per questo motivo, il coordinatore gioca un ruolo essenziale nel saper "creare" un clima armonico, sapendo valorizzare l'operato di ognuno e motivarlo a lavorare in équipe. Infatti, è grazie alla presenza di un clima favorevole che si crea un ambiente lavorativo stimolante sia dal punto di vista professionale, in cui possono essere condivisi gli obiettivi aziendali, sia dal punto di vista relazionale, in cui ognuno può sentirsi parte integrante del gruppo.

Autore per la corrispondenza: Fioretti Marco – Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti –
Email: marco.fioretti@hotmail.it

26. Progettazione di un programma di formazione per infermieri-tutor e di un percorso d'inserimento per infermieri neoassegnati all'U.O. Clinica di Anestesia e Rianimazione generale, respiratoria e del trauma maggiore dell'A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona

Bedini Alessia, Fioretti Marco

Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti

BACKGROUND.: Nel corso degli anni l'infermieristica si è dovuta adattare per rimanere al passo con i progressi della biotecnologia medica, soprattutto in quelle unità operative (UO) in cui i modelli innovativi assistenziali e l'alta tecnologia sono il fulcro dell'assistenza: le Rianimazioni e le Terapie Intensive. In queste UO si effettuano le cure necessarie a mantenere un adeguato livello delle funzionalità vitali quando queste hanno subito un'alterazione tale da poter mettere in pericolo la vita del paziente, e per garantire una buona qualità assistenziale è indispensabile un efficace percorso formativo ai professionisti neoassegnati, per fornire loro le conoscenze e sviluppare le competenze specifiche per svolgere le attività assumendo le responsabilità previste dal profilo e dal luogo specifico di lavoro, utilizzando le tecnologie, le procedure e gli strumenti organizzativi di cui è dotata l'uo senza lasciare nulla al caso o all'improvvisazione.

OBIETTIVI. L'esigenza di realizzare e pianificare un percorso d'inserimento del neoassegnato, finora inesistente nell'U.O. Clinica di Anestesia e Rianimazione generale, respiratoria e del trauma maggiore dell'A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona, è necessaria per poter uniformare le conoscenze, le abilità e le modalità di trasmissione delle informazioni utili a gestire un paziente critico e per garantire maggior autonomia e sicurezza agli infermieri neofiti a questa unità operativa.

METODI. Il lavoro, condotto da gennaio 2016 a gennaio 2017, è stato suddiviso in analisi organizzativa dell'U.O. con approccio sistemico; studio descrittivo sulle modalità di effettuazione dell'inserimento attuato in passato tramite questionario semistrutturato (composizione demografica, titoli di studio, esperienze lavorative, tipologia d'inserimento, punti di forza e di debolezza dell'inserimento ricevuto); progettazione del programma di formazione dei tutor e del nuovo percorso d'inserimento.

RISULTATI. Dopo l'analisi dei risultati dei questionari, è emersa chiaramente la necessità di realizzare un progetto di formazione che possa standardizzare e favorire il percorso di inserimento del neofita. Infatti per gli infermieri-tutor (95%) c'è la necessità di partecipare a corsi strutturati per il tutoraggio, e in contemporanea i neoassegnati (67%) chiedono un programma di inserimento, suddiviso in step, ognuno con obiettivi da raggiungere in tempi prestabiliti. Gli infermieri intervistati dichiarano di aver usufruito di un periodo di affiancamento (93%), ma molti (67%) affermano di non essere soddisfatti del processo di inserimento e suggeriscono (53%) un periodo di almeno un mese di tutoraggio. Gli infermieri neoasseganti sono soddisfatti (78%) del Tutor, ma allo stesso tempo non si ritengono adeguati (55%) a garantire assistenza in autonomia, individuando (54%) il fatto di non avere un percorso strutturaro come causa principale di insicurezza.

LIMITI. Lo studio andrà completato con l'attuazione del programma di formazione dei tutor e del nuovo percorso d'inserimento.

CONCLUSIONI. Un buon percorso d'inserimento deve essere ben strutturato e condiviso dall'intero team cosicché il nuovo operatore potrà diventare una risorsa per l'intera realtà organizzativa, al contrario invece se questa fase è poco curata, il neoassunto e l'UO dovranno integrarsi da soli nel tempo. Questo strumento renderà gli infermieri-tutor maggiormente incentivati ad applicarlo, eliminando così la soggettività d'insegnamento, che durante i periodi di affiancamento si era insidiata sinora.

Autore per la corrispondenza: Fioretti Marco – Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti –
Email: marco.fioretti@hotmail.it

27. Progetto di Audit Clinico Assistenziale – Corretto campionamento ematico per emocoltura

Bedini Alessia, Fioretti Marco

Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti

BACKGROUND. In condizioni fisiologiche il sangue è sterile e l'ingresso dei germi nel circolo sanguigno può avvenire per passaggio diretto dall'esterno (es: con dispositivi intravascolari) oppure come nel caso dei soggetti con infezione in corso, attraverso il sistema linfatico che trasporta i microrganismi dalla sede di infezione al circolo sanguigno.? La diagnosi di laboratorio di batteriemia o fungemia dipende dall'emocoltura che è probabilmente la più importante coltura eseguita nel Laboratorio di Microbiologia. L'emocoltura è un esame microbiologico nel quale il sangue è raccolto da un unico prelievo e distribuito equamente in flaconi contenenti terreni di coltura specifici (aerobio e anaerobio), con lo scopo di individuare la presenza di batteri o lieviti e per guidare poi nella valutazione del trattamento adeguato.? Questo elaborato é nato proprio per approfondire la tematica del corretto campionamento del prelievo ematico delle emocolture e per indagare sulle possibili cause dell'aumento delle contaminazioni dei prelievi di emocoltura (falsi positivi) da parte del personale infermieristico della SOD di Clinica di Anestesia e Rianimazione Respiratoria, Generale e del Trauma Maggiore dell'A.O.U. Ospedali Riuniti di Ancona, riducendo così le difficoltà interpretative dei risultati ricevuti.

OBIETTIVI. a) Assicurare sterilità nella procedura, b) Prevenire falsi positivi e falsi negativi, c) Conservare e trasportare il campione, d) Evitare possibili contaminazioni, e) Garantire una corretta interpretazione del risultato, f) Assicurare il comfort e il benessere del paziente, g) Portare il report di emocolture semestrale al 3 % di emocolture non corrette.

METODI. Questo progetto di audit si articola in quattro fasi: 1. Pre-Internal Audit, in cui sono state analizzate tutte le emocolture prelevate dal secondo semestre del 2008 al secondo semestre 2013, e si sono considerate: le positive, le negative, le contaminate, le non interpretabili, i diversi siti di prelievo, come CVC, vena periferica o catetere arterioso e l'utilizzo di Citroclorex 2 %. 2. A seguito della raccolta dati verrà sottoposto un questionario a tutti gli infermieri prestanti servizio all'interno dell'unità operativa, con lo scopo di verificare le loro conoscenze e le loro lacune sull'argomento. 3.Quando tutti i questionari saranno compilati e raccolti, si convocheranno sette infermieri alla volta (i componenti del turno) per effettuare dei brainstorming in cui si presenteranno i dati del Pre- Internal Audit, l'esposizione dei dati raccolti con il questionario e si revisioneranno le Linee Guida e le Evidance Based Practice in merito. 4. Attività di "reminders", tramite la divulgazione di un video sulla corretta campionatura ematica per emocoltura, l'applicazione di poster delle varie fasi di campionamento, all'interno dell'open space della ICU e l'invio tramite posta elettronica delle principali raccomandazioni in merito all'argomento, per migliorare la qualità delle prestazioni.

RISULTATI. In sede di riunione-brainstorming verranno presentati i dati relativi al Pre-Internal Audit per esplicare la problematica insorta maggiormente nell'ultimo anno, esponendo i dati raccolti dal Laboratorio di Microbiologia dell'A.O.U Ospedali Riuniti di Ancona relativi al proprio reparto (Clinica di Rianimazione), saranno esposti i risultati dei questionari a loro somministrati precedentemente per indagare sulle conoscenze e sulle lacune che hanno su questa procedura e, infine, si eseguiranno revisioni e ricerche bibliografiche sulla letteratura per incentivare gli infermieri al progresso e a stimolarli a migliorare. In un secondo momento, si cercherà di incentivare il cambiamento con attività di reminders/promemoria, poiché forniscono ai professionisti le informazioni nel momento in cui essi ne hanno bisogno, per ricordare di intraprendere o evitare una certa azione. Un'ottima attività di reminders è l'applicazione su pareti di poster visibili mentre si lavora, perché sono le più efficaci alla modificazione del cambiamento al momento dell'assunzione delle decisioni.

LIMITI. Impossibilità di effettuare un confronto post-indagine per valutare il progetto di studio applicato rispetto al passato, poiché in attesa di attuazione.

CONCLUSIONI. Con l'elaborazione della progettazione dell'audit clinico sul corretto campionamento ematico per emocoltura, si è voluto intervenire sul processo di miglioramento della qualità delle prestazioni e degli esiti dei pazienti tramite un'analisi sistematica, a criteri espliciti e all'implementazione al cambiamento, grazie a fasi specifiche che prevedono la definizione di uno standard di riferimento da perseguire (la Best Practice) finalizzato a produrre cambiamenti positivi nella qualità dell'assistenza erogata.

Autore per la corrispondenza: Fioretti Marco – Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti –
Email: marco.fioretti@hotmail.it

28. Promozione alla salute: partire dai giovani professionisti Infermieri

Bedini Alessia[1], Fioretti Marco[1], Marchetti Mara[2], Mercuri Maurizio[2]

[1]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti, [2]Università Politecnica delle Marche

BACKGROUND. Considerata l'importanza dell'educazione sanitaria, definita anche nel codice deontologico dell'infermiere, il Laboratorio di "Promozione alla salute" è inserito nell'attuale piano degli studi del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche. L'OMS definisce la Promozione della Salute come un processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla. Promuovere la salute significa operare per motivare le persone a scegliere uno stile di vita sano in maniera consapevole, ciò non è responsabilità esclusiva del settore sanitario, va al di là degli stili di vita e punta al benessere.

OBIETTIVI. Elaborare un progetto formativo che abbia come scopo finale la costruzione di uno strumento di prevenzione e/o promozione alla salute.

METODI. Durante l'A.A. 2017/2018 gli studenti del 3°anno del Corso di Laurea in Infermieristica (sede di Ancona – Canale B) dell'Università Politecnica delle Marche, hanno sperimentato un metodo didattico strutturato, il Problem Based Learning (PBL), per affrontare la promozione della salute in ambito di Dipendenze Patologiche. È stata realizzata una seduta plenaria, in cui il tutor ha contestualizzato la tematica delle dipendenze patologiche a livello Mondiale, Nazionale e Regionale, poi ha fornito indicazioni riguardanti le dipendenze "classiche" (Fumo, Alcol, Droghe) e le New Addictions (Gioco d'Azzardo Patologico, Dipendenza da Videogiochi e Internet); è stato illustrato il metodo didattico (PBL) con cui si sarebbero svolti i successivi incontri. Il mandato finale dell'attività in oggetto era quello di strutturare un progetto di prevenzione e/o promozione della salute rispetto agli argomenti selezionati. Tutti i 46 studenti, a fine incontro sono stati suddivisi in 4 gruppi (di 10 – 12 persone) che in autonomia hanno individuato la problematica da trattare, nell'ambito delle dipendenze presentate. I quattro gruppi (Droghe, Alcol, Fumo e GAP), rispettando la metodologia PBL si sono riuniti 2 volte a distanza di una settimana. Durante il primo incontro, ad ogni gruppo è stato sottoposto il "Problema" scelto attraverso un articolo molto recente, pubblicato su Quotidiano Sanità, descrittivo del fenomeno socio-epidemiologico proprio per la dipendenza. Sono stati affrontati i primi 5 "passi" previsti dal PBL condotti dal presidente con l'aiuto del segretario, entrambi scelti in autonomia all'interno dei singoli gruppi, sotto la supervisione del tutor didattico incaricato. Dopo un approfondimento individuale (6° passo del PBL), si è proceduto con il secondo incontro (7° passo del PBL), che è servito a completare l'intero processo didattico, dove ogni gruppo ha identificato il target, le modalità e l'obiettivo del proprio progetto che è poi stato condiviso con gli altri gruppi in una plenaria finale.

RISULTATI. Due dei progetti erano indirizzati a studenti delle scuole medie superiori: somministrazione di questionari su conoscenze relative alla dipendenza focus del progetto, formazione d'aula, testimonianze dirette, successiva restituzione dei dati acquisiti dai questionari, analisi dei contenuti e presa di coscienza dei possibili danni da parte degli studenti; un progetto arruolava anche studenti delle scuole medie e i genitori di entrambi i gruppi; un ultimo gruppo ha realizzato un video per la campagna di sensibilizzazione contro il fumo.

LIMITI. Il campione di studenti utilizzato è limitato, e le capacità del Tutor che ha condotto gli incontri potrebbero incidere sulla qualità del progetto finale.

CONCLUSIONI. Questo studio ha fornito indicazioni importanti, infatti tutti gli studenti hanno mostrato una notevole maturità e si sono autogestiti discutendo in modo costruttivo e non perdendo mai di vista il loro obiettivo finale. Questo atteggiamento ha portato loro a concentrarsi sulle problematiche di promozione alla salute, rendendoli in primo luogo più sensibili a tali tematiche, e soprattutto li ha responsabilizzati rispetto ai risultati che ne conseguiranno dai loro progetti, dove si sentiranno responsabili in prima persona di un miglioramento o peggioramento dello stile di vita della collettività.

Autore per la corrispondenza: Fioretti Marco – Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti –
Email: marco.fioretti@hotmail.it

29. Epatite C: riconoscimento precoce per garantire una buona sostenibilità assistenziale sanitaria

Bellin Annachiara[1], Scotton Piergiorgio[2], Benvenuti Stefano[2], Franchin Giulia[3], Bolcato Jenny[3], Pirolo Roberta[3], Tessarin Michele[1], Chinellato Alessandro[1]

[1]Azienda ULSS 3 Serenissima, [2]Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana, [3]Azienda ULSS 6 Euganea

BACKGROUND. L'epatite C è una patologia silente che colpisce circa 180milioni di abitanti nel mondo, con distribuzione non omogenea, la scarsità di norme igieniche e l'uso di sostanze psicoattive intravenose rappresentano i principali fattori di rischio. L'agente eziologico è un virus a RNA a singolo filamento, identificato con 6 genotipi diversi, molto mutevole, ciò rende difficile sviluppare un'arma vaccinale efficace. Fino al 2011 l'unico trattamento disponibile era l'interferone in associazione alla ribavirina, che stimolano l'azione immunomodulatrice dell'ospite. Si sono quindi sviluppate terapie più efficaci con azione a livello delle proteine virali coinvolte nella replicazione; dapprima si usavano gli inibitori di proteasi in associazione con interferone, poi gli antivirali a azione diretta (DAA) con azione più specifica, portando alti livelli di guarigione senza l'ausilio dell'interferone. Data l'innovatività di questi farmaci sono stati inseriti nel Fondo Nazionale per i Farmaci Innovativi. Nel 2017 e 2018 è stato destinato 1 miliardo di euro annuo per questo fondo, diviso in oncologici e non oncologici. Per accedervi sono necessarie tre caratteristiche: il bisogno terapeutico, valore terapeutico aggiunto, e robustezza degli studi clinici. La permanenza nel Fondo Innovativi varia da un minimo 18 mesi a un massimo di 36, oltre i quali la spesa ricade sui costi della farmaceutica ospedaliera. Attualmente la permanenza dei farmaci inseriti in questo fondo è limitata ai primi mesi del 2020, è quindi importante programmare la quota di pazienti da trattare, al fine di sfruttare le risorse di questo fondo, per tentare di avere il minor numero di pazienti infetti nel 2020 e dover attingere a risorse già scarse. Nella quota di pazienti trattabili bisogna tener presente la stima della popolazione HCV infetta non riconosciuta dal servizio sanitario, e probabilmente neanche dal paziente stesso. Questa quota, di soggetti infetti non riconosciuti clinicamente, è stimata al 50%.

OBIETTIVI. Con il presente progetto si intende mettere a punto un programma di screening efficace al fine di trattare il maggior numero di pazienti affetti, prima della fuoriuscita del fondo innovativi.

METODI. I dati dell'analisi sono stati estratti dai database amministrativi dell'ex ULSS 9 di Treviso. La popolazione è stata selezionata sulla base delle prescrizioni farmaceutiche (convenzionata, DPC, distribuzione diretta) le viste specialistiche e ricoveri ospedalieri (SDO) presso gli archivi delle UOC Malattie Infettive e Gastroenterologia. È stata caratterizzata la popolazione affetta al fine di individuare le particolarità comuni tra i pazienti, con l'obiettivo di individuare un algoritmo in grado di aumentare le probabilità di individuazione della popolazione infetta.

RISULTATI. Dalle analisi è emerso che il genotipo prevalente è il G1(circa 60%). Il raggiungimento della SVR nei pazienti trattati è superiore rispetto ai dati dei trials clinici, ottenendo un tasso di raggiungimento terapeutico complessivo di circa 98%, superando le risposte virologiche registrate con le terapie tradizionali, rispettivamente 30% con interferone e 60% con la triplice terapia. Per quanto riguarda la sicurezza, i DAA si sono dimostrati migliori dei regimi con interferone, nonostante si sia registrata una quota di effetti avversi simile, rispettivamente 41% con DAA e 47% con le altre terapie, la qualità delle stesse è risultata essere di più lieve entità. Infine, considerando che l'efficacia di queste molecole è paragonabile dal punto di vista sia clinico che economico, in quanto attualmente il costo delle terapie attuali è un decimo rispetto al costo dei primi DAA, l'obiettivo dei prossimi anni è di eradicare la patologia e l'unica valutazione che rimane da fare è quando trattare. Dato lo stanziamento del Fondo Innovativi che per il 2018 per la regione Veneto è di 45 milioni di euro è necessaria una attenta programmazione. Ipotizzando di trattare 4000 pazienti all'anno si riuscirebbe a curare tutti i pazienti riconosciuti e quelli associati a molteplici fattori di rischio, come tossicodipendenti o detenuti. Resta però ancora nascosta la fascia non clinicamente riconosciuta; per questo motivo si vuole individuare un algoritmo tale da facilitare il riconoscimento di questi pazienti.

LIMITI. Il nostro algoritmo si basa sulle informazioni di tipo amministrativo, e non prende in considerazione lo stile di vita del paziente. Infatti, la nostra capacità sta nell'individuare i segnali d'allarme di carattere diagnostico e terapeutico, e successivamente informare il medico, il quale con le proprie competenze cliniche deciderà se approfondire l'indagine.

CONCLUSIONI. La nuova frontiera sarà quella di eradicare la patologia, procedendo al trattamento di tutta la popolazione affetta. Sarà importante individuare una modalità di screening efficace e sostenibile per poter raggiungere la completa eradicazione della patologia anche nella popolazione silente, fonte di possibili contagi.

Autore per la corrispondenza: Bellin Annachiara – Azienda ULSS 3 Serenissima –
Email: annachiara.bellin@aulss3.veneto.it

30. Superare le barriere tra gli strumenti di management sanitario: un approccio integrato tra PDTA, lean management e gestione del rischio clinico

Beltramello Claudio[1], Pezzato Franco[2], Jacopo Guercini[3]

[1]*Fondazione GIMBE,* [2]*Consorzio VISION,* [3]*IRCCS Azienda Universitaria San Martino*

BACKGROUND. Nel management sanitario esistono numerosi approcci e strumenti per il miglioramento della qualità tra i quali: certificazione ISO, accreditamenti internazionali, total quality management, lean management, gestione per processi, project management, gli strumenti di clinical governance (tra i quali i percorsi diagnostici terapeutici assistenziali, il clinical audit, l'health technology assessment, la gestione del rischio clinico) e altri. La scelta dell'uno o dell'altro – ovvero il collegamento tra i problemi rilevati nell'organizzazione e le caratteristiche specifiche dello strumento di management che lo rendono idoneo a risolverli – è raramente evidence-based. La letteratura indica, al contrario, che tale scelta solitamente dipende dalle attitudini personali del manager o, peggio, dalle mode. Inoltre vi sono evidenze che dimostrano un processo di adozione quasi fideistico di uno strumento rispetto ad un altro con un atteggiamento acritico di tipo "tutto o nulla" quasi a cercare di dimostrare che quello scelto è l'unico realmente utile. In realtà, vi sono numerosi aspetti comuni e complementari tra i vari strumenti di management sanitario e una visione meno rigida sarebbe cruciale ai fini del miglioramento della qualità dei servizi sanitari.

OBIETTIVI. Nel tentativo di promuovere un approccio maggiormente funzionale questo abstract propone un'integrazione di tre strumenti di management sanitario: i percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA), il lean management e la gestione proattiva del rischio clinico. Le loro principali caratteristiche li rendono utili rispettivamente per: aumentare l'appropriatezza dei processi tecnico organizzativi collegandoli alle migliori evidenze disponibili al fine di ottenere più elevati outcome per i pazienti; ridurre gli sprechi e migliorare efficienza e value; ridurre la probabilità che accadano eventi avversi ai pazienti e migliorare pertanto la sicurezza. L'obiettivo è dunque quello di fare una sintesi ragionata, evidence-based ed applicabile tra questi tre strumenti favorendo miglioramenti contemporanei in molteplici dimensioni della qualità.

METODI. I documenti di indirizzo su come utilizzare questi tre strumenti sottolineano tutti l'importanza di seguire quattro fasi logiche: a) Eseguire una mappatura del processo reale/attuale dei pazienti e delle attività concrete svolte dal personale sanitario nelle UU.OO/servizi/dipartimenti oggetto di analisi. b) Un esame dei processi esistenti dei pazienti e del personale attraverso la "lente specifica" dello strumento in questione e nello specifico: – I percorsi clinici si concentrano sulla riduzione della variabilità tra i professionisti attraverso un allineamento delle decisioni cliniche alle raccomandazioni della linea guida di riferimento. – Il lean management pone l'attenzione sull'eliminazione degli sprechi (muda) identificati attraverso l'utilizzo di metodologie dedicate (stream value mapping, visual mapping, 5S, sistema pull, kanban e altri). – La gestione proattiva del rischio cerca di identificare ex ante le fasi potenzialmente pericolose applicando la FMEA (Faiure Mode and Effect Analysis) al fine di "chiudere i buchi nel formaggio" prima che si verifichi un evento avverso per un paziente. c) Una revisione del processo secondo il modello ottimale elaborato. d) L'effettiva implementazione delle modifiche nella propria realtà seguita dalla valutazione dei risultati utilizzando indicatori di processo e di esito.

RISULTATI. È possibile ridisegnare i processi in esame tenendo contemporaneamente conto: i) delle migliori evidenze scientifiche desunte dalla linea guida di riferimento; ii) della riduzione degli sprechi (risoluzione degli "arzigogoli" organizzativi); iii) della chiusura dei "buchi pericolosi" che possono causare incidenti ed errori. Sono peraltro numerose sinergie tra gli strumenti: per esempio snellire i processi favorisce il rispetto dei tempi spesso indicati nelle linee guida per l'esecuzione di determinati interventi diagnostici o terapeutici, così come la riduzione degli eventi avversi per i pazienti aumenta l'outcome complessivo per i pazienti.

LIMITI. Il limite principale di tale abstract è che ancora tale modello è al livello sperimentale e non ci sono sufficienti esperienze e dati per dimostrare inequivocabilmente la sua utilità.

CONCLUSIONI. L'approccio evidence-based al management sanitario deve far superare alcune barriere "ideologiche" che in questo momento stanno riducendo la possibilità di ottenere più ampi risultati nei processi di miglioramento della qualità nei servizi sanitari.

Autore per la corrispondenza: Beltramello Claudio – Fondazione GIMBE – Email: cla.beltramello@gmail.com

31. Assertività e resilienza, la multidimensionalità del tema: progetto di valorizzazione del capitale umano nel Corso di Laurea in Infermieristica, UNIVPM – Polo di Pesaro

Benedetti Tiziana, Cesaretti Matteo, Nicoletti Stefania, Riminucci Franca, Silvestrini Antonella, Gennaro Silvio, Fratini Veronica

Università Politecnica delle Marche

BACKGROUND. Il CdL in Inf.ca si avvale di infermieri guida di tirocinio i quali durante la loro attività clinica contribuiscono alla formazione sul campo di futuri infermieri: lavoro e tirocini espongono a molteplici fattori stressanti e situazioni di aggressività verbale/ fisica sulla propria persona. Data la crescente attenzione del nursing è necessario condividere con tali figure temi di interesse per la comunità infermieristica: ASSERTIVITÀ(A): Caratteristica del comportamento umano che consiste nella capacità di esprimere in modo chiaro ed efficace le proprie emozioni ed opinioni senza tuttavia offendere né aggredire l'interlocutore. RESILIENZA(R): Capacità di un individuo di resistere agli urti della vita senza spezzarsi o incrinarsi, mantenendo e potenziando le proprie risorse sul piano personale e sociale.

OBIETTIVI. Affrontare un tema d' interesse in ambito assistenziale per farne emergere la complessità; proporlo come evento formativo alle guide di tirocinio in quanto formatori; valorizzare e motivare le risorse umane interne al Polo didattico; effettuare un'indagine conoscitiva del livello di A e R posseduta dagli studenti, individuare strategie per rafforzare e/o costruire A e R in studenti ed infermieri; riportare i risultati in un elaborato di tesi.

METODI. Ricerca bibliografica per approfondimento e studio del tema Somministrazione a tutti gli studenti di un test di autovalutazione del comportamento assertivo (The Rathus Assertiveness Schedule) per la valutazione dei fattori protettivi quali attributi psicologici, supporto familiare, supporto esterno; e di un test del comportamento resiliente (Resilience Scale for Adult) per la valutazione di comportamenti aggressivi, assertivi o passivi Progettazione dell'evento formativo e docenza, analisi statistica dei risultati dei test valorizzando le risorse umane interne Somministrazione di questionario ai partecipanti all'evento formativo Rievocazione e riflessione in contesto protetto di situazioni problematiche affrontate, garantendo il sostegno sociale ed emozionale tra pari ed utilizzando modelli di comportamento positivo che alimentino l'autostima in studenti ed infermieri.

RISULTATI. Popolazione: 152 studenti di infermieristica, 121 donne (79.6%) e 31 uomini (20.4%) frequentanti i tre anni di corso aa 2017-18; età media 22.1 anni. Resilienza: emergono lievi differenze di età e di genere rispetto alla presenza dei fattori protettivi; in particolare: l'attributo psicologico è più presente nei maschi (3.84%) vs femmine (3.58%); prevale un più alto supporto familiare nelle femmine (4%) rispetto ai maschi (3.75%); per il supporto esterno non ci sono significative differenze di genere (F 4.36 vs M 4.24) e risulta essere il fattore protettivo più presente rispetto agli altri due. In accordo con le evidenze scientifiche, si deduce che il supporto sociale (amici, sport, ecc) è particolarmente significativo per lo studente e può determinare uno sviluppo della resilienza. Assertività: aggregando i risultati dei tre anni di corso, si rilevano i seguenti comportamenti distinti per genere: aggressivo (M 25% vs F 8.66%); assertivo (F 78.4% vs M 71%); passivo (F 13% vs M 4%). Studi italiani e stranieri hanno stabilito che la maggior parte dei comportamenti aggressivi sono di sesso maschile, tuttavia si presuppone che all'origine di queste differenze ci siano componenti biologiche e socio ambientali. La percentuale delle ragazze passive del 3°anno (21%) è maggiore rispetto a quella del 1°e 2°anno rispettivamente 13% e 5%. Questionario alle guide di tirocinio: n°76 questionari raccolti di cui 69(90.8%) completi e 7(9.2%) incompleti in una risposta. È stata indagata la pregressa conoscenza dell'argomento Resilienza (58% si -32% no) e dell'Assertività (53% si 47% no); applicabilità degli argomenti trattati (resilienza= 68% molto-32% abbastanza) (assertività= 58% molto -42% abbastanza); soddisfazione per le competenze acquisite (resilienza =75% molto- 25% abbastanza) (assertività =66% molto -30% abbastanza-4%poco); interesse per l'argomento (assertività= 75% molto-23%abbastanza-2% poco) (resilienza 81% molto- 19% abbastanza. I risultati evidenziano che pur non conoscendone il pieno significato, c'è stato un feedback positivo da parte delle guide di tirocinio riguardante i temi proposti e la loro applicabilità nel contesto lavorativo. Il 70.5% degli infermieri è soddisfatto delle conoscenze e competenze acquisite nel corso, ciò può auspicare un arricchimento culturale e professionale ed una maggior consapevolezza di sé e dell'altro nella relazione assistenziale.

LIMITI. Si riferiscono alla popolazione indagata: Disomogeneità dei tre gruppi di studenti osservati; sarebbe auspicabile osservare singolarmente ogni anno di corso e nel tempo per meglio indagare alcune variabili che potrebbero intervenire nel corso dei tre anni di studio I test somministrati sono delle autovalutazioni pertanto i dati provengono da un'auto percezione che può differire dal reale livello di R o A posseduto.

CONCLUSIONI. Il futuro dell'infermieristica richiede una preparazione professionale che enfatizzi un pensiero innovativo, flessibile e riflessivo, dove siano trattati temi quali R e A per meglio preparare gli infermieri alla realtà dell'ambiente lavorativo e aumentare il loro benessere. La condivisione/confronto su questi temi tra docenti, tutor e guide di tirocinio favorisce lo sviluppo prof.le. In futuro sarebbe interessante valutare eventuali differenze sul livello di R e A degli studenti prima e dopo aver acquisito esperienze in ambito clinico e negli infermieri prima e dopo la partecipazione ad eventi formativi in moda da valutarne l'efficacia in termini di comportamenti.

Autore per la corrispondenza: Benedetti Tiziana – Università Politecnica delle Marche –
Email: tiziana.benedetti@ospedalimarchenord.it

32. Il programma dietetico nutrizionale nei pazienti trapiantati

Benifei Federica, Pacini Alessandro, Giallongo Sebastiano, Marianelli Rita Barbara, Niccoli Barbara, Tanini Marco

Azienda USL Toscana Centro

BACKGROUND. La medicina dei trapianti rappresenta la più avanzata frontiera della scienza medica. Il trapianto di un organo è un evento che incide su un individuo da un punto di vista fisico, emotivo e relazionale. La terapia immunosoppressiva, necessaria per evitare il rigetto, ha molto spesso come effetto iatrogeno quello di determinare un aumento di peso, ritenzione idrica, diabete e sindrome metabolica. Essi incrementano in particolare il rischio cardiovascolare ma possono giocare un ruolo anche nella disfunzione cronica del graft.

OBIETTIVI. Il nostro obiettivo è quello di creare un percorso per la valutazione e la presa in carico dal punto di vista nutrizionale-dietetico dei pazienti trapiantati. Fornire adeguate conoscenze sulla tematica dell'alimentazione e della sicurezza alimentare. Prevenire l'insorgenza di complicanze quali sindrome metabolica.

METODI. È nostra intenzione procedere alla valutazione nutrizionale di tutti i pazienti trapiantati. Verranno valutati i nuovi pazienti e si procederà a richiamare tutti trapiantati di vecchia data. Verrà eseguita una valutazione fondata su: BMI, Malnutrition Universal Screening Tool; Bioimpedenziometria; Valutazione stato nutrizionale (dati antropometrici-Plicometria); Anamnesi; stima del fabbisogno calorico-proteico. In base alle risultanze i pazienti verranno avviati a tre distinti percorsi: Counseling nutrizionale per i pazienti che non necessitano di presa in carico dai servizi seguenti. Tali incontri di counseling potranno svolgersi anche sotto forma di gruppi. Dietistico, con presa in carico da parte dei dietisti per tutti i pazienti con stato nutrizionale critico che necessitano di essere seguiti con periodicità. Medico del Servizio Nutrizione Clinica, per i pazienti che necessitano di un'integrazione specifica.

RISULTATI. I dati disponibili sono assolutamente preliminari. Tale progetto è in corso di definizione, ha visto il favorevole coinvolgimento di varie discipline e settori aziendali. I primi pazienti a cui è stata proposta hanno risposto positivamente.

LIMITI. I principali limiti sono dovuti alla scarsità di letteratura sulla tematica. I risultati della laboratoristica necessiterebbero di una correzione specifica che dovrà essere definita da ulteriori studi.

CONCLUSIONI. Il soggetto trapiantato è un paziente complesso. La tematica della corretta alimentazione e del dispendio energetico non sembra sufficientemente trattata. Le comorbilità presenti nel paziente trapiantato, unitamente agli effetti collaterali della terapia immunosoppressiva determinano frequentemente un aumento del peso corporeo; in particolare il paziente trapiantato ha un aumento del BMI dove prevale la massa grassa. In termini di composizione corporea, hanno grande importanza la massa grassa e la ritenzione idrica. Appare inadeguato il livello di supporto psicologico sia pre che post trapianto.

Autore per la corrispondenza: Tanini Marco – Azienda USL Toscana Centro – Email: marco_tanini@tiscali.it

33. L'Evidence Based Practice come denominatore comune dell'Evidence Based Medicine, Nursing e Physiotherapy nel Progetto di Formazione Aziendale "Triage Riabilitativo e Appropriatezza in Ospedale" nel paziente con Sindrome Ipocinetica

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

Azienda Ospedaliera di Perugia

BACKGROUND. Evidence-Based Practice (EBP) raggruppa in un unico insieme tutte le diverse professioni e discipline che operano sinergicamente per la cura e l'assistenza del singolo paziente con applicazione nella pratica quotidiana dei principi e delle procedure necessarie della migliore evidenza. Nel contesto organizzativo del triage riabilitativo (fasi di urgenza: codice Rosso, indica che entro 1 ora il paziente riceve un trattamento riabilitativo; codice Giallo, la valutazione deve essere effettuata entro le 12 ore, codice Bianco,viene erogato entro le 24/48 ore) per necessità di identificazione di un percorso clinico relato al paziente ospedalizzato con sindrome ipocinetica è stato costituito un progetto formativo che prevedeva l'individuazione di gruppi di lavoro multi-professionali, composti da personale della riabilitazione, medici ed infermieri afferenti alle strutture di degenza di Geriatria, Medicina del Lavoro e Medicina Interna Scienze Endocrine e Metaboliche dell'Azienda Ospedaliera di Perugia. Lo scopo ultimo dei gruppi di lavoro era quello di condividere percorsi e tipologia di intervento riabilitativo per il paziente ospedalizzato per sindrome ipocinetica, con attenzione particolare alla definizione dei criteri di priorità che determinano il grado di urgenza.

OBIETTIVI. Implementazione di strumenti della Evidence- Based Practice, Ricerca della letteratura/ documentazione sulla appropriatezza riabilitativa e analisi dei casi nelle specifiche aree assistenziali, per individuare i criteri di appropriatezza della richiesta di consulenza riabilitativa nel paziente con sindrome ipocinetica. Produzione di flowchart Aziendali per il percorso riabilitativo del paziente con Sindrome Ipocinetica.

METODI. È stato realizzato un progetto della durata complessiva di 16 ore, che ha previsto una metodologia di formazione blended, strutturata in gruppi di lavoro/miglioramento/studio sui criteri di appropriatezza nella presa in carico dei pazienti affetti sindrome ipocinetica. 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. Il corso "Triage Riabilitativo e appropriatezza in Ospedale" è stato portato a termine da 27 partecipanti su 28 convocati, che hanno preso parte almeno al 90% delle 16 ore previste. I partecipanti hanno espresso la seguente valutazione riguardo al corso nel questionario di gradimento identificando una Rilevanza di 4,41 su 5, una Qualità di 4,52 su 5 e una Efficacia di 4,48 su 5. L'evento formativo ha portato alla realizzazione di flowchart per l'identificazione del grado di urgenza riabilitativa del paziente con sindrome ipocinetica e soprattutto ad una relazione di Empowerment trai i differenti partecipanti, migliorando la comunicazione tra i diversi professionisti.

LIMITI. Resistenza al cambiamento osservata nella fase iniziale del processo nonostante la Grande motivazione del personale della Area Professionale Riabilitativa, la collaborazione con la Direzione Aziendale, della Direzione delle Professioni Sanitarie, il Servizio Informatico e la Formazione – Campione e periodo limitato di valutazione. -Assenza di Indicatori di Processo /Esito del percorso.

CONCLUSIONI. L'identificazione di un percorso riabilitativo per il paziente affetto da sindrome ipocinetica è necessario per definire i ruoli professionali nei differenti momenti nei quali il professionista sanitario si trova ad agire: fare la cosa giusta al momento giusto e sul paziente giusto. La condivisione multidisciplinare e multiprofessionale secondo un modello formativo volto all'implementazione degli strumenti della Evidence-Based Practice costituisce una base solida di ricerca dell'appropriatezza e dell'efficacia del triage riabilitativo in ospedale.

Autore per la corrispondenza: Biscontini Devid – Azienda Ospedaliera di Perugia – Email: devidbiscontini@yahoo.it

34. Lean Sei Sigma in area oculistica: analisi e riprogettazione del patient flow per la minimizzazione del lead time

Bonadies Aldo, Nicoletti Manlio, Gasparrini Elisa, Palladino Teresa, Petrini Anna Maria, Novaco Francesca, Gibertoni Chiara

Azienda USL di Bologna

BACKGROUND. Nel corso degli ultimi decenni sono diverse le realtà nazionali ed internazionali che hanno implementato nei diversi ambiti aziendali (clinici, di supporto e/o amministrativi) la filosofia del lean management, allo scopo di ripensare i processi produttivi/erogativi al fine di ridurre sprechi e recuperare tempo e attività a valore per professionisti e pazienti. Ripensare il processo in un'ottica realmente patient centered significa, nell'ambito del seguente progetto, ripercorrere il flusso del paziente dal momento del primo accesso in ambulatorio al momento della dimissione post intervento chirurgico mappando, misurando e valutando ciascuna fase in termini di "valore aggiunto" rispetto al fine che il processo assume. In un'epoca di vincoli normativi e risorse finanziarie sempre più stringenti, la filosofia lean ha il vantaggio di mettere in moto un circolo virtuoso che permette il raggiungimento continuo e nel breve periodo di risultati rilevanti grazie ad una riorganizzazione più efficace ed efficiente delle risorse esistenti e soprattutto iso-risorse.

OBIETTIVI. – Analisi del lead time del paziente in area oculistica ed identificazione di possibili determinanti che ne influenzano, per segmenti omogenei di pazienti, la variabilità; – Definizione di soluzioni implementabili nel processo e finalizzate alla risoluzione delle criticità individuate.

METODI. Il processo logico alla base del progetto è proprio del Lean Sei Sigma, con le sue 5 fasi: define, measure, analyze, improve e control. Nello specifico di ciascuna fase: – Define: il progetto è stato condiviso con la Direzione Generale, con la quale si è definito l'ambito oggetto dell'analisi (l'area oculistica per l'appunto). – Measure: in questa fase sono stati eseguiti una serie di incontri con i professionisti coinvolti nel progetto (medici specialisti, professioni sanitarie: infermieri e ortottisti) finalizzati dapprima all'individuazione delle famiglie di servizi (percorso day surgery, percorso cataratta e percorso retina medica e chirurgica) dell'area oculistica, quindi si è proceduto alla costruzione della current value state map con contestuale rilevazione dei flussi e della relativa tempistica sul campo. – Analyze: in appositi incontri multi-professionali si è proceduto all'analisi della current value state map, delle tempistiche rilevate, delle criticità andandone ad individuare le cause radici (mediante tecniche specifiche del lean management). A partire da queste ultime, dunque, si è proceduto ad individuare le azioni di miglioramento da porre in campo ed alla riconfigurazione dei singoli percorsi. – Improve: verificata la fattibilità delle azioni di miglioramento individuate, si è proceduto all'implementazione di un piano d'azione. – Control: in conseguenza delle modifiche organizzative apportate sono state indviduate le modalità di verifica delle azioni poste in essere e dei risultati conseguiti.

RISULTATI. Riduzione lead time del paziente in area oculistica; Recupero efficienza processo; Recupero tempo a valore aggiunto per professionisti e pazienti; Riduzione spostamenti di professionisti e pazienti. In particolare, considerando i volumi annui, sono stati recuperati: 464 ore/anno a valore per paziente e 661 Km/anno di spostamenti non a valore per il paziente; 291 ore/anno a valore per professionista e 989 km/anno di spostamenti non a valore per i professionisti.

LIMITI. —

CONCLUSIONI. L'esperienza aziendale ha integrato i principi e gli strumenti del lean management come strategia per la riorganizzazione del percorso ambulatoriale e di Day Surgery della patologia di interesse oculistico orientando la revisione del percorso verso l'Hight-Value Care dove il valore è definito come il miglior outcome clinico insieme al take care del paziente. È stato analizzato il "percorso del paziente fruitore delle prestazioni oculistiche mettendosi gli occhiali del paziente e soffermandosi ad interrogarsi se l'attuale fosse il "migliore" percorso per il paziente. E ciò, partendo dal presupposto che nessuno vede tutta la catena dell'erogazione del servizio offerto al paziente, dall'inizio alla fine, eccetto il paziente stesso. Con l'aiuto degli strumenti della filosofia lean si è tentato di migliorare le risposte alla persona assistita. L'approccio organizzativo seguito ha permesso di analizzare i flussi con la lente magnificatoria delle tecniche lean che applicata all'analisi competente del singolo flusso della famiglia di servizi individuata, ha permesso di capire come e in che punti questo collideva con il concetto di fusso continuo facendo emergere nel percorso seguito dal paziente, momenti di pausa e stagnazione generatori di attesa dell'utente e quindi spreco. La sfida futura è quella di mantenere costantemente elevata l'adesione corretta al percorso in toto avviando una politica motivazionale positiva e pratica dei professionisti sanitari in un ambiente di lavoro "turbolento" qual' è quello di oggi affinchè vada ad impattare favorevolmente su produttività, qualità e miglioramento continuo.

Autore per la corrispondenza: Bonadies Aldo – Azienda USL di Bologna – Email: aldo.bonadies@ausl.bologna.it

35. La percezione infermieristica dell'autolesionismo in un paziente psichiatrico

Boncristiano Federica

BACKGROUND. L'autolesionismo è un fenomeno spesso riscontrato nei reparti di psichiatria e dovuto alla provocazione di un danno fisico da chi lo mette in atto. L'infermiere per prevenire questo fenomeno può agire su determinati fattori all'interno delle dimensioni fisiche, psicologiche e sociali.

OBIETTIVI. L'obiettivo del lavoro è quello di indagare la percezione infermieristica dell'autolesionismo nel paziente psichiatrico, allo scopo di capire quali siano i fattori che gli infermieri tengono maggiormente in considerazione per evitare tale fenomeno; inoltre in base alla criticità e alle risorse riscontrate dagli infermieri proporre possibili strategie per prevenire il fenomeno in oggetto.

METODI. Lo studio è osservazionale descrittivo con un campione di 49 infermieri selezionati in base criteri di inclusione ed esclusione nei reparti di psichiatria degli Ospedali di Torrette, Jesi e Senigallia. Sono stati somministrati dei questionari agli infermieri in forma anonima mediante il quale possono attribuire la loro percezione di importanza sui fattori biopsicosociali con una scala likert da 1 a 5, dove il valore 1 è "nessuna importanza" e 5 è "massima importanza". I dati ottenuti sono stati poi tabulati e analizzati.

RISULTATI. La maggior parte degli infermieri ritengono poco importanti i fattori come lingua e religione. Sono invece ritenuti importanti altri fattori quali tratti somatici, età, cultura, credenze, classe socio-economica, nazionalità. Maggior grado di importanza è stato attribuito ai fattori patologia, sesso, disabilità, istruzione, eventi della vita, occupazione, stili di vita, percezione di sé, autostima e famiglia. Le criticità riscontrate con più frequenza sono la mancanza di comunicazione con il paziente e delirio/angoscia dello stesso; le risorse più utilizzate risultano essere l'ascolto e il dialogo.

LIMITI. I limiti dello studio sono la scarsa numerosità del campione, dovuta sia al numero di infermieri che lavorano presso gli SPDC degli ospedali sottoposti allo studio sia alla parziale adesione da parte loro alla compilazione dei questionari e inoltre allo scarso numero di ospedali presi in considerazione.

CONCLUSIONI. La maggior parte degli infermieri ritiene importante intervenire su determinati fattori biopsicosociali durante la relazione terapeutica con il paziente psichiatrico allo scopo di prevenire l'atto autolesionistico. La percezione infermieristica inserita all'interno della relazione assistenziale si trasforma in progettualità, presa in carico e intervento infermieristico. Riuscire a conoscere e a quantificare il più possibile il livello di percezione degli infermieri sui fattori sulla quale intervenire per ridurre il fenomeno dell'autolesionismo può portare verso due orizzonti di riferimento: il primo relativo alla dimensione assistenziale e relazionale, il secondo relativo invece al professionista stesso che viene chiamato a guardarsi dentro. In base alla criticità e alle risorse riscontrate dagli infermieri alcune possibili proposte di strategie per prevenire l'atto possono essere: programmi di formazione e aggiornamento, materiale cartaceo e online a disposizione per gli infermieri di reparto, creazione di strutture idonee per accogliere le persone con questo disturbo e aumentare il tempo da dedicar loro promuovendo attività che favoriscano la comunicazione. Possiamo concludere affermando che l'infermiere ha un ruolo decisivo nel prevenire il fenomeno dell'autolesionismo nel paziente psichiatrico intervenendo, durante la relazione terapeutica, sui diversi fattori biopsicosociali; inoltre deve cercare di superare le varie criticità, utilizzare le risorse disponibili e mettere in atto strategie efficaci.

Autore per la corrispondenza: Boncristiano Federica – Studente – Email: federica.berni@hotmail.it

36. L'integrazione dei laboratori di emodinamica interaziendali: una innovazione organizzativa per migliorare la sostenibilità del SSN

Boraso Flavio[1], Tomassini Francesco[1], Ferrari Fabio[1], Cerrato Enrico[1], Alesina Marta[2], Minniti Davide[1], Varbella Ferdinando[1]

[1]ASL TO3, [2]Università degli Studi di Torino

BACKGROUND. L'ASL TO3 presenta un bacino di utenza di circa 600.000 abitanti e include due Strutture Complesse di Cardiologia, una delle quali con un laboratorio di emodinamica. Sul territorio della ASL TO3, a 10km distanza, è posizionata anche l'AOU San Luigi di Orbassano, che comprende una Struttura Complessa di Cardiologia con laboratorio di emodinamica. Il numero totale dei passaggi DEA del bacino di utenza è di 180.000/anno (140mila circa presso i DEA dell'ASL TO3, 40mila dell'AOU S. Luigi), dei quali oltre 1000-1500 pazienti/anno sono colpiti da sindromi coronariche acute (SCA).

OBIETTIVI. L'esigenza di creare una risposta ai bisogni sanitari in un vasto territorio ha comportato lo sviluppo di un Centro di emodinamica unico ed integrato cui afferiscono i laboratori di ASL TO 3 e AOU San Luigi per la gestione in partnership delle attività in elezione e in emergenza-urgenza tra due sedi. La rete si concretizza nelle seguenti finalità: – integrazione nella rete ospedaliera regionale e nella programmazione regionale per i laboratori di emodinamica; – risposta efficace ed efficiente ai bisogni di salute dei pazienti nello specifico contesto territoriale; – sviluppo dei percorsi di diagnosi e cura appropriati tra le diverse sedi cardiologiche; – razionalizzazione dei costi legati alla alta specializzazione degli operatori e alla raffinata tecnologia strumentale.

METODI. Il modello organizzativo ha comportato: – attivazione delle procedure amministrative al fine della integrazione della équipe medica; – stesura e condivisione di protocolli comuni sulla diagnostica ed interventistica coronarica; – sviluppo dell'attività integrata delle équipe mediche su entrambe i laboratori, ivi compresa la reperibilità unica; – rimodulazione dei percorsi dei pazienti nella direttrice AOU San Luigi verso ASL TO3.

RISULTATI. I numeri di procedure confermano l'elevato volume di lavoro sostenuto da entrambi i laboratori; rispetto ai 12 mesi precedenti di attività non integrata, il numero di procedure ha subito una lieve crescita: durante i primi 12 mesi di attività integrata (15 marzo 2016 – 15 marzo 2017) le coronarografia effettuate sono state 2571, di cui 1689 a Rivoli e 986 al San Luigi mentre le angioplastiche coronariche – PTCA sono state 1615 (1052 presso Rivoli e 563 presso il San Luigi) di cui ben due terzi pari a 932 procedure (57.7%) sono state eseguite in regime di urgenza ovvero in corso di sindrome coronarica acuta entro le 24 ore dal ricovero ospedaliero. Inoltre, 342 procedure sono state eseguite in regime di emergenza (angioplastiche coronariche primarie, PPCI) in corso di infarto acuto con sopraslivellamento del tratto ST. In tutti i casi di emergenza STEMI (infarto acuto) nessun paziente ha richiesto trasferimento e tutti sono stati trattati nella sede di arrivo spostando l'équipe medica di reperibilità. Questa organizzazione ha permesso il trattamento tempestivo senza ritardo della occlusione coronarica acuta. L'implementazione di programmi congiunti con interscambio di expertise tra operatori ha permesso, inoltre, di svolgere alcune procedure di cardiologia strutturale, non differibili, come la valvuloplastica aortica percutanea, in entrambi gli ospedali senza dover trasferire i pazienti in altri centri. Complessivamente, grazie al lavoro congiunto, vengono quindi superate le 2500 coronarografie e le 1600 angioplastiche coronariche, con la formazione di un centro unico con la casistica più ampia della Regione Piemonte.

LIMITI. L'integrazione ha comportato criticità quali: – integrazione degli operatori in un ambiente di lavoro differente, con strutture, personale tecnico-infermieristico e cardiologi clinici differenti; – presenza di un solo coordinatore di equipe per entrambe le sedi; – necessità da parte degli operatori di organizzare un programma di turnistica più complesso.

CONCLUSIONI. Il centro unico di emodinamica sviluppato a livello Interaziendale tra ASL TO 3 e AOU San Luigi rappresenta un ottimo esempio di partnership tra Aziende; i dati dimostrano un percorso di integrazione molto strutturato con: – ottimizzazione dei percorsi e delle procedure e della gestione clinico-assistenziale del paziente; – miglioramento dell'appropriatezza; – razionalizzazione dei costi del personale; – razionalizzazione dei costi del Service. Il modello del laboratorio unico di emodinamica rappresenta in definitiva un esempio virtuoso di partnership vincente tra due Aziende Sanitarie e di integrazione tra i professionisti nello specifico settore cardiologico. Le ricadute tangibili sono sicuramente di tipo gestionale, ma si concretizzano in modo positivo soprattutto sui pazienti.

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

37. L'utilizzo di "CARMInA" per la progettualità aziendale in materia di Rischio Clinico

Bottaro Luigi Carlo[1], Cavagnaro Paolo[1], Depetro Giovanna[1], Caltabellotta Marta[1], Di Vito Guido[1], De Martini Maria[1], Gagliano Carmelo[1], Calcagno Roberto[1], Ugonia Andrea[2]

[1]ASL 3 Genovese, [2]Ospedale Evangelico Internazionale di Genova

BACKGROUND. Contesto: Un Presidio Ospedaliero unico (4 Stabilimenti Ospedalieri), 6 Distretti, n. abitanti 738.773 Per la stesura del documento programmatico biennale di attività di gestione del rischio clinico è utilizzato il programma CARMInA che fornisce una visione d'insieme sugli aspetti chiave di risk management.

OBIETTIVI. Utilizzo del programma di autovalutazione aziendale CARMInA per lo sviluppo del documento programmatico biennale riguardante la Gestione del Rischio Aziendale.

METODI. Nel 2018 formazione rivolta ai Direttori di Dipartimento, Struttura Complessa e Posizioni Organizzative. Presentazione CARMInA in aula informatica; "Il CARMInA (Clinical Assessment of Risk Management: an Integrated Approach) è uno strumento di autovalutazione e di confronto applicato a sette aree di interesse nella gestione del rischio clinico, misurate mediante un questionario formulato alla luce di 52 standard pesati, secondo una logica progressiva che rispecchia il livello di maturazione dell'organizzazione, in ordine ai diversi aspetti o aree, in esame." (https://salute.regione.veneto.it/web/gsrc/carmina) Aree CARMInA: 1: Cultura della sicurezza; 2: Comunicazione; 3: Risorse umane; 4: Ambiente e contesto sicuri; 5: Processi assistenziali; 6: Gestione dell'evento avverso e dell'evento evitato; 7: Compilazione e gestione della documentazione sanitaria. Processo di analisi dei dati ottenuti: Autovalutazione individuale effettuata in formato digitale in presenza di tutor di supporto. Studio dei dati ottenuti dai CARMInA compilati dai discenti (sono stati analizzati 57 Elaborati CARMInA) Il campione ottenuto era rappresentativo delle diverse realtà organizzative aziendali. Per l'analisi si è proceduto nel modo seguente: • Analisi singole autovalutazioni (per evidenziare caratteristiche specifiche della struttura); • Aggregazione dati per aree omogenee; • Stesura indice di priorità d'intervento; • Programmazione azioni di miglioramento e relativi indicatori di processo e di esito.

RISULTATI. Si presentano i risultati aggregati delle risposte fornite dagli operatori su una scala di valutazione a cinque livelli. 1) 31.5 % Presenza di gap maggiori che necessitano di interventi di miglioramento prioritari 2) 27.6 % Presenza di gap necessitanti interventi di miglioramento 3) 2.0 % Assenza di gap maggiori 4) 10.4 % Attenzione al miglioramento continuo 5) 28.5 % Miglioramento continuo in atto. Gli argomenti rientranti ai punti 1 e 2 (Presenza di gap maggiori o Presenza gap necessitanti intervento) hanno costituito la base razionale per la programmazione e lo sviluppo degli interventi di formazione volti al miglioramento della performance aziendale. Le aree di intervento prioritario sono rappresentate dai primi tre macroargomenti A) CULTURA DELLA SICUREZZA (21.4%) B) PROCESSI ASSISTENZIALI (20.5 %) C) GESTIONE DELL'EVENTO AVVERSO E/O NEAR MISS (18,6 %) D) RISORSE UMANE (13.3 %) E) COMUNICAZIONE (10.5 %) F) COMPILAZIONE E GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA (8.1 %) G) AMBIENTE E CONTESTO SICURO (7.6 %).

LIMITI. Il CARMInA è uno strumento autovalutativo e, anche se in misura ridotta, può favorire una soggettività nell'analisi degli standard proposti.

CONCLUSIONI. L'analisi delle aree d'intervento ha guidato l'indirizzo programmatico del biennio 2019-20 in base a quanto espresso negli standard delle aree CARMInA 1-5-6, in particolare: •Audit clinici mirati (nello specifico per l'anno 2018 gli Audit Clinici assegnati alle strutture aziendali hanno interessato la gestione degli emocomponenti e il processo di prescrizione e somministrazione di farmaci) •FMEA/FMECA area medica/chirurgica; •Formazione sulla Root Cause Analysis con l'ausilio di un video didattico del N.P.S.A. e diffuso dall'OMS.; •Programmazione incontri dedicati a temi specifici: continuità assistenziale, analisi sinistri, raccomandazioni MdS e competenze relazionali.

Autore per la corrispondenza: Calcagno Roberto – ASL 3 Genovese – Email: roberto.calcagno@asl3.liguria.it

38. Notifiche di tubercolosi nei distretti 1 e 2 AULSS 9 Scaligera anni 2016-2018: caratteristiche della popolazione e fattori di rischio

Brioni Alessandro[1], Spedicato Daniele[2], Postiglione Chiara[1], Salandini Giulia[2], Mariotto Olga[2], Cicco Pierdomenico[2], Pelacchi Nicola[2], Finardi Emanuele[2], Bosco Oliviero[1]

[1]*Azienda ULSS 9 Scaligera,* [2]*Università degli studi di Verona*

BACKGROUND. L'Italia ad oggi risulta essere un Paese a bassa prevalenza per la tubercolosi (TB), con un tasso di notifica pari a 6,6 casi/100000 abitanti nel 2016, come riportato nel 2018 dal documento dell'ECDC '' Tuberculosis surveillance and monitoring in EuropÈ'. Nonostante ciò la tubercolosi continua a rappresentare un importante problema di sanità pubblica che richiede un costante impegno per il suo monitoraggio nel contesto nazionale così come in quello locale, ed una serie di azioni di prevenzione mirate al suo contenimento. In modo particolare, negli ultimi anni, si è visto come a seguito di un cambiamento dell'epidemiologia della malattia, sia utile monitorare attraverso studi osservazionali e programmi attivi di screening determinate fasce di popolazione che risultano maggiormente vulnerabili, come gli anziani, gli immigrati irregolari ed i detenuti.

OBIETTIVI. Lo scopo di questo studio è di valutare il numero e la distribuzione dei casi di tubercolosi notificati e confermati nella popolazione del distretto 1 e 2 della AULSS9 Scaligera di Verona, negli anni 2016, 2017 e 2018.

METODI. L'Unità Operativa Profilassi Malattie Infettive del SISP dell'Azienda ULSS 9 Scaligera, attraverso l'analisi dei dati riportati dal SimiWeb, ha condotto uno studio epidemiologico osservazionale trasversale dei dati relativi alle notifiche di infezione da Mycobacterium Tuberculosis pervenute dall'anno 2016 fino alla fine di novembre dell'anno 2018.

RISULTATI. Nel periodo compreso tra il 1° gennaio 2016 e il 30 novembre 2018 sono stati notificati nei soli Distretti 1 e 2 dell'AULSS 9 Scaligera 140 casi di malattia tubercolare, di cui 105 casi di TB polmonare (pari al 75 %) e 35 casi di TB extra-polmonare (pari al 25 %). Il 2017 è stato l'anno con il maggior numero di casi notificati con 53 casi, seguito dal 2016 con 44 casi notificati, ed infine dal 2018 con 43 casi. In tutti gli anni considerati la popolazione straniera è risultata maggiormente interessata rispetto a quella italiana. Infatti, i cittadini stranieri affetti da tubercolosi nel periodo considerato dal nostro studio sono risultati essere il 69,3% con 97 casi notificati, contro i 43 casi notificati in cittadini italiani che costituiscono il 30,7% del totale. Il continente di provenienza più rappresentato tra i cittadini stranieri affetti da TB è risultato essere l'Africa con 42 casi (pari al 43,3% dei casi in cittadini stranieri) seguito dai Paesi dell'Est Europa con 35 casi (pari al 36,1% dei casi in cittadini stranieri) ed infine dai paesi asiatici con 20 casi (pari al 20,6% dei casi in cittadini stranieri). La singola nazione straniera con più casi è risultata essere la Romania con 26 casi (pari al 16,6 % del totale delle notifiche), seguita dal Marocco con 20 casi (pari al 14,3 % del totale delle notifiche) ed infine dall'India con 9 casi (pari al 6,4 % del totale delle notifiche). Il principale fattore di rischio riscontrato nei casi insorti in soggetti italiani è stato la presenza di una concomitante terapia immunosoppressiva con 11 casi (pari al 25%), seguito dalla presenza di una patologia diabetica scarsamente controllata (4 casi) e da un'insufficienza renale cronica (4 casi) che hanno interessato rispettivamente ognuno il 9 %. L'età media nel gruppo di casi italiani è risultata essere pari a 63 anni mentre nei casi insorti in cittadini stranieri è risultata essere pari a 36 anni. Nel periodo indagato, la classe d'età maggiormente rappresentata è stata quella compressa tra 31-40aa con 36 notifiche (pari al 25,7 %), seguita dalla classe d'età 41-50 con 28 notifiche (pari al 20 %) ed infine dalla classe d'età 21-30aa con 22 notifiche (pari al 15,7 %). Non risulta una differenza significativa statisticamente tra i due generi che risultano rappresentati in modo simile, infatti il 50,7% dei casi risulta essere di genere maschile ed il 49,3% di genere femminile.

LIMITI. Disporre dei dati riferiti all'anno 2018 limitatamente al periodo compreso tra il 01.01.2018 ed il 30.11.2018.

CONCLUSIONI. Da questo studio si evince che il tasso medio di notifica di TB nel periodo considerato, nella nostra realtà locale, è pari a 6,8 casi/100000, rivelando un leggero aumento rispetto alla media nazionale. Risulta evidente inoltre, come la TB sia una malattia che è maggiormente diffusa nelle persone con nazionalità straniera rispetto ai cittadini italiani e nei gruppi con particolari fattori di rischio come la presenza di una terapia immunosoppressiva prolungata, la presenza di una patologia diabetica mal gestita o la presenza di un'insufficienza renale cronica. Questi dati supportano lo sviluppo di campagne di screening mirate ai sottogruppi di popolazione a maggior rischio di sviluppare la TB, al fine di identificare precocemente i casi di TB attiva, ma soprattutto le forme di infezione tubercolare latente, per attuare un loro efficace trattamento, evitando lo sviluppo delle forme attive, e quindi in ultima analisi determinando una riduzione dei costi per il Sistema Sanitario Regionale.

Autore per la corrispondenza: Brioni Alessandro – Azienda ULSS 9 Scaligera – Email: alessandrobrioni@hotmail.it

39. Psycho-physical well-being in therapeutic adherence in women with autosomal dominant polycystic kidney disease: an observational study

Brioni Elena[1], Magnaghi Cristiano[1], Delli Zotti Giulia Bruna[1], Sangiovanni Eleonora[1], Sciarrone Alibrandi Maria Teresa[1], Ratti Maria Monica[1], Sarno Lucio[1], Manunta Paolo[1], Burrai Francesco[2]

[1]IRCCS Ospedale San Raffaele, [2]*ATS Sardegna*

BACKGROUND. The chronic renal disease is associated with increased level of depression and irreversible somatic condition (Oyekcin et al. 2012). Autosomal Dominant Polycystic Kidney Disease (ADPKD) is the most common hereditary kidney disease, occurring in approximately 1 in every 400 to 1000 people (Torres et al. 2016). Kidney failure is a serious and irreversible somatic condition and the ordeal of this disease can undermine the internal identity markers of patients, prey to unbearable anxieties, exposing them to formlessness and a vacillating identity (Lecort, 2018).

OBIETTIVI. AIMS: Evaluate the psychological traits that can hinder access to treatment in patient affected ADPKD Begin a path of therapeutic education with the aim of developing patient empowerment. Inform the patient about the pathology in order to sensitize it to symptomatic management and co-morbidities.

METODI. This was a prospective, longitudinal observational pilot study, on the effects of quality of life, anxiety, depression and perception of the body image on therapeutic adherence, and to verify the relationship between the deterioration of psychological construct, renal function failure and age, in female patients affected by ADPKD. A conventional sample of 40 patients with ADPKD of San Raffaele Hospital were enrolled in this study. This study was conducted on a sample of 37 patients, because there was a drop out of 3 patients. The sampling methodology was consecutive type. Inclusion criteria included confirmed diagnosis of ADPKD, age from 18 to 65 years old, and ability to provide informed consent. Male patients, patients with cognitive disorders, and dialysis patients were excluded. Measurement instruments: Kidney Disease Quality of life-Short Form (KDQOL-SF), for quality of life level; Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), for anxiety and depression level; Body Uneasiness Test (BUT), for body image perception. This study had 3 visits (T0, T1, T2) for data collection, and each visit lasted one hour. In T0, a research nurse screened female patients with ADPKD who were referred to polycystic kidney surgery to identify potentia candidates. During this visit the nurse was in charge of offering the patient a 30-minute education therapist intervention. This intervention was intended to stimulate the patient to adherence to treatment (pharmacology and life-stlyle). In T1, the patient returned for the interview with the psychologist and the compilation of psychological tests. At the third visit (T2), a psychological interview was held with the restitution and evaluation of the tests performed and an interview with the nurse for the evaluation of adherence to the prescriptions as physical activity, diet, medical examinations, drug therapy, blood pressure control, wither intake, symptom control of concomitant diseases.

RISULTATI. Compliant subjects showed better scores than non-compliant ones on KDQOL – physical pain (p=0,013), on BUT-Psychological Symptom Distress Index (p=0,026) and on BUT- Avoidance (p=0,002). The study demonstrated the efficacy of therapeutic education in adherence to care. Sample was totally compliant in taking the therapy and most patients respected the frequency of ordinary medical checks.

LIMITI. This study had some limitations: 1) sample size was small, so power study was low; 2) the sample was conventional; 3) participants were all recruited at a single hospital on one unit, so it is difficult to generalize the findings.

CONCLUSIONI. Findings showed the importance of stimulating the patient to exercise, the correct adherence of drug therapy, frequent blood pressurÈs control, a proper salt and protein low diet, a proper intake of water and to make regular medical's visits. Multidisciplinary clinical interventions aimed at favoring the compliance would be desirable for a better perception of a psychophysical well-being by patients with ADPKD.

Autore per la corrispondenza: Brioni Elena – IRCCS Ospedale San Raffaele – Email: brioni.elena@hsr.it

40. Progetto F reni amo: rallentare la malattia renale, allontanare la dialisi, migliorare la vita

Brunori Giuliano[1], Triolo Giorgio[2], Rossetto Piera[2], Quadrino Silvana[3], Gavassa Lilia

[1]Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari Provincia Autonoma di Trento, [2]SIN - Società Italiana di Nefrologia, [3]Istituto Change

BACKGROUND. Il documento di indirizzo per la malattia renale cronica del Ministero della Salute sollecita l'attivazione di interventi di diagnosi precoce e prevenzione secondaria e terziaria della MRC e invita a "rinforzare il messaggio educazionale lavorando sull'educazione sanitaria e collaborando con il team nell'educazione terapeutica al nefropatico e alla sua famiglia" per contrastare l'evoluzione della malattia Il progetto F reni amo individua la terapia dietetico nutrizionale fra gli interventi che possono rallentare l'evoluzione della MRC e migliorare la qualità e la speranza di vita dei pazienti. L'analisi delle difficoltà segnalate da medici, infermieri e dietisti nella attuazione di tale intervento ha portato alla convinzione che per facilitare l'adesione dei pazienti e dei loro famigliari sia necessario aumentare le competenze di comunicazione educativa e motivazionale, attivare sul territorio spazi dedicati per il supporto informativo ed educativo e dare continuità al sostegno motivazionale dei pazienti e delle famiglie anche con l'uso di nuove tecnologie.

OBIETTIVI. L'obiettivo primario è il rallentamento dell'evoluzione della MRC per ritardare il ricorso alla dialisi o al trapianto e consentire una migliore qualità di vita. Sottoobiettivi – Sensibilizzare la popolazione sui rischi della MRC – Migliorare la condivisione delle conoscenze in materia di MRC e di terapia dietetico nutrizionale da parte di tutti i professionisti sanitari che possono intercettare pazienti a rischio o con MRC in atto – Fornire a questi professionisti competenze di patient education e di counseling motivazionale – Attivare sul territorio punti di informazione e di educazione sanitaria dedicati ai pazienti con MRC e alle loro famiglie.

METODI. Il progetto è focalizzato sugli aspetti motivazionali, che stanno alla base della adesione durevole dei pazienti alle indicazioni dietetico nutrizionali. Prevede • interventi di formazione dei professionisti sanitari in tema di diagnosi precoce della MRC, di terapia dietetico nutrizionale, di counseling educativo e motivazionale rivolto a pazienti e famigliari • interventi di sensibilizzazione e di informazione rivolti alla popolazione o a gruppi di pazienti e famigliari, realizzati in collaborazione con le Associazioni di pazienti • realizzazione di materiali informativi ed educativi e di strumenti informatici per l'educazione terapeutica e il sostegno motivazionale dei pazienti e dei famigliari. Gli interventi formativi vengono realizzati in aula o a distanza, e utilizzano una metodologia didattica interattiva e strumenti formativi multimediali. L'informazione e il sostegno educativo e motivazionale dei pazienti e dei famigliari sono affidato a strumenti multimediali disponibili attraverso un sito dedicato.

RISULTATI. Una prima sperimentazione dell'intervento formativo è stata realizzata alla ASL TO4 e ha coinvolto 50 professionisti del distretto di Ivrea I contenuti teorici e metodologici dell'intervento sono stati trasformati in un testo elettronico che sarà disponibile per tutti i professionisti coinvolti È stato prodotto un opuscolo informativo per pazienti e famigliari con indicazioni nutrizionali, disponibile sul sito www.freniamo.it Il progetto è stato presentato ai professionisti sanitari e ai dirigenti delle ASL piemontesi all'Università di scienze gastronomiche di Pollenzo che collabora al progetto nella ricerca di modalità di trattamento degli alimenti che consentano di mantenere gli aspetti di gradevolezza del cibo anche in presenza di indicazioni dietetiche restrittive. Stanno aderendo alla sperimentazione del progetto alcune ASL Piemontesi. La valutazione quantitative e qualitativa sarà possibile a sperimentazione conclusa.

LIMITI. Il progetto richiede il coinvolgimento del maggior numero possibile di professionisti sanitari dei territori in cui viene realizzato, in particolare MMG, infermieri, dietologi e dietisti. Richiede uno sforzo organizzativo per attivare gli interventi formativi e per arrivare i punti di informazione e di patient education. Questo richiede una forte condivisione degli obiettivi da parte delle ASL e dei professionisti, il sostegno delle associazioni di pazienti e la ricerca di contributi economici per sostenere le diverse azioni previste.

CONCLUSIONI. Rallentare l'evoluzione della MRC e ritardare il ricorso alla dialisi o al trapianto può essere considerato un valido obiettivo sul piano della riduzione di costi sanitari diretti e indiretti e sul piano del miglioramento della qualità e della speranza di vita dei pazienti. La terapia dietetico nutrizionale si dimostra un valido strumento per raggiungere tale obiettivo. Richiede competenze di patient education e di counseling motivazionale, che i professionisti sanitari possono acquisire attraverso interventi di formazione a costi relativamente modesti, e producono un arricchimento professionale che si trasforma in aumento della qualità dei loro interventi anche in altri ambiti del loro intervento di cura.

Autore per la corrispondenza: Quadrino Silvana – Istituto Change – Email: silvana.quadrino@gmail.com

41. Il ruolo del farmacista di comunità nella costruzione di reti sanitarie territoriali. L'esempio di un piccolo centro della Sardegna

Cadeddu Giovanna

Università degli Studi di Cagliari

BACKGROUND. In un contesto sociale abituato ad identificare il servizio sanitario quasi solo ed esclusivamente con gli ospedali, nel momento in cui si va incontro ad una rimodulazione dei servizi ospedalieri, nasce la necessità di costruire una rete territoriale in grado di offrire ai cittadini un servizio di base di qualità. Si avverte il bisogno di tutelare il diritto alla salute ma non sempre si è consapevoli dei doveri che ogni cittadino ha. Alla luce dei problemi di sostenibilità del sistema e della grande fase di cambiamento che lo investe, considerando le possibilità che la tecnologia oggi mette a disposizione, i servizi principali devono focalizzarsi sulla presa in carico del paziente cronico da parte del territorio, sull'educazione all'utilizzo dei servizi favorendo un ruolo attivo del cittadino e sulla prevenzione. Nei piccoli centri, in cui spesso il medico di base non è presente ogni giorno della settimana, l'unico presidio sanitario sempre aperto è la farmacia.

OBIETTIVI. Creare una rete che consenta la collaborazione tra professionisti sanitari e istituzioni, in modo da poter analizzare i dati provenienti dal lavoro e avere un quadro della situazione per poter poi programmare le decisioni nel medio-lungo periodo. Il farmacista, adeguatamente formato, può collaborare con medici di base, pediatri e specialisti sia per quanto riguarda la presa in carico del paziente cronico, fornendogli un supporto sull'aderenza alla terapia, sia per quanto concerne l'educazione e la prevenzione. Considerando il sistema sanitario come un investimento e non come un mero centro di spesa, la farmacia può diventare un terminale produttivo della sanità e può contribuire a comunicare il valore sociale della salute.

METODI. Il farmacista, consultandosi con il medico di base, può seguire il paziente cronico nell'assunzione della terapia sottoponendogli una serie di domande volte ad evidenziare eventuali problemi nella posologia, effetti avversi e difficoltà di vario genere. I dati raccolti permettono di esplorare varie dimensioni delle prestazioni offerte, come ad esempio il livello del miglioramento di salute dei pazienti, i risparmi ottenuti o i feedback dei pazienti e degli operatori coinvolti, devono confluire in una piattaforma per essere elaborati ed analizzati. I risultati permetteranno alle istituzioni di mettere a punto indicatori, osservare la situazione e programmare di conseguenza ottimizzando le risorse, alle farmacie e agli operatori sanitari coinvolti di valutare periodicamente la qualità del servizio offerto al fine di apportare eventuali correzioni o miglioramenti. Per quanto riguarda programmi di educazione e prevenzione, il farmacista può contribuire nel fornire al cittadino strumenti per utilizzare al meglio i servizi sanitari e può fare campagne di prevenzione ben studiate e durature nel tempo.

RISULTATI. Fino ad ora sono stati sottoposti in forma anonima dei questionari informativi al fine di capire la percezione dei cittadini rispetto alle prestazioni offerte dal servizio sanitario fin'ora e come si pongono nei confronti di servizi innovativi. Da un campione di 250 persone consultate emerge che la popolazione che si reca in farmacia è soprattutto femminile, con un'età media intorno ai cinquant'anni, la maggior parte sono pazienti cronici che hanno massima fiducia nel farmacista e sarebbero interessati all'attivazione di servizi territoriali. È interessante notare come, spesso, a prescindere dal livello di istruzione e dal ceto sociale, pochi hanno reale percezione dei meccanismi di base e dei costi del sistema sanitario, nel momento in cui vengono forniti loro dei semplici dati sulla spesa per patologie come la sclerosi multipla o il diabete si assiste ad un interesse che li spinge a diventare ben disposti a collaborare e propositivi nei confronti dei progetti proposti.

LIMITI. I farmacisti di comunità, per la maggior parte, sono spaventati dalla fase di grande cambiamento che investe il loro settore e, non essendo abituati ad aggiornarsi costantemente e a collaborare con gli altri professionisti, risultano essere la categoria meno incline a sperimentare e portare avanti questo tipo di lavoro. La collaborazione risulta però essere il problema principale e trasversale in quanto è molto difficile far dialogare le varie categorie di professionisti sanitari, non di rado infatti si riscontrano problemi di comunicazione anche tra medici di base e specialisti.

CONCLUSIONI. La gestione del paziente cronico risulta essere uno dei principali problemi per il nostro sistema sanitario. Lavorare sul territorio, promuovere la collaborazione tra professionisti e un ruolo attivo del cittadino rispetto ai temi della salute rappresenta un nuovo modo di approcciarsi al problema. Si riscontrano in varie regioni iniziative che coinvolgono anche i farmacisti ma non ci sono reti e sono affidate alla volontà dei singoli. Per incidere sul fenomeno è necessario mettere in atto azioni concertate, organizzare i processi e mettere a punto nuovi modelli organizzativi.

Autore per la corrispondenza: Cadeddu Giovanna – Università degli Studi di Cagliari – Email: gio.cdd@gmail.com

42. Una Nursery a misura di genitore e neonato: un progetto di miglioramento orientato alla Child and Family Centred Care

Calza Simona, Da Rin Della Mora Roberta, Trucco Daniela, Scelsi Silvia, Petralia Paolo

Istituto Giannina Gaslini – Ospedale Pediatrico IRCCS

BACKGROUND. L'Organizzazione Mondiale della Sanità evidenzia politiche e pratiche sanitarie non supportive dell'allattamento al seno; azioni prioritarie sono considerate quelle che prevedono strutture/interventi dedicati per sostenere l'allattamento al seno esclusivo (WHO, 2009, 2013, 2014). La letteratura indica come un ambiente adeguato alle necessità materne e del neonato possa produrre outcomes positivi (Keit et al., 2012). Non sono state reperite pubblicazioni circa il punto di vista sugli spazi dedicati all'allattamento all'interno delle strutture sanitarie da parte dei genitori che ne usufruiscono; l'approccio "Child-Family-Centred-Care" (CFCC) (Mikkelsen & Frederiksen, 2011; Coyne et al., 2016) sottolinea come la loro opinione debba essere considerata per un ospedale "CFCC-Friendly" (Council of Europe, 2011).

OBIETTIVI. La survey descrive il punto di vista sugli spazi dedicati all'allattamento all'interno di un ospedale pediatrico italiano da parte dei genitori che ne usufruiscono, accedendo per visite ambulatoriali o day hospital, allo scopo di avere dati che guidino interventi per il loro ammodernamento.

METODI. Survey con questionario basato su domande con risposta aperta, chiusa a scelta multipla, o con risposta con scala tipo Likert a 4 punti La survey è stata svolta all'interno di un ospedale pediatrico italiano, e ha riguardato la struttura dedicata alle cure su fascia diurna (ambulatori e day hospital). La survey È stata proposta a tutti i genitori (madri e padri) rispondenti ai criteri di inclusione che hanno frequentato le nursery nel periodo compreso tra febbraio e marzo 2017. Sono stati inclusi i genitori maggiorenni che hanno aderito su base volontaria compilando un questionario per nucleo famigliare. Criterio di inclusione è stato la comprensione della lingua italiana scritta. Criteri di esclusione sono stati la non comprensione della lingua italiana scritta, la non adesione su base volontaria, esser genitori non maggiorenni. Il questionario è stato creato un gruppo di ricerca che ha incluso due infermieri pediatrici ricercatori, n= 5 coordinatori infermieristici e un dirigente del Dipartimento delle Professioni Sanitarie, onde progettare e testare il questionario. Dopo revisione narrativa della letteratura (Schreuder et al., 2016; Alves et al., 2017) è stato progettato un questionario composto da domande con risposta aperta, chiusa a scelta multipla, e chiusa con risposta a scala Likert a 4 punti. Il questionario è stato idealmente suddiviso in 3 parti: – dati personali dei rispondenti (età, genere, titolo di studio, numero di figli e ragione della visita alla nursery); - valutazione dell'ambiente della nursery sulla base di 14 item con risposta su scala tipo Likert a 4 punti; – suggerimenti da parte dei partecipanti tramite domande a risposta libera. Il test pilota del questionario è stato svolto sia dal gruppo di ricerca che su n=5 genitori rappresentativi della popolazione coinvolti su base volontaria all'interno del setting di indagine. I partecipanti hanno giudicato utile, chiaro e comprensibile il questionario. Non sono state fornite ulteriori indicazioni circa il disegno di studio, e hanno giudicato il tempo di compilazione (massimo 5 minuti) come idoneo. Il questionario è stato valutato per l'I-CVI con un risultato di 1 (Lynn, 1986) e per l'S-CVI con un risultato di 1 (Polit & Beck, 2006). Reminders sulla compilazione sono stati affissi all'interno di tutta la struttura (suggerimento dei genitori coinvolti nel test pilota). Il personale infermieristico della struttura è stato informato ed invitato a facilitare la compilazione. I partecipanti sono stati invitati a riporre il questionario in un contenitore apposito. Per l'analisi dei dati è stato creato un database ad hoc informatizzato. Ogni questionario è stato numerato con numero progressivo. I dati sono stati analizzati tramite indicatori di statistica descrittiva. La survey è stata autorizzata dal Comitato di Revisione Istituzionale della struttura. I partecipanti sono stati arruolati su base volontaria, con garanzia di mantenimento dell'anonimato. Il consenso alla partecipazione è stato ritenuto implicito dopo presa visione delle informazioni relative allo studio e la compilazione del questionario.

RISULTATI. N=39 genitori hanno partecipato. I dati sono incoraggianti circa comfort e design delle nursery; è stata segnalata la mancanza di una poltrona d'allattamento e di spazio, silenzio, colore e di giochi.

LIMITI. La survey ha come limite maggiore il fatto di essere unicentrica e con un numero esiguo (n=39) di partecipanti, benché per il contesto questi dati abbiano una certa importanza. Non sono stati inclusi genitori non parlanti italiano.

CONCLUSIONI. La survey si è mostrata utile nel far emergere il punto di vista dei genitori sull'ambiente, delle nursery e suggerimenti per il loro ammodernamento. Bibliografia Alves TD, Lichtig W, Rybkowski ZK (2017) Implementing Target Value Design: Tools and Techniques to Manage the Process. HERD 10(3) 18-29. Coyne, I, Hallström, I &Söderbäck M 2016, 'Reframing the focus from a family-centred to a child-centred care approach for children's healthcare ' Journal of child healthcare, vol. 20, no.4, pp 494-502 Guidelines of the Committee of Ministers of the Council of Europe on child-friendly health care and their explanatory memorandum- September 2011 Lynn MR. (1986) Determination and quantification of content validity. Nursing Research, 35 (6): 382-386; Mikkelsen G, Frederiksen K (2011) Family centred care of children in hospital – a concept analysis. JAN,67(5) 1152–1162. Polit DF, Beck CT (2006) The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. Research in Nursing & Health, 29: 489-497. Schreuder E, Lebesque L, Bottenheft C (2016) Healing enviroments: hat design factors really matter according to patients? An exploratory analysis. HERD, 10 (1) 87-105. Keith DR, Weaver BS, Vogel RL (2012) The effect of music-based listening interventions on the volume, fat content, and caloric content of breast milk-produced by mothers of premature and critically ill infants. AdvNeonatal Care 12(2):112-9. doi: 10.1097/ANC.0b013e31824d9842 Sitografia WHO – World Health Organization (2009). Baby-Friendly Hospital Initiative. Revised, updated and expanded for integrated care. Avalaible at:http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/en/Accessed: October 18, 2017. WHO – World Health Organization (2013). Essential Nutrition Actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition. World Health Organization, Geneva. WHO – World Health Organization (2014). Global Nutrition Targets 2025: Breastfeeding policy brief. Avalaible at: http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_breastfeeding/en/ Accessed: October 18, 2017.

Autore per la corrispondenza: Calza Simona – Istituto Giannina Gaslini – Ospedale Pediatrico IRCCS –
Email: simonacalza@gaslini.org

43. L'impatto del monitoraggio remoto sulle re-ospedalizzazioni del grande anziano con scompenso cardiaco: un progetto pilota

Canestrale Roberto, Lizzadro Anna Lucia, Mancinelli Lucia

INRCA – Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani

BACKGROUND. Lo scompenso cardiaco è una patologia cronica e invalidante che riduce l'aspettativa e la qualità di vita, è associato ad un elevato grado di disabilità e ad un significativo tasso di re-ospedalizzazioni che richiedono elevati costi sociali ed un importante impegno da parte del caregiver. È necessario, quindi, adottare modelli di "Active Aging" per investire in una vecchiaia fatta di salute, autonomia e di contributo alla comunità. Nel 2020 i soggetti affetti da scompenso saranno oltre i 30 milioni, nelle popolazioni occidentali la sua prevalenza varia dall'1% al 2%. Il valore cresce in maniera esponenziale con l'età: 1% sino a 60 anni, 2% tra 60 e 70 anni, 5% tra 70 e 80 anni, oltre 10% dopo gli 80 anni (MATRICE –Agenas). Secondo l'IN-HF le riacutizzazioni rappresentano un grande problema di natura gestionale ed economica aumentando in maniera esponenziale la percentuale degli accessi al pronto soccorso e di conseguenza delle re-ospedalizzazioni in regime ordinario e d'emergenza.

OBIETTIVI. Valutare la riduzione delle re-ospedalizzazioni e i costi di gestione attraverso un follow-up telematico con monitoraggio remoto.

METODI. È stata condotta un'indagine retrospettiva per valutare la percentuale delle ospedalizzazioni/annue con diagnosi di riacutizzazione di scompenso cardiaco. I dati dei ricoveri sono stati reperiti dalle schede di dimissioni (SDO) e dal registro movimento interno dell'unità operativa di Utic-Cardiologia INRCA – IRCCS di Ancona. In seguito, da gennaio a settembre 2018 è stata seguito in modalità remoto un campione di convenienza per valutare l'impatto del follow-up virtuale sul numero delle re-ospedalizzazioni. Sono stati raccolti dati parametrici ed elettrocardiografici in remoto con programmazione di consulenze specialistiche in tempo reale attraverso videoconferenza. I dati sono stati raccolti attraverso il server Global-Care registrati su file Excel ed analizzati con programma open source R-Studio t-test per dati appaiati.

RISULTATI. Sono stati arruolati 31 pazienti con una età media di 83,2 anni (DS 3.4) ed una prevalenza di sesso femminile (69%). Dall' analisi dei dati emerge una riduzione del 50% delle re-ospedalizzazioni in regime ordinario valore medio di 2,8 anno 2017 e 1,4 anno 2018 (0.05). Le re-ospedalizzazioni in regime d'urgenza hanno registrato una riduzione del 26% e gli accessi al pronto soccorso sono ridotti del 27%. Gli interventi infermieristici sono stati prevalentemente relativi all'aderenza terapeutica ed all''implementazione del self-care.

LIMITI. Il principale limite dello studio è rappresentato dalle esigue risorse disponibili (attrezzature, personale dedicato) ma anche dal campione ridotto che non permette una generalizzazione dei risultati.

CONCLUSIONI. L' accessibilità e la fruibilità dei servizi e delle consulenze specialistiche fornite in tempo reale sono evidentemente il punto di forza dell'assistenza telematica. La nostra esperienza dimostra che possono essere ottenuti ottimi risultati attraverso la telesorveglianza la quale apre nuove prospettive per pazienti cronicamente gravi e mostra potenziali benefici per la protezione da frequenti ricoveri ospedalieri e migliore qualità di vita. Il monitoraggio remoto di pazienti con Scompenso Cardiaco di età ad alto rischio (età media 83 anni) determina una maggiore consapevolezza della malattia, incidendo in maniera efficace sull' aderenza terapeutica durante il periodo vulnerabile (15-30 gg dalla dimissione) e sul potenziamento del self-care. La formazione completa (clinica e training informatico) del caregiver diventa fondamentale e parte integrante del processo di cura per costruire un solido sistema di rete sociale per la buona riuscita del teledisease management e il raggiungimento degli obiettivi.

Autore per la corrispondenza: Canestrale Roberto – INRCA – Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani –
Email: roberto.canestrale@libero.it

44. La qualità di vita (QOL) nel telediseasemanagement: studio osservazionale

Canestrale Roberto, Lizzadro Anna Lucia

INRCA – Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani

BACKGROUND. In Italia vi sono circa 3milioni di cittadini affetti da Scompenso cardiaco, un'incidenza pari allo 0,1-0,2% (87.000 nuovi casi all'anno) vi è un invecchiamento globale della popolazione e incremento delle malattie croniche associate a disabilità, riduzione dell'aspettativa di vita,riduzione qualità di vita. L'attenzione a ques'ultima è peraltro un'operazione tipicamente geriatrica, perché in linea con il concetto di valutazione multidimensionale della condizione dell'anziano che può essere analizzato attraverso diverse prospettive, quali lo stato fisico, sociale e psicologico dell'individuo. La ricerca sulla qualità della vita offre la possibilità di delineare modelli e percorsi di cura per persone colpite da malattie fortemente invalidanti. Secondo le più recenti revisioni sistematiche sull'organizzazione dei servizi per lo Scompenso Cardiaco e i programmi di gestione post-dimissione, un trattamento extraospedaliero intensivo, comprendente rivalutazioni precoci post-dimissione attraverso un follow-up telefonico da parte di personale infermieristico dedicato, con l' impiego di strumenti di monitoraggio remoto, sembra ridurre la percentuale di re-ospedalizzazioni e mortalità extraospedaliera incidendo in maniera significativa sulla qualità di vita.

OBIETTIVI. Valutare la qualità di vita (QoL) nel grande anziano affetto da scompenso cardiaco cronico (classe NYHA III-IV) nel teledisease management.

METODI. È stata condotta una iniziale revisione della letteratura per analizzare il quesito di background in seguito è stata effettuata una indagine di tipo qualitativa osservazionale su un campione di convenienza. È stato somministrato il questionario Minnesota living with Heart Failure (MLIHF) a tempo "0" e a "6 mesi dall'arruolamento. Il questionario è composto da 21 items che indagano aspetti fisici, emotivi e socioeconomici misurati attraverso una scala Likert dove 0 (zero)sta per nulla e 5 per molto I dati sono stati raccolti su un foglio di calcolo Libre Office ed analizzati con programma open source R-Studio e applicato il Paired t-test. Nell'osservazione sono stati inclusi anche i pazienti deceduti (1%) per evitare bias di selezione.

RISULTATI. Nel periodo tra febbraio e ottobre 2018 sono stati arruolati 31 pazienti con eta' media di 83aa ed una prevalenza di sesso femminile. Confrontando i risultati dei questionari MLIHF al tempo zero con quelli somministrati a sei mesi, emerge che il 7% dei pazienti presenta una scarsa qualità di vita, il 33% presenta una discreta qualità di vita e il 59% presenta una migliore qualità di vita ($p < 0,05$).

LIMITI. i limiti dello studio sono rappresentati dal ridotto numero del campione ma soprattutto dalle ridotte risorse disponibili.

CONCLUSIONI. Dal presente studio si evidenzia attraverso interventi di telemedicina e teleconsulto coadiuvati da Healt litteracy e "Family Laearning Socio-Sanitario", una maggiore consapevolezza dello stato di salute dell'assistito ed un empowerment del self-care che contribuiscono a garantire aderenza terapeutica e a contenere e/o evitare la progressione di classe NYHA, migliorando la qualità di vita e il disconfort degli spostamenti. Con il sistema di tele cardiologia viene riportato un significativo beneficio in termini di qualità della vita, di pazienti anziani con Scompenso Cardiaco. La disponibilità di tecnologie per la gestione a distanza delle informazioni a costi relativamente contenuti potrebbe semplificare la complessità dell'intervento integrato nello scompenso cardiaco e dare un supporto morale con conseguente miglioramento della qualità di vita.

Autore per la corrispondenza: Canestrale Roberto – INRCA – Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani –
Email: roberto.canestrale@libero.it

45. Armonizzazione Terapeutica (ArTe) delle Cure nel paziente anziano: quando meno può essere molto meglio

Capelli Oreste, Ricci Caterina, Morandi Matteo, Ghelfi Mariangela, Bonezzi Silvia, Fabbo Andrea, Caruso Bianca

Azienda Unità Sanitaria Locale Modena

BACKGROUND. Da diversi anni si discute a livello internazionale della necessità di rivedere e di semplificare le politerapie dei pazienti più anziani, soggette ad "accumuli" temporali, che spesso creano interazioni potenzialmente pericolose con effetti negativi sia clinici che economici. Recentemente è comparso in letteratura il termine DEPRESCRIZIONE, percepito da sanitari e pazienti come riduttivo del diritto alle cure. Per questo nell'ASL di Modena abbiamo avviato percorsi di "Armonizzazione Terapeutica" (ArTe) che sottendono invece una collaborazione e coordinazione di strutture e/o di funzioni della relazione di cura, all'interno dei quali l'atto della deprescrizione non rappresenta la negazione di un diritto della persona malata, bensì un vero e proprio atto terapeutico, all'interno del continuum prescrittivo, il cui imperativo morale è da millenni, "primum non nocere."

OBIETTIVI. Diffondere capillarmente, sia in ospedale che sul territorio, la cultura dell'ArTe delle Cure, ovvero l'insieme delle attività cliniche e relazionali che riguardano l'appropriatezza di nuove prescrizioni ed eventuali modifiche di trattamenti precedenti, centrate sulle necessità di cura attuali del singolo paziente e in considerazione del miglior rapporto rischio-beneficio individuale. L' Armonizzazione Terapeutica inizia da una Prescrizione accorta e che comprenda azioni sistematiche di Ricognizione, Riconciliazione ed eventuale Deprescrizione, tutte documentate e adeguatamente comunicate ai soggetti interessati e/o coinvolti nel processo di cura.

METODI. Sono stati tradotti in italiano e validati i criteri internazionali STOPP e START (Age and Ageing 2015; 44: 213–218) tra i quali sono stati selezionati con metodo Delphi 20 criteri STOPP (ad es. raddoppio di farmaci della stessa classe, principi attivi con scarse prove di efficacia, farmaci a dosaggi inadeguati rispetto ai valori di funzione renale, etc.) e definiti ulteriori 6 criteri su trattamenti a basso valore terapeutico (es. ipouricemizzanti orali associati a terapia diuretica, omega-3 in prevenzione cv secondaria, inibitori di pompa protonica in trattamento cronico senza indicazione adeguata, etc.). Nel secondo semestre 2018 tutti i Medici di Medicina Generale della provincia di Modena (510) sono stati formati alla corretta applicazione dei criteri STOPP selezionati, e in modo più approfondito (16 ore di formazione sul campo) sono stati formati 60 sanitari facilitatori (specialisti ospedalieri e ambulatoriali, MMG e farmacisti) per avviare percorsi di formazione a cascata in ospedale, nelle residenze sanitarie (CRA) e sul territorio, con un approccio multidisciplinare.

RISULTATI. Partendo dall'analisi prescrittiva dei cittadini ultra-ottentenni, residenti in provincia di Modena (circa 52.000) sono stati individuati i principali profili di rischio prescrittivo in ambito cardiovascolare, sia tra i politrattati (oltre il 20% riceve più di 9 principi attivi) che tra coloro che ricevono farmaci potenzialmente inappropriati per le proprie condizioni cliniche (ad es. insufficienza renale, prevenzione primaria ipocolesterolemizzante senza terapia antiaggregante associata, presenza di cascate prescrittive o associazioni a rischio di tossicità o eventi avversi gravi). L'analisi preliminare dei risultati in corso ha evidenziato un aumento della sensibilità dei clinici al tema trattato, la disponibilità ad attuare processi di ArTe delle Cure nell'ambito dei criteri STOPP selezionati e a rimodulare le politerapie a rischio di inappropriatezza.

LIMITI. Il percorso è stato affrontato su base sistemica, coinvolgendo sia medici ospedalieri che medici del territorio. I risultati di impatto (numero di terapie modificate, riduzione di numero di farmaci prescritti, riduzione di accessi ospedalieri per reazioni avverse gravi, gradimento dei pazienti, etc.) sono in via di definizione, sia come valutazione di database amministrativi che come raccolta di schede specifiche con audit strutturati. Attualmente i percorsi di ArTe della Cura non sono ancora stati diffusi in modo sistemico all'interno dell'Azienda Ospedaliero Universitaria.

CONCLUSIONI. Percorsi di "Armonizzazione Terapeutica" (ArTe) delle Cure, attuati con un approccio sistemico e multidisciplinare (coinvolgimento contemporaneo e paritario) di tutti i prescrittori, nell'ambito di un continuum prescrittivo complessivo dei pazienti molto anziani, sembrano essere recepiti positivamente dalla maggior parte dei clinici e implementabili con successo in tutti i setting assistenziali considerati.

Autore per la corrispondenza: Capelli Oreste – Azienda Unità Sanitaria Locale Modena – Email: o.capelli@ausl.mo.it

46. Il ruolo dell'infermiere nella compliance farmacologica agli utenti dei servizi di salute mentale territoriale: i risultati di un questionario autosomministrato

Capelli Rossella[1], Caputo Andrea, Camedda Armida[1], Gheduzzi Roberta[1], Massarenti Silvia[1], Rocco Cinzia[1], Tedeschini Daniele[1], Zito Antonina[1]
[1]Azienda USL di Bologna, [2]Università degli Studi di Bologna

BACKGROUND. L'osservanza e l'aderenza ai consigli e prescrizioni mediche è da considerarsi un elemento essenziale di qualsiasi terapia, che perde di efficacia se non viene effettuata con puntualità e precisione. Per questo è necessario che il paziente sia informato in modo semplice ma preciso, al fine di ottenere così una conoscenza approfondita dei farmaci da assumere, del loro meccanismo d'azione, delle loro caratteristiche e dei possibili effetti collaterali. Una bassa aderenza alla terapia (casi di interruzione volontaria, assunzioni non complete, irregolarità nell'assunzione, errata conservazione) ne riduce l'efficacia, e può favorire l'insorgenza di complicazioni o prolungamenti o non remissione della malattia.

OBIETTIVI. Il progetto La forte componente relazionale tra infermiere e utente psichiatrico, e l'autonomia riconosciuta all'infermiere nei Centri di Salute Mentale (CSM) territoriali, hanno evidenziato l 'indispensabile contributo assistenziale fornito dagli infermieri nell'avvicinare gli utenti alla rete dei Servizi Sanitari e Socio-Riabilitativi presenti sul territorio, anche grazie alle loro capacità manageriali maturate con l'esperienza e con master di specializzazione. Una peculiarità del setting assistenziale di un CSM è certamente il tempo: gli utenti rimangono in cura per mesi, per decenni, se non addirittura tutta la vita. Grazie alla collaborazione tra infermieri e lo studente del Corso di Laurea in Infermieristica abbiamo ipotizzato un Progetto di Miglioramento attraverso un questionario, su come l'infermiere può contribuire all'aderenza alle cure/compliance farmacologica rispetto all'assunzione autonoma dei farmaci antipsicotici di nuova generazione. La partecipazione al questionario si basa sulla volontà dell'utente a rispondere alle domande, anonimamente, nel rispetto della privacy, in modo autonomo e sincero. DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI - capire qual è il vissuto dei pazienti riferito a "vantaggi" e "svantaggi" rispetto all'assunzione dei farmaci; - capire come i pazienti che assumono antipsicotici di nuova generazione "vivono" gli effetti collaterali; - migliorare l'aderenza alla terapia farmacologica negli utenti che autonomamente l'assumono; - razionalizzare i costi sia da un punto di vista economico che sociale.

METODI. Materiali e metodi Il sondaggio si basa su un programma, Progetto Vita (la cui versione italiana è stata curata dall'Istituto Mario Negri) che si avvale sull'adattamento di quattro scale di valutazione (CGI-DAI 10- LSP- SF 36) da cui siamo partiti per sviluppare il questionario sulla compliance farmacologica relativa agli antipsicotici di nuova generazione. La somministrazione del test è stata effettuata dal personale infermieristico che ha consegnato il questionario a tutti gli utenti selezionati. Tempo previsto Periodo di somministrazione questionario: dal 1 luglio al 30 settembre (3 mesi) Selezione del campione: Criteri di inclusione Pz che assumono solo farmaci Antispicotici di nuova generazione per via orale da almeno 1 mese; Pz che in AUTOGESTIONE assumono la terapia. Criteri di esclusione Pz che non parla correttamente la lingua italiana I pz che durante il periodo di somministrazione questionario hanno sospeso la terapia; Questionari non completi. Campione pazienti: Tutti gli utenti che nel CSM assumono antipsicotici di nuova generazione nel periodo di riferimento al 30 giugno: 178 pazienti (devono aver risposto almeno 1/3 dei pazienti); Numero questionari raccolti al 30 settembre: 115 (campione significativo). PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI Il coordinatore del CSM ha organizzato due riunioni. Nella prima ha presentato il progetto a tutto il personale dirigente e del comparto definendo con l'equipe il razionale e gli obiettivi. Nella seconda, con gli infermieri coinvolti, ha definito i tempi, le attività e le responsabilità di ciascun Case Manager in merito alle modalità di somministrazione questionario agli utenti. È stato identificato l'infermiere responsabile della riservatezza dei dati. Il personale infermieristico debitamente formato, con l'autorizzazione del responsabile e con il consenso dell'utente, ha consegnato il questionario anonimo a tutti i pazienti del campione.

RISULTATI. Le schede compilate con codice di riferimento sono state elaborate e analizzate statisticamente. La ricerca ha avuto una buona risposta: 115 questionari (65%). La buona percentuale di partecipazione è indice di un buon rapporto tra infermieri e utenza e, altro dato importante, i questionari sono stati presentati correttamente dagli infermieri, quindi chi ha veicolato l'intervento ha saputo essere positivo. Complessivamente gli utenti hanno dichiarato un buon livello di compliance ed una buona consapevolezza grazie al lavoro sinergico dell'infermiere Case Manager e del responsabile clinico. Dalla prima risposta si evidenzia fiducia da parte degli utenti sulle potenzialità curative di questi farmaci; oltre due terzi del campione manifestano disponibilità ad assumere autonomamente i farmaci anche senza la pressione dei sanitari n quanto consapevoli degli effetti benefici sulla propria salute. Oltre il 90% del campione assume consapevolmente il farmaco per evitare di avere delle ricadute. Dato che non tutti hanno risposto, è probabile che la compliance più bassa sia quella relativa a questo campione.

LIMITI. Questo è stato il punto di partenza su cui abbiamo costruito altri progetti sulla relazione di aiuto e sulla compliance farmacologica agli utenti e ai loro caregivers, progetti soprattutto rivolti ai pazienti meno complianti (35%) quelli che non hanno risposto, che il target dei nostri Servizi.

CONCLUSIONI. Gli infermieri hanno dimostrato di essere in grado di svolgere ricerche complesse di raccolta dati. Una funzione educativa importante è svolta dall'infermiere Case manager, il fatto di non essere riusciti ad avere dati completi ci fa pensare che nel nostro Centro di Salute Mentale questa pratica clinico-educativa necessiti ancora di tempo per divenire parte integrante della cura degli utenti.

Autore per la corrispondenza: Capelli Rossella – Azienda USL di Bologna – Email: rossella.capelli@ausl.bologna.it

47. Implementazione di un programma informatico per la gestione del Case Management (CM) multi professionale con interventi personalizzati rivolti agli utenti di un Centro di Salute Mentale (CSM) territoriale

Capelli Rossella, Rocco Cinzia

Azienda USL di Bologna

BACKGROUND. I piani di trattamento dei Centri di Salute Mentale non sono limitati al controllo della sintomatologia psicotica e le loro procedure di trattamento non sono conseguentemente confinate alla somministrazione dei farmaci o ad altri interventi di ordine biomedico, ma si estendono invece ad una presa in carico articolata, con l'indispensabilità di interventi in vari luoghi topografici e sociali (laboratori, tirocini lavorativi, interventi sociali), che necessitano di un opera di coordinamento differenziata ma integrata ai vari livelli e che prevedono l'intervento di diverse figure (infermieri, educatori professionali, assistenti sociali). Il Sistema Informatico Territoriale (SIT) dell'Azienda attualmente in uso nei CSM non consente una visione di insieme di tutti gli interventi erogati.

OBIETTIVI. A) Implementazione programma per l'integrazione dei dati registrati al SIT con il modello di Case Management per ottimizzare la gestione dei singoli casi assistenziali; B) Monitoraggio e verifica sistematica degli interventi erogati dai vari professionisti rispetto 4 livelli di intensità di presa in carico da 0 a 3 (da 1 a 3 rilevabili dal programma gestione CM, il livello 0 rilevabile dal SIT): liv 3 -il Case Manager gestional (infermiere o educatore o assistente sociale) coordina la rete complessa dei 9 Percorsi regionali e verifica esiti e budget liv 2-Il Case Manager professional sviluppa, gestisce e verifica in prima persona il progetto dell'utente liv 1- Il professionista sviluppa un programma di mantenimento (sono quegli utenti che negli anni hanno usufruito di progetti complessi e che hanno raggiunto la stabilità clinica) liv 0-Il professionista rimane come riferimento nel sistema informatico aziendale ma non ci sono progetti attivi C) Valutazione e razionalizzazione risorse e dei carichi di lavoro.

METODI. Il programma sviluppato da un'infermiera del CSM in possesso di specializzazione in Informatica con la consulenza dell'equipe infermieristica, si avvale del SIT per quanto riguarda il raccordo con i dati anagrafici degli utenti presi in carico, prevede il login degli operatori autorizzati e fornisce l'elenco completo degli utenti per cui sono previsti interventi multi professionali. È composto da tre parti: la prima permette di acquisire i dati registrati nel SIT e salvarli su file excel; la seconda consente di definire quali utenti sono coinvolti nei progetti e permette oltre i dati che si acquisiscono dal SIT (anagrafica e diagnosi) altri dati sulla tipologia del livello del progetto, sul coinvolgimento dei familiari, la data dell'ultima verifica; la terza parte consente di produrre stampe di elenchi complessivi e/o per operatore. Nel programma c'è una colonna a campo libero dove il coordinatore inserisce le note durante le periodiche riunione di equipe con la partecipazione di tutti i professionisti coinvolti per la discussione/verifica del caso. Periodicamente é possibile procedere con l'archiviazione dati per mantenere lo storico.

RISULTATI. Dall'analisi è possibile estrapolare sia dati riguardanti il volume dell'utenza seguita e l'intensità di cura, che dati maggiormente indicativi di aspetti qualitativi legati al processo assistenziale predisposto. Nel 2018 295 sono gli utenti su 936, seguiti con il livello di intensità 3, 2 e 1. Gli utenti inseriti in 15 anni sono raddoppiati a isorisorse. Abbiamo sviluppato progetti sempre più personalizzati e controllati nel tempo, abbiamo mantenuto bassi livelli di interventi in urgenza negli utenti inseriti nel programma. Anche grazie al programma abbiamo equamente suddiviso carichi di lavoro e responsabilità.

LIMITI. Il nostro programma non è ancora in rete ed è consultabile da una postazione sola.

CONCLUSIONI. Una strategia per la buona pratica clinico-assistenziale deve prevedere la valorizzazione del patrimonio di esperienze e conoscenze: pensato e sviluppato fin dal 2003 il programma è si è raffinato sempre più nel tempo fino alla versione definitiva di oggi. Si sono raggiunti risultati importanti laddove importanti sono state le relazioni di lavoro basate sulla reciproca interdipendenza e sulla capacità di innovazioni provenienti "dal basso" (bottom up).

Autore per la corrispondenza: Capelli Rossella – Azienda USL di Bologna – Email: rossella.capelli@ausl.bologna.it

48. Relazione terapeutica e fine vita. Risorse e criticità per la professione e il sistema di cure

Cappella Sara[1], Cotichelli Giordano[2]

[1]*Università Politecnica delle Marche,* [2]*ASUR Marche - Area Vasta n. 2*

BACKGROUND. La società nella quale viviamo non vuole arrendersi all'alternativa poco piacevole della vita, la morte, perciò anni di studi e di sperimentazioni hanno consentito il prolungamento delle aspettative di vita. In un quadro in cui cronicità, malattie degenerative e neoplasie sono all'ordine del giorno, prendono vita gli Hospice. Parola che letteralmente significa "offrire un luogo di rifugio". Sono delle strutture residenziali nelle quali sia il malato che la sua famiglia, possono trovare sollievo per un certo periodo di tempo, per poter vivere gli ultimi giorni o settimane di vita. In quest'ottica di dolore diventa fondamentale il ruolo dell'infermiere che spesso rischia delle pesanti ripercussioni a causa del carico psicologico.

OBIETTIVI. Lo scopo della ricerca è quello di indagare ed evidenziare quali siano i punti di forza dei professionisti che lavorano nella realtà degli Hospice, di conseguenza far emergere le criticità con cui gli operatori si scontrano.

METODI. Tramite un'intervista semi-strutturata, sono state raccolte le esperienze di 11 professionisti che lavorano nell'Hospice di Chiaravalle. È stato chiesto cosa significa per ognuno lavorare in un ambiente tale, se durante l'esperienza lavorativa nella realtà di cure palliative fosse cambiato qualcosa e se fosse necessario un supporto psicologico.

RISULTATI. Dalle interviste è emerso che: la risorsa principale dei professionisti è la comunicazione; l'attenzione viene posta sul paziente e non sul quadro clinico; non ci sono stati cambiamenti a livello organizzativo all'interno del reparto, tuttavia risulta evidente un cambiamento negli operatori, i quali sono più maturi e con più consapevolezza dell'umanità; ed infine che un supporto psicologico è fondamentale, anche se non è presente in maniera esauriente sul piano funzionale.

LIMITI. Sono stati intervistati dei professionisti di un solo Hospice italiano, pertanto i dati raccolti non possono essere generalizzati. Tra le 11 persone esaminate due infermiere hanno poca esperienza all'interno di questa realtà. La dimensione qualitativa dell'intervista, che indaga il livello personale, le percezioni e le narrazioni di malattia da parte degli operatori stessi, può anch'essa rappresentare un limite causa la mancanza qualitativa sul piano comparativo di risposte ulteriori da parte di soggetti all'interno di un campione più ampio di quello mostrato.

CONCLUSIONI. La comunicazione è un aspetto importante per i professionisti della cura e dell'assistenza. La strutturazione di una relazione terapeutica ideale e l'avvalersi dell'umanità, sono due delle risorse più importanti della professione in generale, non solo limitate all'Hospice: il paziente deve essere posto al centro sempre, in tutti i reparti, mentre un supporto psicologico è opportuno per ogni professionista. Le risorse in tale ambito quindi sono la multi-professionalità, la solidarietà fra operatori e il necessario sostegno organizzativo e istituzionale. Inoltre sono fondamentali l'empatia, l'umanità, l'ascolto e la comunicazione, tuttavia proprio tali caratteristiche di cui si avvalgono i professionisti, da risorse quali sono, talvolta possono degenerare in criticità. Lo studio assume una valenza di progetto pilota funzionale ad ulteriori approfondimenti, specie in relazione ad una dimensione maggiore del campione da considerare.

Autore per la corrispondenza: Cappella Sara – Università Politecnica delle Marche – Email: saracap96@gmail.com

49. Il risk management in sala cardiochirurgica: una priorità

Cappelletti Maria Fatima, Affanni Miria, Tiraforti Silvia, Rocchi Catiuscia, Corbani Gisberto, Vinciguerra Rossana, De Angeli Patrizia, Ceccotti Federica, Cossu Mario, Baratta Stefania

Fondazione Toscana Gabriele Monasterio

BACKGROUND. Sulla base delle raccomandazioni Guidelines for Surgery l'OMS ha costruito una checklist per la sicurezza in sala operatoria, quale strumento guida per l'esecuzione dei controlli, a supporto delle equipe operatoria. Tutto questo allo scopo di favorire in modo sistematico l'aderenza all'implementazione degli standard di sicurezza (Ministero, 2009).

OBIETTIVI. In sala operatoria l'utilizzo della checklist garantisce la sicurezza del malato e previene eventi sentinella.

METODI. Nel percorso le raccomandazioni Ministeriali sono state trasformate in check-list e schede operative da utilizzare in tutti i pazienti sottoposti ad intervento chirurgico ed è stato informatizzato tutto il processo grazie all'integrazione di figure sanitarie ed informatiche.

RISULTATI. Le schede informatizzate e cartacee, i "quaderni di sala operatoria", il registro-handover sono strumenti guida per l'esecuzione dei controlli a supporto dell'equipe operatoria L'estrazione dati dopo il periodo di implementazione del sistema informatizzato permetterà la valutazione del processo, il risultato sull'adesione al bundle nell'inserimento dei device, e la stratificazione delle azioni di miglioramento sugli eventi analizzati, contrastando possibili fattori di fallimento.

LIMITI. La tracciabilità informatizzata attraverso barcode del processo di sterilizzazione non è ancora garantita, la sua implementazione garantirebbe uno standard più elevato di sicurezza.

CONCLUSIONI. La sicurezza in sala operatoria si contraddistingue per la complessità intrinseca caratterizzante tutte le procedure chirurgiche data dal numero di persone e professionalità coinvolte, condizioni di salute dei pazienti, quantità di informazioni richieste, urgenza dell'evento, elevato livello tecnologico, molteplicità dei punti critici del processo che possono provocare gravi danni al paziente. L'adozione di check-list e schede operative mira a perseguire e migliorare gli obiettivi di sicurezza e l'informatizzazione garantirà l'operatività dall' identificazione del paziente, alle tappe di sign in, time out e sign out.

Autore per la corrispondenza: Tiraforti Silvia – Fondazione Toscana Gabriele Monasterio – Email: stiraforti@ftgm.it

50. Studio qualitativo sugli infermieri di area critica: tra risonanze emotive, traumatizzazione vicaria e compassion fatigue

Caroti Alessia[1], Cotichelli Giordano[2], Pigliapoco Diego[1]

[1]Università Politecnica delle Marche, [2]ASUR Marche - Area Vasta n. 2

BACKGROUND. Gli infermieri si trovano quotidianamente a dover affrontare situazioni particolarmente difficili a livello relazionale, psichico e fisico che possono comportare dei traumi importanti. La letteratura internazionale sta prendendo sempre più in considerazione le ricadute negative di chi vive quotidianamente nei servizi di emergenza, con particolare attenzione all'ambito sanitario. Lo stress lavorativo di un infermiere di area critica può causare diverse conseguenze, quella sicuramente più conosciuta è il burnout, ma possiamo avere anche la la sindrome da stress post-traumatico; entrambe sono molto legate alla compassion fatigue, a sua volta correlata ad un forte spirito empatico del professionista del soccorso. Ad oggi le ricadute psicologiche ed alla performance assistenziale che si possono avere nel caso in cui un infermiere di area critica si trovi a soccorrere un proprio significativo (familiare od amico stretto) non sono state ben studiate in letteratura.

OBIETTIVI. Indagare il numero di soggetti che si sono trovati a soccorrere un proprio significativo (familiare od amico stretto); confrontare la percezione di un evento ipotetico con il reale vissuto di assistenza ad una persona significativa in una condizione di emergenza; Individuare, dall'analisi delle risposte, uno strumento di sostegno valido ad aiutare gli infermieri ad affrontare il soccorso ad un proprio significativo; indagare la conoscenza degli infermieri delle SOD esaminate su termini quali: risonanze emotive, compassion fatigue, traumatizzazione vicaria, stress post traumatico, burnout.

METODI. Il lavoro è stato svolto mediante ricerca bibliografica e attraverso l'utilizzo di un questionario "creato ad hoc", strutturato con domande a risposta multipla, somministrato agli infermieri di Pronto Soccorso, CO118 ed Elisoccorso dell'AOU "Ospedali Riuniti di Ancona".

RISULTATI. Il 67% di questionari sono stati riconsegnati, il campione è costituito da infermieri di età compresa tra i 24 e i 64 anni con un'età lavorativa in area critica che va dai 7 mesi ai 30 anni. Il 44,2% (19 su 43) dei soggetti dichiara di aver vissuto la condizione di assistere un proprio significativo in area critica (il 38,5% nella SOSD di CO118-Elisoccorso ed il 46,7% nella SOD di Pronto Soccorso). Nell'analisi dei risultati abbiamo suddiviso i soggetti in due gruppi: "accaduti" e "non accaduti". Gli "accaduti" hanno riferito una ricaduta negativa "moderata" nel 52,6% a livello emotivo ed una compromissione "lieve" nella performance assistenziale nel 36,8%; mentre i "non accaduti" prevedono una ricaduta "importante" sia sul piano emotivo (41,7%) che a livello della performance assistenziale (29,2%). Il 36,8% di tutto il campione ritiene utile effettuare colloqui singoli con psicologi dopo aver subito questo tipo di evento, mentre il 33,3% di coloro ai quali non è mai capitato preferirebbe partecipare preventivamente a corsi di formazione specifici sull'argomento. Gli infermieri con titoli di studio successivi alla laurea triennale hanno dimostrato una conoscenza più approfondita circa le problematiche derivanti dall'esposizione al trauma, con particolare rilievo sulle definizioni di compassion fatigue, traumatizzazione vicaria e risonanze emotive.

LIMITI. I limiti sono rappresentati dallo studio monocentrico, dal numero di soggetti presi in considerazione tendenzialmente basso e dal questionario "creato ad hoc".

CONCLUSIONI. Gli infermieri di area critica, in particolare CO118-Elisoccorso e Pronto Soccorso, sono quotidianamente esposti alla possibilità di soccorrere un loro significativo, ed anche se l'argomento non è ancora molto presente in letteratura, il numero di casi rilevati da questo studio è alto. Coloro che non hanno mai vissuto una tale condizione hanno sovrastimato in parte le possibili ricadute negative che questo trauma può causare a livello emotivo ed assistenziale. Tuttavia, tutti i soggetti che hanno assistito un loro significativo hanno riferito un certo grado di ricaduta a livello emotivo e solo 4 su 19 (21,1%) hanno negato una qualche compromissione della performance assistenziale. Dunque la possibilità di ricadute negative è rilevante e per nulla trascurabile, motivo per cui occorrerebbe approfondire la problematica affinchè si trovi un valido sostegno psicologico per gli infermieri maggiormente esposti.

Autore per la corrispondenza: Caroti Alessia – Università Politecnica delle Marche – Email: caroti.alessia@gmail.com

51. Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per lo Scompenso Cardiaco ed integrazione Ospedale-Territorio

Carrieri Vito, Micaglio Roberta, Rollo Valeria

Azienda Sanitaria Locale Brindisi

BACKGROUND. Le malattie croniche, soprattutto quelle cardiovascolari, sono la principale causa di mortalità e di morbilità. Lo Scompenso Cardiaco è una delle patologie croniche maggiormente invalidanti ed a più elevato impatto socio economico. È stato proposto da tempo un modello organizzativo in grado di ottimizzare la gestione dei pazienti con Scompenso Cardiaco mediante la formulazione di PDTA individualizzati in base alle caratteristiche dei pazienti e condivisi dalle figure professionali (cardiologo, internista, geriatra, che intervengono nel percorso assistenziale.

OBIETTIVI. Obiettivo del lavoro è di individuare nell'ambito del PDTA Scompenso Cardiaco alcuni profili clinico gestionali da utilizzare, in base alle caratteristiche dei pazienti, al fine di favorire una migliore integrazione Ospedale Territorio ed accrescere l'efficacia e l'efficienza delle prestazioni sanitarie, realizzando una rete assistenziale per lo scompenso cardiaco in grado di migliorare la collaborazione tra gli operatori sanitari e l'empowerment di pazienti e caregivers.

METODI. Sono stati individuati nell'ambito del PDTA Scompenso Cardiaco quattro profili clinico gestionali: 1. paziente ospedalizzato per la prima volta per scompenso cardiaco; 2. paziente con scompenso cardiaco riacutizzato; 3. paziente con scompenso cardiaco cronico; 4. paziente scompensato anziano fragile. Il percorso assistenziale è iniziato pertanto nel setting appropriato in relazione al tipo di paziente (Ospedale, Ambulatorio specialistico, Ambulatorio Medicina Generale). È stata effettuata per tutti i pazienti una valutazione multidimensionale,in particolare per il paziente anziano fragile ed è stato individuato, sia in ambito ospedaliero, sia in ambito territoriale, il personale medico ed infermieristico e le altre figure professionali, Fisioterapista, Dietologo, Psicologo, coinvolte nella gestione del paziente: questo personale dedicato è stato coordinato dal gruppo di lavoro responsabile della stesura del PDTA ed inserito in una rete in grado di comunicare agevolmente lungo il percorso di cura e riabilitazione seguito dal paziente in tutte le articolazioni assistenziali (Ambulatorio del medico di medicina generale, Ambulatorio specialistico cardiologico, internistico, geriatrico, Ospedale di comunità, Reparti ospedalieri per acuti internistici e cardiologici, Riabilitazione cardiovascolare). È stata istituita inoltre una rete aziendale di ambulatori per lo scompenso cardiaco, suddivisi in due tipologie, Ambulatorio Territoriale ed Ambulatorio Ospedaliero, dotati di personale sanitario, cardiologo, infermiere con specifica competenza in cardiologia con attrezzature ed apparecchi in grado di effettuare tutta la diagnostica non invasiva. Infine è presente la figura del care manager in grado di effettuare informazione ed educazione al paziente ed al caregiver e con il compito anche di organizzare eventuali consulenze plurispecialistiche ed eventuale presa in carico da parte dell'ospedale (ricovero in reparti internistici oppure in cardiologia). I medici del PS sono stati adeguatamente informati sulle modalità di gestione del paziente con scompenso cardiaco, individuando un percorso prioritario verso le differenti modalità di accesso agli ambulatori ed ai reparti, per percorsi diagnostici e terapeutici individualizzati.

RISULTATI. La rete per la gestione del paziente con scompenso cardiaco organizzata tenendo conto dei differenti profili del paziente ha consentito, soprattutto per i pazienti anziani fragili, di ridurre i tempi di attesa sia presso il PS ospedaliero, sia presso gli ambulatori; la disponibilità di ambulatori dedicati allo scompenso cardiaco ha permesso di effettuare in tempi brevi le indagini diagnostiche e di instaurare adeguata terapia precocemente. Inoltre è stato raggiunto l'obiettivo di migliorare l'empowerment del paziente e dei familiari, individuando precocemente il caregiver adeguato sia a domicilio sia nelle altre strutture assistenziali (RSA, RSSA, Ospedale di comunità) Il monitoraggio del paziente con scompenso cardiaco è stato migliorato per la maggior collaborazione tra medico di medicina generale e specialista ambulatoriale e medico ospedaliero. Sono stati segnalati risultati positivi anche in relazione alla riduzione dei ricoveri ripetuti ed alle richieste di ricovero urgente.

LIMITI. Il limite per la realizzazione del PDTA scompenso cardiaco è correlato alla difficoltà di realizzare una adeguata collaborazione tra le varie figure professionali. È indispensabile un attento monitoraggio sia degli accessi dei pazienti negli ambulatori, sia in ospedale. La strategia di selezionare 4 principali profili gestionali di pazienti con scompenso cardiaco potrebbe facilitare il raggiungimento degli obiettivi di efficacia ed efficienza delle prestazioni sanitarie e ridurre gli episodi di grave scompenso.

CONCLUSIONI. I pazienti con scompenso cardiaco, soprattutto anziani, sono gestiti con elevata efficienza ed efficacia se inseriti in una rete aziendale di ambulatori con un PDTA strutturato secondo profili clinico gestionali individualizzati.

Autore per la corrispondenza: Carrieri Vito – Azienda Sanitaria Locale Brindisi – Email: geriaperrino@libero.it

52. La strategia di riduzione delle prescrizioni farmacologiche nell'anziano fragile permette di migliorare l'appropriatezza prescrittiva

Carrieri Vito, Rollo Valeria, Micaglio Roberta

Azienda Sanitaria Locale Brindisi

BACKGROUND. È noto che gli anziani fragili con pluripatologie e pluriterapie sono frequentemente esposti al rischio di patologie iatrogene ed eventi avversi da farmaci. Sono molteplici gli studi che hanno dimostrato che spesso gli effetti collaterali dei farmaci possono essere superiori agli effetti benefici, soprattutto nelle persone anziane con insufficienza renale ed epatica, con riserva funzionale della maggior parte degli organi ed apparati. Sono sempre più numerosi gli studi che dimostrano che la riduzione del numero e delle posologie dei farmaci consente nell'anziano fragile di migliorare l'appropriatezza prescrittiva.

OBIETTIVI. Obiettivo del lavoro è quello di valutare se la strategia di riduzione delle prescrizioni farmacologiche nell'anziano (deprescribing) consente di migliorare l'appropriatezza prescrittiva.

METODI. È stato selezionato un gruppo di 100 pazienti, età tra 65 e 95 anni, sono stati identificati i farmaci prescritti poiché ritenuti necessari, sia per numero sia per posologia, in base alle patologie ed ai sintomi riscontrati nel corso del ricovero ospedaliero, sono stati infine elencati gli effetti collaterali ed eventi avversi riscontrati durante il ricovero ospedaliero (durata media di 15 giorni).

RISULTATI. Nel 30% dei pazienti la posologia dei diuretici è stata ridotta nel corso del ricovero poiché sono stati segnalati episodi di ipotensione; nel 40 % dei pazienti diabetici è stata ridotta la posologia d'insulina oppure di ipoglicemizzanti orali poiché si sono verificati episodi di ipoglicemia; un peggioramento della funzionalità renale nel 20% dei pazienti ha richiesto la riduzione o sospensione della terapia antibiotica; l'insorgenza di diarrea ha richiesto la modifica della terapia antibiotica nel 20% dei pazienti; l'insorgenza di alterazioni della coagulazione ha richiesto la modifica della terapia anticoagulante nel 30% dei pazienti; l'insorgenza di nausea e vomito e sintomi dispeptici ha indotto a modificare e/o ridurre terapia nel 30% dei casi; sono stati segnalati episodi di allucinazione nel 5 % dei pazienti che hanno richiesto riduzione della terapia, sono stati riferiti episodi di allergia, intolleranza che hanno richiesto nel 10 % dei pazienti riduzione della posologia oppure sospensione di alcuni farmaci. Nel 10% dei pazienti si sono verificati episodi di sonnolenza e vertigini che hanno richiesto sospensione di terapia. In conclusione è stato molto frequente il riscontro nei pazienti anziani di situazioni cliniche e sintomi che hanno richiesto riduzione oppure sospensione dei farmaci.

LIMITI. Spesso nel paziente anziano è difficile prescrivere con posologia adeguata i numerosi farmaci di cui necessita a causa delle molteplici patologie presenti. È indispensabile una adeguata competenza clinica ed è necessaria una accurata valutazione multidimensionale poiché la fragilità dell'anziano è causa molto frequente di effetti collaterali ed interazioni tra farmaci. Spesso non è agevole ottenere una adeguata e tempestiva consulenza geriatrica oppure non sono disponibili in ospedale oppure nel territorio gli specialisti da consultare per ottenere consigli prescrittivi adeguati. Infine numerosi sono gli episodi di effetti collaterali o di interazioni farmacologiche correlate ad errori di assunzione dei farmaci da parte del paziente oppure causati da errori di somministrazione da parte del caregiver.

CONCLUSIONI. In conclusione sono molteplici le cause che possono determinare nell'anziano patologie iatrogene, effetti collaterali dei farmaci, eventi avversi, sintomi gravi spesso correlati ad interazioni farmacologiche oppure ad errori di gestione domiciliare. Pertanto si suggerisce di attuare sempre una adeguata riconciliazione farmacologica in tutte le situazioni in cui la gestione del paziente passa attraverso un ricovero, dal medico di medicina generale allo specialista ed al medico ospedaliero, di fornire sempre una adeguata prescrizione farmacologica scritta facilmente consultabile da parte del paziente e del caregiver e di attuare, ove possibile, una "deprescrizione" ("deprescribing"), monitorando gli effetti collaterali dei farmaci e suggerendo una attenta valutazione domiciliare di diuresi, pressione arteriosa, caratteristiche dell'alvo e delle urine, della glicemia, dell'assunzione dei pasti. Si ritiene fondamentale attuare strategie di educazione del paziente e dei familiari sia in ospedale sia nell'ambulatorio del medico di famiglia, enfatizzando i rischi dell'autoprescrizione farmacologica che è purtroppo frequente nel paziente anziano fragile e comporta spesso ricoveri in ospedale e conseguenze gravi e talvolta mortali.

Autore per la corrispondenza: Carrieri Vito – Azienda Sanitaria Locale Brindisi – Email: geriaperrino@libero.it

53. Profili di assistenza a supporto della qualità e della sicurezza del processo di cura: l'esperienza documentale informatizzata dell'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo

Casati Monica, Pellegrini Ramona, Cesa Simonetta, Pagani Gabriele, Trotta Chiara

Azienda Socio Sanitaria Territoriale Papa Giovanni XXIII

BACKGROUND. L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Papa Giovanni XXIII di Bergamo ha da tempo sviluppato, in collaborazione con il Corso di Laurea in Infermieristica sezione di Bergamo dell'Università degli Studi Milano-Bicocca, una documentazione assistenziale basata sulle diagnosi infermieristiche NANDA-I organizzate secondo i 14 bisogni di assistenza infermieristica di Virginia Henderson. Dall'anno 2009 è attivo nel contesto aziendale un percorso di sviluppo della documentazione clinica informatizzata all'interno del progetto di creazione del Dossier Aziendale Sanitario Elettronico (D@SE) che ha visto nel 2013 l'introduzione della Cartella Clinica Elettronica (CCE) nell'Alta Intensità di Cure e nel 2015 lo start up nella Media Intensità di Cure; il percorso di diffusione della CCE attraverso la fase di roll-out è tuttora in corso. Un sottoinsieme di 90 diagnosi infermieristiche NANDA-I sono state introdotte negli elenchi a tendina della documentazione elettronica, consentendo agli utenti di scegliere l'enunciato diagnostico NANDA-I, gli obiettivi e gli interventi NIC (Nursing Intervention Classification), tra i 101 disponibili. I NIC vengono rivisitati ogni due anni dall'Università di IOWA in base alle nuove evidenze scientifiche. Tali interventi sono corredati di tempi di esecuzione che consentono la definizione dell'impegno assistenziale richiesto dalla persona assistita, deducibile dall'aggregazione dei NIC inseriti nella pianificazione assistenziale. È stato inoltre sviluppato, sulla base di 4 bisogni di Henderson (Respirare, Muoversi e assumere posizioni adeguate, Evitare i pericoli, Comunicare) un Nursing Minimum Data Set (NMDS).

OBIETTIVI. Favorire il miglioramento della qualità e della sicurezza dell'assistenza sanitaria e sociale nella compilazione della documentazione clinica informatizzata attraverso la realizzazione e l'utilizzo di profili di assistenza sviluppati attraverso un impianto metodologico aziendale e le tassonomie standardizzate internazionali di riferimento.

METODI. Sono stati coinvolti professionisti esperti delle UA in cui è attiva la CCE e sono stati formati gruppi trasversali a più UA in relazione al percorso della persona assistita. I profili assistenziali sono stati integrati in diverse realtà con le prescrizioni mediche non farmacologiche grazie alla collaborazione di team multidisciplinari. I profili di assistenza sono stati realizzati attraverso una matrice unica aziendale realizzata in Excel con elenchi a tendina riproducenti le voci disponibili nella documentazione clinica elettronica. Sulla base della complessità assistenziale maggiormente ricorrente nella UA, sono state analizzate le 90 diagnosi infermieristiche NANDA-I correlate ai bisogni di assistenza infermieristica di Henderson. Sono state identificate le diagnosi infermieristiche NANDA-I prioritarie sia per i bisogni che costituiscono il NMDS che per tutti gli altri. A ciascuna diagnosi sono stati correlati i NIC considerati prioritari.

RISULTATI. Sono stati realizzati 21 profili assistenziali, differenziati in base al livello di complessità assistenziale delle persone assistite e della specificità del contesto di presa in carico. I profili realizzati da ciascuna UA sono stati consegnati al personale infermieristico in formato tascabile plastificato per l'utilizzo durante l'assistenza quotidiana. L'adozione di un NMDS ha permesso di focalizzare l'attenzione sulle diagnosi infermieristiche NANDA-I prioritarie e di supportare gli infermieri nella scelta degli interventi NIC; la realizzazione e l'utilizzo dei profili ha consentito agli operatori di sviluppare per ciascuna persona assistita piani di assistenza aderenti agli standard definiti dai panel di esperti aziendali che hanno realizzato i profili assistenziali sulla base delle loro esperienze e delle evidenze disponibili. La comparazione delle NANDA-I estratte dalla documentazione elettronica e delle diagnosi definite nei profili di assistenza evidenzia l'elevato grado di aderenza degli infermieri nell'utilizzo di tali strumenti.

LIMITI. Non sono ancora disponibili profili assistenziali informatizzati per tutti i contesti di cura.

CONCLUSIONI. I profili di assistenza sono strumenti efficaci per aumentare la qualità e sicurezza dell'assistenza nonché della collaborazione interdisciplinare. La realizzazione e l'utilizzo dei profili hanno consentito agli operatori di riflettere relativamente all'assistenza e all'appropriatezza documentale orientando il gruppo professionale al consolidamento degli standard in essere e hanno veicolato efficacemente l'utilizzo estensivo di terminologie standardizzate continuamente aggiornate e basate su evidenze scientifiche. I profili di assistenza verranno mantenuti aggiornati attraverso un processo di feed-back e di revisione da parte dei professionisti che li utilizzano, migliorando costantemente la qualità e la sicurezza della documentazione clinica.

Autore per la corrispondenza: Casati Monica – Azienda Socio Sanitaria Territoriale Papa Giovanni XXIII –
Email: mcasati@asst-pg23.it

54. La disfagia in ambito ospedaliero: elaborazione ed implementazione di un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale (PDTA)

Casati Monica, Piazzoni Jennifer, Cortinovis Fiorenzo, Ghilardi Manuela, Cesa Simonetta

Azienda Socio Sanitaria Territoriale Papa Giovanni XXIII

BACKGROUND. La disfagia, definita come qualsiasi difficoltà deglutitoria obiettivamente rilevabile, è riportata in una percentuale molto variabile di pazienti con ictus, dal 8,1% all'80%. La presenza di una disfunzione deglutitoria accresce fino a 11 volte la probabilità di sviluppare una polmonite, raddoppia il tempo di degenza, riduce la possibilità di un buon recupero finale e riduce la possibilità del rientro al domicilio dopo la dimissione ospedaliera. I PDTA costituiscono lo strumento finalizzato alla contestualizzazione e applicazione di Linee Guida o di raccomandazioni scientifiche di buona pratica clinica nella specifica realtà di un'azienda sanitaria e permettono di delineare, rispetto ad una patologia o ad un problema clinico, la migliore sequenza di azioni che devono essere effettuate in modo integrato e cooperativo da parte di tutto il team sanitario. Le esperienze di protocolli standardizzati per la gestione ospedaliera della disfagia sono ridotte e in molti casi meramente descrittive. A livello nazionale, non sono state reperite esperienze di ospedali per acuti che abbiano elaborato un percorso integrato e standardizzato per la disfagia e che abbiano monitorato nel tempo i cambiamenti indotti da tale percorso, né che abbiano adottato una metodologia sistematica per l'introduzione delle procedure di screening.

OBIETTIVI. L'obiettivo del lavoro è quello di presentare l'esperienza dell'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo nella costruzione di un PDTA per la gestione integrata della disfagia nel paziente adulto con ictus, illustrando le fasi del progetto e i primi risultati.

METODI. Il lavoro si è ispirato al modello della Action Research che prevede: (1) identificazione del problema, (2) pianificazione, (3) implementazione e (4) valutazione. Il lavoro di elaborazione del PDTA ha previsto le seguenti fasi: (1) analisi della realtà con revisione della letteratura e analisi delle modalità di gestione del paziente disfagico all'interno dell'Azienda al momento dell'inizio dei lavori tramite l'individuazione di quattro indicatori, (2) realizzazione del documento del PDTA aziendale da parte di un gruppo di lavoro costituito da tre nutrizionisti, un gastroenterologo, un neurologo, un anestesista, due otorinolaringoiatri, due radiologi, quattro infermieri, due logopedisti, due dietiste e un referente del risk management, (3) realizzazione di un corso FAD per formare gli operatori in merito alle nuove procedure, (4) pubblicazione del PDTA, (5) ampliamento del campione iniziale e valutazione dei primi cambiamenti tramite i quattro indicatori individuati.

RISULTATI. Per la raccolta dei dati per il 2016 è stato selezionato un campione di 60 cartelle, per il 2017 di 74 cartelle. Lo standard di riferimento per gli indicatori è stato fissato al 90%. Lo screening è stato eseguito nel 25% dei casi nel 2016 e nel 44.6% nel 2017, con una differenza rispetto allo standard atteso del 65% e del 45,4% rispettivamente. Un totale di 22 non ha superato lo screening, risultando quindi a rischio disfagia: per nessuno dei casi esaminati per il 2016 è stata richiesta una consulenza logopedica, mentre per il 2017 soltanto solo uno dei pazienti risultato a rischio ha ricevuto la valutazione logopedica, con una differenza in negativo dell'83%. Dei pazienti risultati positivi allo screening, il 37.5% per il 2016 e il 13.33% per il 2017 hanno eseguito una visita otorinolaringoiatrica con prove di deglutizione. La visita nutrizionale è stata richiesta per un solo caso nel 2016 mentre per nessun caso nel 2017.

LIMITI. Il presente PDTA si rivolge soltanto a una piccola parte dei pazienti che necessitano di un intervento logopedico e multidisciplinare per la disfagia: tuttavia ciò è stato dettato dalla complessità dei diversi quadri clinici; risulta necessario estendere ad altre casistiche l'attuale PDTA.

CONCLUSIONI. Ciò che distingue questo progetto dai precedenti lavori è la selezione di indicatori per il monitoraggio continuo delle performance e per la garanzia di elevanti standard di qualità assistenziale. Il PDTA elaborato costituisce lo strumento unico e fondamentale per indirizzare le scelte dei professionisti sanitari nell'ambito della disfagia e per garantire a ciascun paziente la miglior assistenza possibile. I primi dati documentano una più precoce identificazione della disfagia e una migliore conoscenza del problema. Ci aspettiamo che, per l'anno 2019, il numero di pazienti sottoposti a screening si avvicini molto allo standard di riferimento per poi consolidarsi a livello dello standard stesso. Nel futuro si prevede il monitoraggio continuo degli indicatori e la revisione periodica del PDTA al fine sia di introdurre modifiche sulla base dell'esperienza di applicazione dello stesso sia di aggiornarlo alle nuove evidenze scientifiche.

Autore per la corrispondenza: Casati Monica – Azienda Socio Sanitaria Territoriale Papa Giovanni XXIII –
Email: mcasati@asst-pg23.it

55. Analisi dei bisogni informativi nella gestione del paziente diabetico in Toscana

Casigliani Virginia, Lopalco Pier Luigi
Università di Pisa

BACKGROUND. Il diabete sta assumendo sempre maggiore rilevanza dal punto di vista epidemiologico e socioeconomico. In Toscana, nel 2017 ben l'8,2% della popolazione di età superiore ai 16 anni risultava affetta da diabete, di cui la maggior parte da diabete di tipo 2. L'assenza di un buon controllo della patologia può causare complicanze importanti per il paziente, che ne condizionano qualità ed aspettativa di vita, determinando anche un aumento della spesa sanitaria: costituiscono infatti il 90% della spesa per il diabete. La gestione terapeutica si basa sulla correzione degli stili di vita, sulla compliance alla terapia e sull'esecuzione di regolari screening. La diversità degli interventi necessari richiede un altrettanto diversificato coinvolgimento di operatori e strutture sanitarie (specialista, MMG, ASL, personale infermieristico). Migliorare l'intervento assistenziale è indispensabile per prevenire la patologia e lo sviluppo delle complicanze: uno strumento fondamentale per indirizzare tali interventi è il corretto monitoraggio della performance e delle caratteristiche epidemiologiche della popolazione.

OBIETTIVI. Lo studio si pone l'obiettivo di valutare gli strumenti informativi a disposizione degli attori coinvolti nella gestione del diabete in Toscana per comprendere se siano sufficienti nei processi decisionali, volti al miglioramento continuo della qualità e dell'efficienza assistenziale.

METODI. È stato preso in esame il sistema di indicatori di performance a disposizione, che rappresenta lo strumento per indirizzare le decisioni dei policy maker, dei dirigenti e dei professionisti sanitari. Sono stati esaminati: il sistema di valutazione della performance del Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore Sant'Anna, il sistema Proter dell'Agenzia Regionale di Sanità, il Programma Nazionale Esiti, il sistema di sorveglianza Passi ed il Progetto Arno di Cineca. A seguito di questa analisi, sono state realizzate nel mese di settembre 2018 10 interviste semi-strutturate ai principali attori coinvolti nel management della patologia (1 MMG coordinatore AFT, 1 specialista in diabetologia, 2 primari, 1 dirigente sanitario ASL, 1 direttore società della salute, 1 direttore medico di presidio, 3 presidenti associazioni pazienti, 1 coordinatore Ars) per capire se e come utilizzano tali indicatori, come si comportano di fronte ai risultati che ne emergono e quali aspetti debbano essere integrati o migliorati.

RISULTATI. La mappatura degli indicatori ha mostrato come punto di forza la valutazione dell'aderenza alle linee guida per lo screening delle complicanze e degli esiti principali, come punto di debolezza il monitoraggio degli interventi di prevenzione primaria e degli stili di vita. Tali elementi sono stati confermati da tutti gli intervistati. Tutti, tranne le presidentesse di due associazioni locali. conoscono i sistemi presi in esame, anche se ne utilizzano prevalentemente solo alcuni (Mes e Ars in primis, e PNE). Le modalità di utilizzo sono risultate diverse in base al ruolo ricoperto: per i dirigenti aziendali servono principalmente nei piani aziendali come obiettivi di budget da monitorare, per i clinici rappresentano uno strumento di confronto per azioni di miglioramento. Rispetto all'integrazione ospedale-territorio, a livello dirigenziale sono ritenuti sufficienti i dati di attività presenti, mentre per i clinici servirebbe una valutazione più specifica dei vari livelli del percorso e dei professionisti coinvolti ad ogni livello. Oltre ad essere state evidenziate alcune lacune diverse in base al ruolo ricoperto, in tutte le interviste sono stati individuati come punti di intervento la mancanza del punto di vista del paziente e la necessità di aumentare la diffusione dell'utilizzo dei dati fra i professionisti sanitari e le associazioni dei pazienti.

LIMITI. Le interviste sono state realizzate principalmente con interlocutori che operano nell'area dell'ASL Nord – Ovest, soprattutto nella zona pisana. Sarebbe interessante in futuro indagare in modo più approfondito possibili differenze nell'utilizzo degli indicatori e nella valutazione che ne viene fatta nelle diverse macro – aree, confrontando anche le aziende ospedaliere ed i presidi territoriali dell'ASL.

CONCLUSIONI. Sulla base della mappatura e delle interviste, appare chiaro che per la prevenzione primaria e l'educazione terapeutica non siano presenti sufficienti informazioni. La figura del paziente è assente nel sistema attuale di valutazione: questo aspetto dovrebbe essere integrato per intervenire in modo più efficace sulla compliance. La diffusione della conoscenza e dell'utilizzo dei dati fra i professionisti sanitari è cruciale: nonostante le lacune evidenziate ed i miglioramenti possibili, la quantità di informazioni disponibili è comunque elevata. In quest'ottica è fondamentale formare la classe medica sui principi della valutazione e sul ruolo che riveste nell'organizzazione del sistema sanitario.

Autore per la corrispondenza: Casigliani Virginia – Università di Pisa – Email: v.casigliani7@gmail.com

56. Diagnostica lean: alla ricerca del valore

Cavallo Maria Rita[1], Presutti Michele[1], Minniti Davide[1], Poletti Alessandra[1], Bisanti Francesca[2], Bertuzzi Emma[1], Boraso Flavio[1]

[1]ASL TO3, [2]ASL TO4

BACKGROUND. Nel 2017 la Direzione Aziendale ASLTO3 ha promosso un evento formativo per il Top Management dedicato al Lean Thinking, che ha generato nel 2018 obiettivi strategici "Lean" di Dipartimento. A tal fine il Dipartimento dei Servizi Diagnostici ha organizzato uno specifico percorso formativo che perseguisse gli obiettivi aziendali. È stata, quindi, progettata una formazione "learning by doing" su misura, scegliendo per la pervasività del loro operato a livello aziendale/valenza strategica percorsi trasformativi dedicati alle Strutture Dipartimentali di Senologia, Radiologia, Laboratorio Analisi e al Servizio Immunotrasfusionale.

OBIETTIVI. Omogenizzare i percorsi attraversati dai pazienti, riducendo di conseguenza disequità di accesso, malessere organizzativo e confusione operativa. Il progetto ha perseguito l'obiettivo di rendere visibile e comprensibile le difformità nei percorsi e processi organizzativi e le sue ricadute trasversali. Sono stati inoltre predisposti fin dalla fase progettuale i dispositivi formativi aziendali indispensabili a tradurre in cambiamento organizzativo reale gli interventi di miglioramento che sarebbero nati dai gruppi di lavoro e validati dal management dipartimentale.

METODI. È stato progettato un evento residenziale dedicato a personale motivato e funzionalmente coinvolto nei processi oggetto di trasformazione Lean (circa 40 operatori). Il metodo dell'A3 report è stato ampiamente esplorato attraverso modalità di esercitazione concreta per "toccare con mano" gli strumenti propedeutici alla fase formativa successiva. A brevissima distanza di tempo sono state avviate quattro attività sul campo parallele, con gruppi di lavoro formati ad hoc per ciascuna Struttura Dipartimentale coinvolta, all'interno delle quali è stata utilizzata la metodologia mutuata dal Lean Management dell'A3 Report e "la cassetta degli attrezzi" del lean management. Questo approccio scientifico è successivamente diventato il loro operato quotidiano a livello di sistema. L'utilizzo dell'A3 Report è sempre stato preceduto da una fase di costruzione dell'alleanza di lavoro e di team building.

RISULTATI. Nell'arco di tre mesi (settembre – novembre 2018) ogni Servizio coinvolto ha raggiunto l'obiettivo "Lean" Dipartimentale: 1- La Radiologia ha predisposto un A3 Report con lo scopo di: a. raggiungere il 100% di preparazioni omogenee a favore di circa 30.000 pazienti/anno; b. uniformare le modalità di accesso e gestione del paziente nelle sedi ambulatoriali; c. delineare strategie comuni di monitoraggio e follow up delle trasformazioni intraprese. 2- Il laboratorio analisi ha costruito un percorso HTA LEAN per costruire, su misura, il software aziendale di gestione magazzino in via di implementazione, con un uso consapevole dell'innovazione informatica e delle ricadute operative, organizzative e strategiche perseguibili in una visione Lean di sistema. 3- Il Servizio Immunotrasfusionale ha individuato nella revisione del Layout e del percorso di donazione con introduzione sistema PULL la via che permetterà di ridurre di oltre il 50% il tempo non a valore per i circa 3.500 donatori/anno che si rivolgono al Servizio e di gestire i picchi di sovraccarico lavorativo, oltre al coinvolgimento degli Stakeholder negli interventi di miglioramento adottati. 4- La Senologia ha modificato: a. il Layout interno degli ambienti attraverso un cantiere 5S, b. il percorso della donna per lo screening di base – Prevenzione Serena – fino al termine della valutazione di II Livello chiedendo, per il 2019, una formazione sul campo, già approvata a livello aziendale, con il coinvolgimento anche di tutti gli Stakeholder interessati.

LIMITI. Dato l'alto Committment riscontrato a tutti i livelli, si individua nella formalizzazione di un team dedicato ai Progetti Lean Aziendali, in corso di attuazione, il limite strutturale attuale per una disseminazione ulteriore del Lean Thinking e della sua spendibilità operativa.

CONCLUSIONI. I risultati degli A3 Report prodotti a livello Dipartimentale consentiranno un netto miglioramento nei processi organizzativi interni, con una forte ricaduta sia in termini qualitativi per i pazienti afferenti ai diversi Servizi, sia per quanto attiene l'efficientamento con il conseguente reinvestimento delle risorse prodotto, a valore. Tale processo perseguito e monitorato anche nel corso del 2019, si svilupperà di concerto con una disseminazione a livello aziendale del Lean Thinking, attraverso un progetto su vasta scala, dedicato, che vedrà nel coinvolgimento come parte attiva e valoriale, operatori motivati, con contenitori formativi distinti, ma correlati, per una "nuova" cultura organizzativa che raggiunga risultati tangibili e intangibili verificabili.

Autore per la corrispondenza: Poletti Alessandra – ASL TO3 – Email: alpoletti@aslto3.piemonte.it

57. Valutazione di impatto del progetto pilota “Ambulatorio di de-prescrizione e riconciliazione terapeutica” in ASL TO3

Miozzo Simonetta[1], Fasano Paola[1], Ceravolo Grazia[1], Coggiola Nadia[2], Minniti Davide[1], Rebora Monica[1], Boraso Flavio[1]

[1]*ASLTO3,* [2]*Università degli Studi di Torino*

BACKGROUND. Con l’invecchiamento della popolazione aumentano in modo proporzionale multimorbilità, politerapia e aumento di utilizzo delle risorse sanitarie. L’età è il principale fattore predittivo dell’uso dei farmaci, la spesa media di un assistibile di età superiore a 75 anni è, infatti, di circa 13 volte maggiore a quella di una persona di età compresa fra i 25 e i 34 anni. L’uso concomitante di più farmaci può portare a eventi dannosi in una quota di casi numericamente significativa, sia per non beneficio della prescrizione (overusing) sia per interazioni tra molecole. In questo contesto un gruppo di medici di medicina generale (MMG) della Val Pellice (Torino) hanno concordato con l’ASL un progetto pilota per affrontare la questione della polifarmacoterapia nei pazienti anziani. Su un possibile bacino d’utenza di circa 4.100 assistiti ultra65enni, pari al 30% della popolazione residente, iscritti ai MMG aderenti al progetto, è stato stimato che circa il 23% assuma più di 5 farmaci al dì.

OBIETTIVI. Revisionare le terapie in atto per singolo paziente afferente all’ambulatorio, nell’ottica dell’appropriatezza prescrittiva secondo le più recenti evidenze, in un’area pilota dell’ASLTO3 (Val Pellice). Obiettivo generale è offrire ai cittadini una riconsiderazione e monitoraggio della terapia alla luce delle proprie necessità cliniche, effettivi bisogni e desideri per migliorare l’aderenza terapeutica e prevenire l’interazione fra medicamenti. Ulteriore obiettivo è la riduzione dei costi per farmaci prescritti o assunti in modo non appropriato. Il progetto pilota mira anche a riconsiderare e valorizzare il ruolo relazionale del medico di medicina generale con i propri assistiti e la sua capacità clinica di riconciliazione terapeutica nella gestione dei pazienti complessi, attraverso la formazione dedicata e incentrata su entrambi gli aspetti e con specifico approfondimento della farmacologia clinica.

METODI. L’ambulatorio sarà gestito dai medici di medicina generale aderenti al progetto e formati ad hoc. L’attività verrà erogata secondo modalità attiva di screening: i MMG individueranno tra i loro pazienti, ultra 65enni che assumono più di 5 farmaci/die, quelli da inviare a consulenza medica che analizzerà nel dettaglio la situazione clinica, i percorsi specialistici e i farmaci assunti. Scopo della consulenza sarà individuare inadeguate assunzioni di farmaci per durata e dosaggio e interazione sulla base delle condizioni cliniche e funzionali, proponendo una rimodulazione della terapia.

RISULTATI. L’attività dell’ambulatorio permetterà di migliorare l’aderenza terapeutica, di ridurre il rischio di effetti collaterali e di favorire la riconciliazione terapeutica. Studierà il comportamento dei pazienti e la loro percezione di benessere attraverso la somministrazione di questionari in corso della consulenza (Morinskj Score e SF-36 short). Sono stati presi in considerazione gli indicatori di inappropriatezza d’uso disponibili in letteratura per le aree terapeutiche oggetto degli obiettivi regionali (antipertensivi, protezione gastrica, trattamento delle dislipidemie, farmaci per disturbi ostruttivi delle vie respiratorie, antidepressivi), farmaci in classe C (benzodiazepine) e i relativi valori soglia. Il potenziale volume di deprescrizione per le singole classi elencate in termini di spesa annua risulta rispettivamente di 12.000 euro per l’area cardiologica, 8.000 euro per la classe dei protettori gastrici, 2.000 euro per il trattamento delle dislipidemie, 5.000 euro per i farmaci destinati ai disturbi ostruttivi delle vie respiratorie e 3.500 euro sulle prescrizioni di antidepressivi psicoanalettici, complessivamente pari a 28.000 annui, corrispondente al 10% del totale delle prescrizioni. Il risparmio stimato tiene conto al suo interno della quota di spesa legata al mancato utilizzo di farmaci a brevetto scaduto.

LIMITI. Sono stati utilizzati i dati correnti relativi alla spesa farmaceutica in ASLTO3, tuttavia l’analisi effettuata rappresenta una stima d’impatto nella riduzione dei costi per farmaci inappropriati su un potenziale bacino d’utenza individuato secondo i criteri di accesso all’ambulatorio.

CONCLUSIONI. Questo progetto, attività di medicina d’iniziativa delle cure primarie, cerca di attuare le indicazioni sull’aderenza e sulla deprescrizione del Piano Nazionale della Cronicità e della Riconciliazione Terapeutica della Raccomandazione 17/2015 del Ministero della Salute. Garantirà, oltre ad una maggiore sicurezza nella gestione delle terapie, una razionalizzazione della spesa con il conseguente reinvestimento di risorse in ambiti di maggiore bisogno a livello aziendale.

Autore per la corrispondenza: Coggiola Nadia – Università degli Studi di Torino – Email: n.coggiola@unito.it

58. Gastropack: la medicina di relazione come strumento di continuità assistenziale

Ceroni Liza[1], Tubertini Paolo[1], Fabbri Cristiano[2], Lodato Francesca[1], Avaldi Vera Maria[1], Descovich Carlo[1], Cennamo Vincenzo[1]

[1]Azienda USL di Bologna, [2]Università degli Studi di Bologna

BACKGROUND. L'attuale sistema di accesso alla specialistica ambulatoriale è basato su un sistema open-access, in cui sono i Medici di medicina generale (MMG) i principali prescrittori delle prestazioni. Le sedi erogative delle prestazioni di primo livello sono numerose e distribuite nel territorio, con necessità per l'utente di percorrere lunghe distanze e con difficoltà nell'eseguire più di una prestazione richiesta per singolo accesso. L'analisi del sistema open-access definisce una serie di prestazioni per assistito in un periodo temporale variabile, senza un registro elettronico che certifichi una diagnosi finale. L'Azienda USL di Bologna ha investito su un modello sperimentale di accesso alla specialistica ambulatoriale territoriale gastroenterologica denominato Gastropack, basato sulla relazione diretta tra MMG e Specialista e su una decisione condivisa centrata sul paziente, con presa in carico fino alla diagnosi.

OBIETTIVI. Valutare la performance del modello Gastropack in termini di volumi, accessibilità ed efficienza del sistema.

METODI. Il modello è stato introdotto nel maggio del 2016 nel Distretto dell'Appennino bolognese, costituito da circa 57000 abitanti e 39 MMG. Le prestazioni, erogate su 2 presidi, di Vergato e Porretta, comprendono: Visite, Ecografie delle anse intestinali, Ecografie dell'addome superiore, Esofagogastroduodenoscopie, Colonscopie. A partire dal giugno 2018, il processo di contatto e presa in carico è stato reingegnerizzato per supportare un'estensione su più ampia scala del paradigma Gastropack. In quest'ottica è stata attivata una centrale operativa intesa come punto di contatto unico per i MMG. Il processo si articola come segue • Il MMG contatta telefonicamente la centrale operativa, dove risponde un infermiere, che raccoglie le informazioni anagrafiche-anamnestiche riguardanti l'assistito • Il contatto telefonico è dunque passato allo specialista con cui il MMG discute dei sintomi dell'assistito e concorda un percorso diagnostico • La centrale contatta il paziente comunicandogli le prestazioni concordate da MMG e specialista, con una proposta di appuntamento conforme alla priorità assegnata • Dopo il primo accesso dell'assistito, lo specialista dei presidi territoriali può richiedere altre prestazioni, con necessità di successivi accessi, per concludere l'iter diagnostico • Concluso il percorso gastroenterologico con una diagnosi l'assistito viene riaffidato al MMG • Nel caso in cui emerga la necessità di approfondimenti di 2° livello il paziente è indirizzato ai Centri Hub garantendo la continuità della presa in carico. A supporto della ri-organizzazione di processo è stata introdotta una scheda digitale che raccoglie tutte le informazioni inerenti il percorso: sintomi; anamnesi; prestazioni erogate; diagnosi ottenute; tipo di chiusura.

RISULTATI. Nel periodo 05/2016-10/2018 sono state registrate 2916 attivazioni per 2565 assistiti con età media 59 anni, con prevalenza del genere femminile (59%). Sono state eseguite un totale di 7573 prestazioni all'interno di 2760 percorsi conclusi (media di 2,74 prestazioni per percorso). La percentuale di esami non invasivi (visite, ecografia addome superiore e ecografia delle anse intestinali) sul totale è stata del 72% e la sola visita è stata il secondo percorso diagnostico più frequente (12%). Nel 75% dei casi, l'utente ha effettuato più di una prestazione per singolo accesso. Il tempo medio di presa in carico è risultato pari a 27 giorni, mentre quello per definire la diagnosi è stato di 21 (totale percorso 48 giorni dall'attivazione alla chiusura del percorso diagnostico). Il numero medio di chilometri percorsi dai pazienti per effettuare le prestazioni per l'intero processo di cura è stato in media di 52 km in 2 presidi, contro i 98 km dei 2 anni precedenti all'introduzione del modello con erogazione di prestazioni in 61 strutture diverse (di cui 14 dell'AUSL Bologna).

LIMITI. Gastropack rappresenta un cambio di paradigma non completamente confrontabile, in base ai dati presenti nelle Banche Dati Regionali, con il periodo precedente l'introduzione del nuovo modello.

CONCLUSIONI. Gastropack rappresenta un nuovo modello di integrazione tra MMG e specialista, attraverso un sistema di relazione che offre un approccio di cura "personalizzata" perché centrata sul paziente. Due sono le strutture erogative nel contesto del territorio; nella maggior parte dei casi sono state erogate più prestazioni per accesso, con conseguenti vantaggi logistici per l'utente. I tempi di presa in carico risultano inferiori ad un mese e, considerando le specifiche priorità, rispettano le linee guida regionali. I tempi di diagnosi, grazie alla possibilità di agende flessibili e presa in carico diretta, sono brevi, garantendo percorsi compatti. L'introduzione di un sistema di presa in carico centralizzato, ha permesso di rendere il processo più efficiente ed efficace dal punto di vista organizzativo, sia per i MMG sia per i pazienti.

Autore per la corrispondenza: Ceroni Liza – Azienda USL di Bologna – Email: liza.ceroni@ausl.bologna.it

59. Informatizzazione del processo lavorativo Lactarium – Banca del latte umano donato (BLUD)

Cerquiglini Laura, Capezzali Daniela, Cicci Gessica, Duranti Lorenzo, Fantuzzi Ambra, Troiani Stefania, Carnio Gabriella

Azienda Ospedaliera Perugia

BACKGROUND. La Banca del Latte Umano Donato (BLUD), garantisce un servizio finalizzato a selezionare le donatrici, raccogliere, controllare, selezionare, trattare, conservare e distribuire latte umano donato, da utilizzare per specifiche necessità mediche. I beneficiari del latte umano donato sono i neonati VLBW (nati prematuri con peso inferiore ai 1500 grammi) o con severe allergie e intolleranze alimentari e altre problematiche intestinali. La Banca del latte umano rappresenta una grande opportunità di promozione e di sostegno dell'allattamento al seno, poiché la maggior parte delle donatrici sono le madri che hanno usufruito del latte umano donato per i propri piccoli prima della scesa del proprio latte. La manipolazione e l'impiego di latte umano donato, soprattutto nell'intento di soddisfare le necessità nutrizionali di nati prematuri, richiede il completo rispetto di norme igienico-sanitarie definite dal piano di autocontrollo HACCP, descritto nelle Linee giuda di indirizzo nazionale di riferimento. Proprio con il fine ultimo di garantire la massima sicurezza alimentare (food safety) e tracciabilità del latte gestito dalla BLUD, in tutte le fasi previste dal processo (raccolta, lavorazione, stoccaggio e distribuzione), è stata realizzata l'informatizzazione completa del Servizio Lactarium – Banca del Latte Umano Donato di Perugia; a partire da gennaio 2017 attraverso l'ausilio di un software web dedicato.

OBIETTIVI. Informatizzazione del Servizio al fine del controllo dell'intero flusso di lavoro. Riduzione dei possibili errori legati alla trascrizione delle prescrizioni dietetiche, disponibilità costante di tutte le informazioni cliniche rilevanti, tracciabilità in tempo reale di tutte le fasi dalla prescrizione alla somministrazione. Tracciabilità degli operatori che accedono al servizio. Matching costante fabbisogno/disponibilità latte materno, umano donato e formule per ottimizzare il rapporto con la farmacia ospedaliera. Evitare somministrazione di alimenti oltre il termine di scadenza. Riduzione dei tempi dei processi di lavoro. Adempimenti degli obblighi ministeriali connessi alla tutela della privacy.

METODI. Sviluppo di un software dedicato con la possibilità di gestire: • Accesso riservato (con password con modifica forzata trimestrale) degli operatori coinvolti nel processo: Terapia Intensiva Neonatale, S.C. Neonatologia, S.C. Clinica Pediatrica, Servizio Lactarium – BLUD • Accettazione delle mamme e dei neonati • Arruolamento delle aspiranti donatrici di latte umano (controllo con questionario anamnestico per l'idoneità, con eventuale esclusione per la donazione) • Flussi di latte materno, umano donato e artificiale • Raccolta del latte, diretta o tramite assegnazione flaconi, con rispettivo codice a domicilio • Validazione dei flaconi • Controllo qualità microbiologica del latte materno e umano donato • Pastorizzazione singola o in pool • Gestione della bacheca del latte con richieste/disponibilità • Visione di allarme dei flaconi in scadenza • Carico e scarico del latte materno, umano donato, formule artificiali, fortificanti e integratori • Prescrizione di latte materno, umano donato, formule artificiali ed eventuali fortificanti/addensanti per ogni ricoverato, direttamente dal reparto • Generazione di etichettatura specifica Inoltre è possibile: • Inserire il peso del neonato al fine di poter visualizzare per ciascuno la prescrizione dietetica: kcal totali, grammi di proteine, il quoziente idrico calorico e proteico • Ottenere statistiche configurabili • Gestire comunicazioni interne.

RISULTATI. Generazione istantanea dei seguenti documenti: 1. Prescrizione medica relativa ad ogni neonato ricoverato, che specifica la tipologia di latte e/o formula, eventuali integratori, orario e numero dei pasti, quantità di latte e modalità di somministrazione. Sinossi quotidiana connessa per i reparti preposti alla somministrazione. 2. Griglia per razionalizzazione ed ottimizzazione della preparazione giornaliera dei pasti usata dal personale del Lactarium, che specifica la tipologia di latte e/o formula, eventuali integratori, orario e numero dei pasti, quantità di latte, modalità di somministrazione e lotto/codice dell'alimento. 3. Storico della prescrizione dietetica quotidiana dal momento del ricovero fino alla dimissione per ogni neonato ricoverato, documento inserito nella cartella clinica dell'assistito. Salvataggio e archiviazione automatica di tutti i dati all'interno del software (una stampa cartacea datata e firmata viene conservata presso il Servizio Lactarium). Gestione logistica criptata dalla prescrizione alla somministrazione. Documenti di somministrazione gestiti in chiaro per ridurre al minimo gli errori di allocazione.

LIMITI. Attuale non interfacciabilità con il programma aziendale principale di gestione informatizzata. È in programma a breve la sua realizzazione.

CONCLUSIONI. La gestione informatizzata di un Lactarium-Banca del Latte Umano Donato permette di gestire in maniera anonima, controllata, istantanea e tracciabile di tutto il processo dalla prescrizione alla somministrazione riducendo al minimo la possibilità di errori connessi a multiple trascrizioni manuali. Permette di ottimizzare i rapporti con i reparti di prescrizione, preparazione e somministrazione e la farmacia ospedaliera.

Autore per la corrispondenza: Cerquiglini Laura – Azienda Ospedaliera di Perugia –
Email: laura.cerquiglini@ospedale.perugia.it

60. Ricognizione farmacologica informatizzata: un tool di supporto allo specialista ospedaliero per la corretta continuità territorio-ospedale

Chinellato Alessandro[1], Bellin Annachiara[1], Tramontan Lara[2], Brugiolo Roberto[1], Rampin Ernesto[1], Saccavini Claudio[2], De Biasio Samantha[2], Ingianni Federica[1], Tessarin Michele[1]

[1]*Azienda ULSS 3 Serenissima,* [2]*Consorzio Arsenàl*

BACKGROUND. Al momento del ricovero in ospedale è importante conoscere la terapia in atto di un paziente a domicilio, per poter garantire la continuità terapeutica anche durante l'ospedalizzazione. Per quanto banale e ovvia possa sembrare questa affermazione, non sempre è rispettata. Infatti, al momento del ricovero, specialmente del paziente anziano, il medico ospedaliero spesso non è a conoscenza di tutta la terapia domiciliare. I motivi sono molteplici: dimenticanza, conoscenza della forma e colore della compressa ma non del nome del farmaco, dosaggi difficili da memorizzare, preoccupazione per il ricovero, patologia causante il ricovero. È stato ribadito anche dal Ministero della Salute con la raccomandazione n. 17/2014, la quale sottolinea che la conoscenza puntuale della terapia farmacologica del paziente è un passaggio fondamentale a garanzia della sicurezza nella prescrizione dei medicinali e dell'appropriatezza delle cure.

OBIETTIVI. Obiettivo del progetto è quello di rivedere i processi legati alla ricognizione farmacologica, confrontando le modalità, i tempi e gli errori legati alla procedura di ricognizione farmaceutica standard rispetto alla procedura informatizzata. Obiettivo finale è la verifica del procedimento migliore per garantire una corretta continuità terapeutica.

METODI. Per lo svolgimento dello studio sono state utilizzate le banche dati farmaceutiche e amministrative dei ricoveri ospedalieri. Si sono confrontate la terapia domiciliare prima del ricovero, e le schede grafiche di reparto del ricovero per la rilevazione delle terapie ospedaliere. È stato, inoltre, sviluppato un tool informatizzato basato sui dati del Fascicolo Sanitario Elettronico della Regione Veneto atto a fornire, previo consenso del paziente, in real-time al medico informazioni sulla terapia domiciliare e dell'aderenza del paziente alla stessa, al fine di sperimentare sul campo gli obiettivi del progetto.

RISULTATI. Sono stati studiati tutti i pazienti (254) ricoverati nella UOC Geriatria dell'Ospedale di Mestre, nel periodo 01.06.2017 – 31.08.2017. Per questi pazienti il 45,74% delle terapie ospedaliere non corrispondevano con quelle domiciliari. In particolare, 7,82% dei casi prevedeva la stessa molecola, ma con dosaggio differente, mentre il 37,92% delle terapie domiciliari croniche è stato omesso all'ingresso in ospedale. Con l'avvio del progetto di ricognizione della terapia informatizzata è possibile far conoscere al medico la terapia domiciliare a carico del SSN, con eventuali cambi terapeutici nell'arco dell'ultimo anno ma in particolare il medico ospedaliero viene a conoscenza anche dell'aderenza alla terapia con cui il paziente assume la terapia cronica. Sono stati studiati appositi algoritmi per permettere di valutare le singole classi terapeutiche. L'aderenza calcolata dalle banche dati evidenzia come vi sia una scarsa attitudine all'assunzione della terapia cronica che varia tra il 50-60%.

LIMITI. I limiti del progetto sono legati alla mancata tracciatura nel tool informatizzato di alcune terapie farmacologiche non a carico del SSN (mancano i farmaci acquistati out of pocket, integratori, prodotti erboristici) che al momento non confluiscono nel sistema del Fascicolo Sanitario Elettronico Regionale. Inoltre, non tutte le differenze osservate tra la terapia a domicilio e quella ospedaliera sono errori reali del processo di ricognizione ma variazioni terapeutiche derivanti dalla pratica clinica.

CONCLUSIONI. Dall'analisi appare evidente come sia elevata la probabilità di errore di terapia in fase di ricognizione standard sebbene non sia dimostrabile che tutte le incongruenze siano associabili a reali dimenticanze o a motivazioni riconducibili a corretta riconciliazione della terapia. È urgente poter mettere in atto procedure anche informatiche a supporto della terapia in reparto al fine di ridurre il rischio di errori oltre che per una migliore gestione delle risorse infermieristiche ma anche di farmaci e dispositivi medici. Grazie all'introduzione di un sistema informatico di ricognizione farmaceutica, si vuole valutare se la differenza osservata in merito alle terapie croniche in fase di ospedalizzazione, sia fisiologica (cioè dipendente dalla necessità clinica) o patologica (cioè correlata a differenze del sistema). Inoltre, si vuole verificare se un intervento a livello specialistico possa migliorare l'aderenza alle terapie croniche e quindi l'efficienza nella cura.

Autore per la corrispondenza: Bellin Annachiara – Azienda ULSS 3 Serenissima –
Email: annachiara.bellin@aulss3.veneto.it

61. La dimissione protetta del paziente dalla struttura ospedaliera ai setting territoriali: uno studio conoscitivo in Area Medica

Ciccarelli Marta[1], Gatti Chiara[2], Giacometti Angela[3], Pelusi Gilda[4]

[1]Azienda USL della Romagna, [2]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti, [3]ASUR Marche - Area Vasta n. 2, [4]Università Politecnica delle Marche

BACKGROUND. La dimissione protetta, programmata o precoce è un concetto vasto e multifattoriale, ma può essere definita come ogni forma di assistenza sanitaria e/o sociale a livello domiciliare conseguente alla dimissione di utenti, dopo che le condizioni acute si sono stabilizzate e per le quali l'ulteriore periodo di cura e di riabilitazione può essere trascorso a domicilio. Con lo scopo di ottimizzare il percorso delle dimissioni Ospedale-Territorio, l'Ospedale Urbani di Jesi (AN) nel 2009 ha approvato una procedura operativa atta a garantire la continuità assistenziale del paziente. Il percorso di dimissione viene attivato dalle Unità Operative (U.O.) nel momento in cui i sanitari individuano problemi socio-sanitari per i quali è necessario definire una serie di interventi terapeutico-assistenziali. La procedura prevede che entro la terza giornata di degenza, il professionista responsabile della pianificazione della dimissione provveda a valutare la situazione socio-assistenziale domiciliare del paziente mediante il processo di accertamento infermieristico ed il BRASS Index. Qualora il paziente venga classificato come soggetto che necessita una dimissione protetta, sarà individuato il caregiver di riferimento ed attivata l'Unità Valutativa Multidisciplinare.

OBIETTIVI. Primario: revisionare la letteratura riguardo tipologie di pianificazione della dimissione del paziente dall'ospedale al territorio. Secondario: analizzare le conoscenze degli infermieri riguardo la procedura aziendale di Dimissione Protetta Ospedale-Territorio.

METODI. Nei mesi di gennaio-febbraio 2018 è stata effettuata la revisione della letteratura nella banca dati Medline ed attraverso Science Direct.com – Elsevier e Google Scholar. Dopo aver posto i filtri "Species: human", "Publication dates: 2008-2018" e "Text availability: free full-text" e dopo la rimozione dei duplicati, l'analisi degli abstract ha condotto all'eleggibilità di 30 articoli. Da febbraio ad agosto 2018 è stato condotto uno studio conoscitivo presso l'Ospedale Urbani di Jesi Asur Marche, nelle U.O. Medicina Generale, Broncopneumologia, Cardiologia-UTIC e Neurologia–Stroke Unit. È stato somministrato a tutti gli infermieri (N=87) un questionario composto da 17 items e variabili relative ai fattori demografici. La ricerca ha ottenuto preventiva autorizzazione da parte del Direttore Medico di Presidio e dal Dirigente Area Infermieristica Ostetrica, con la quale è stato costruito il questionario ad hoc, la cui validità di facciata e contenuto è stata validata da un panel di esperti che ha giudicato la versione finale chiara, semplice e senza dubbi.

RISULTATI. Il response rate è stato del 82,8 %. Il 15% degli infermieri della Medicina e della Broncopneumologia non conosce la procedura, in Cardiologia il 13% ed in Neurologia il 19%. Le principali aree in cui sono emerse più carenze conoscitive sono: saper individuare il professionista responsabile dell'attivazione di un percorso di dimissione protetta sul territorio e conoscere il BRASS Index. Le aree in cui sono emerse migliori conoscenze sono: sapere quale sia il momento più opportuno per l'utilizzo del BRASS Index, conoscere chi sia il responsabile della scelta della Struttura che ospiterà il paziente e conoscere come egli possa procurarsi gli ausili di cui necessita a domicilio. Il riscontro in letteratura mette in evidenza come la pianificazione della dimissione debba essere iniziata precocemente, in quanto le liste di attesa per l'assistenza domiciliare-residenziale possono far aumentare la degenza ospedaliera fino a due settimane e le giornate ospedaliere non necessarie possono risultare gravose per i pazienti che richiedono cure post-acute. Un adeguato programma di follow-up dopo la dimissione ospedaliera è stato identificato sia come una delle maggiori criticità che quale fattore utile per migliorare la qualità di vita dei pazienti e prevenire il fenomeno della riospedalizzazione. Il "team working" si rileva di fondamentale importanza, così come la comunicazione, anche nei rapporti fra sanitari, paziente e caregivers: emerge l'importanza del coinvolgimento dei familiari nella presa di decisioni riguardanti la dimissione del paziente, anche se studi testimoniano la frequente carenza sia di piani di assistenza discussi con il paziente ed i familiari prima della dimissione ospedaliera, che di una tracciabilità scritta qualora essi siano invece presenti.

LIMITI. I principali limiti dello studio sono la ridotta numerosità campionaria e la monocentricità dello studio.

CONCLUSIONI. Rafforzare la formazione dei dipendenti sull'ambito della dimissione protetta potrebbe essere utile al fine di agevolarne la pianificazione già durante la degenza nella struttura ospedaliera. Si dovrebbe tener conto delle proposte suggerite ed andrebbe promossa una maggior collaborazione fra sanitari, prediligendo un approccio multidisciplinare nel management della dimissione del paziente.

Autore per la corrispondenza: Gatti Chiara – Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti –
Email: chiaragatti91@libero.it

62. Tutte le informazioni sono uguali ma alcune sono più uguali delle altre. I professionisti dell'informazione hanno bisogno di bibliotecari?

Cognetti Gaetana

Istituto Nazionale Tumori Regina Elena

BACKGROUND. Nel 2000, presso l'ospedale Rochester in USA, si svolse una delle prime ricerche sull' impatto dell'informazione sulle cure mediche. Questa indagine ha dimostrato – tramite la somministrazione di un questionario che ha coinvolto 448 medici – che l' uso delle informazioni fornite dalla biblioteca aveva ridotto la mortalità nel 19% dei casi, determinato cambiamenti di diagnosi nel 29%, condizionato la scelta delle terapia nel 45%, ridotto la lunghezza della degenza ospedaliera nel 19% e determinato altri effetti positivi sull' appropriatezza dei trattamenti.1 In Italia il primo studio sulle conoscenze informative dei professionisti sanitari in ambito oncologico svolto nel 2000, ha documentato la scarsa conoscenza delle risorse informative disponibili.2 La problematica è di grande rilevanza in quanto l' appropriatezza dei trattamenti e delle prestazioni sanitarie è direttamente proporzionale alla capacità di acquisire informazioni da archivi elettronici in costante aggiornamento. Ma non sembra che i curricula universitari, tranne rare e lodevoli eccezioni, abbiano preso in considerazione la necessità di acquisire competenze in ambito informativo da parte dei professionisti. Il problema è molto rilevante essendo una buona informazione spesso "questione di vita o di morte" in ambito sanitario. Sul web, su cui cercano, utilizzando i comuni motori di ricerca, non solo i pazienti ma anche i professionisti sanitari, occorre distinguere, tra milioni di risposte, la documentazione valida dalle cosiddette "false notizie", spesso diffuse con scopi commerciali. Ma il problema è più complesso: in medicina – parafrasando George Orwell, nella "Fattoria degli animali" – tutte le informazioni sono uguali ma alcune sono più uguali delle altre, occorre capire quando ci si trova di fronte ad articoli poco rilevanti per la cura dei pazienti e quanto invece si ha a che fare con documentazione (revisioni sistematiche, metanalisi, linee guida, conferenze di consenso) che possono garantire l'appropriatezza delle prestazioni. Se poi si aggiunge che tale letteratura va valutata in quanto spesso molti di questi "supposti" studi di medicina basata su prove scientifiche non sono condotti né descritti con medologia rigorosa, il problema resta estremamente complicato. Può da solo il professionista della salute cavarsela in una materia che diviene sempre più complessa tenuto conto anche della moltiplicazione esponenziale delle risorse informative disponibili a livello elettronico (migliaia di basi e banche dati, portali, riviste ecc.)?

OBIETTIVI. Lo studio esplora l'attuale conoscenza dei professionisti della salute delle fonti informative e della metodologia di ricerca dell'informazione al fine di verificare la necessità di opportuni interventi che potrebbero avere come ricaduta un miglioramento degli interventi sanitari con riduzione dei casi di interventi sanitari non appropriati e anche quindi di costi per prestazioni inutili o dannose.

METODI. Un questionario con 10 domande è stato distribuito, come pretest, nei corsi sulla documentazione scientifica organizzati dalla Biblioteca dell'Istituto Regina Elena e presso un corso di formazione in medicina generale organizzato dall' OMCEO di Bari. I dati di quest' ultimo campione sono stati già in parte elaborati. I dati del campione dei ricercatori sono in fase di elaborazione per confrontarli con quello dei medici frequentatori del master di Bari svoltosi nel 2018.

RISULTATI. Dai questionari compilati dai 75 medici partecipanti al corso di Bari risulta una scarsa conoscenza delle basi dati disponibili (anche quelle gratuite). Google è al primo posto (40 utilizzatori) seguito da PubMed (23 utilizzatori) nella ricerca di documentazione. Solo 13 dichiarano di conoscere l'uso degli operatori booleani; solo 36 sanno che la Cochrane Library fornisce revisioni sistematiche.2 I dati che risultano dalle risposte alle 10 domande saranno, come si è detto, confrontati con il campione di circa un centinaio di ricercatori che hanno frequentato i corsi presso la Biblioteca dell'Istituto Regina Elena.

LIMITI. Il campione, sia pur significativo, andrebbe estero sia per numero che per tipologia degli intervistati (es. professionisti delle aziende sanitarie, farmacisti ecc) al fine di poter avere dati più completi.

CONCLUSIONI. Se i dati confermeranno, come quelli già analizzati per i medici di medicina generale, un notevole gap informativo anche tra i ricercatori clinici e sperimentali, occorrerà proporre misure di formazione certificata, come HealthDoc https://www.aicanet.it/health-doc (accreditata dalla Fondazione Europea ECDL), soprattutto a livello universitario, ma anche nel corso della attività lavorativa, al fine di rendere consapevoli i professionisti sanitari delle problematiche complesse collegate alla ricerca dell' informazione. Inoltre, occorrerebbe, proprio per le politiche di sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale, riconoscere figure professionali, bibliotecari/documentalisticol compito dQuesti esperti di informazione hanno compiti rilevanti anche per il potenziamento di cittadini e pazienti e per la creazione di siti e portali di qualità in ambito biomedico. In Italia vi è un prototipo, ancora del tutto sperimentale, Bensalute, www.bensalute.it, che aggrega le informazioni di qualità con due facce una dedicata ai cittadini ed una ai professionisti della salute per rendere possibile l'accesso in un ambiente unico alle informazioni disperse su vari siti e portali e non validate. Davidoff e Florance, editorialisti della prestigiosa rivista Annals of Internal Medicine, hanno definito, già nel 2000 una figura professionale di bibliotecario clinico, con il compito di seguire le equipes di cura al letto dei pazienti per fornire le informazioni necessarie4. I bibliotecari sono anche ricercatori come parte essenziale dei gruppi multidisciplinari che producono revisioni sistematiche ed esperti nella gestione dei dati clinici e di ricerca.

Autore per la corrispondenza: Cognetti Gaetana – Istituto Nazionale Tumori Regina Elena –
Email: gaetanacognetti1@gmail.com

63. La terapia dietetico-nutrizionale nel paziente affetto da malattia renale

Colletta Mattia, Traini Tiziana, Fioravanti Giuseppe

Università Politecnica delle Marche

BACKGROUND. La terapia dietetico-nutrizionale, negli ultimi anni, ha assunto un ruolo importantissimo, in quanto è in grado di contrastare le complicazioni che possono presentarsi con la malattia renale, ritardando l'inizio della terapia sostitutiva. (Catizone L., 2017) Molti autori contestano che la terapia dietetica potrebbe produrre malnutrizione, ma, in letteratura è stato dimostrato che, se la dieta è ben formulata, e se viene seguita da personale adeguatamente formato, lo stato nutrizionale del paziente è ben conservato. (Pasticci F., et al, 2016).

OBIETTIVI. Verificare l'efficacia della terapia dietetico-nutrizionale nel paziente affetto da malattia renale, nella fase conservativa della malattia. Valutare se la terapia dietetico nutrizionale porti ad effettivi cambiamenti delle abitudini alimentari del malato e ad un miglioramento delle condizioni cliniche senza, però, rischiare problemi legati alla malnutrizione.

METODI. La ricerca della letteratura è stata effettuata nella banca dati di Pubmed e Cochrane nel mese di agosto 2018, utilizzando le seguenti parole chiave: "chronic renal failure" and "diet therapy". La ricerca si è basata su alcune keywords, adottando il sistema PICO:(P: Adulti affetti da insufficienza renale; I: Trattamento dietetico nutrizionale al paziente con malattia renale cronica in fase conservativa; C: Pazienti che non hanno aderito alla terapia dietetico-nutrizionale; O: Migliorare gli esiti clinici ed evitare un aggravarsi della patologia. Sono stati presi in considerazione studi randomizzati e/o controllati, qualitativi/quantitativi, osservazionali, includendo gli articoli selezionati con i seguenti criteri: Pazienti in terapia conservativa, Pubblicazioni in lingua inglese, italiana, Pazienti > 18 anni, Studi effettuati su campioni umani, Pazienti a gestione ospedaliera ed extraospedaliera. Sono stati esclusi gli articoli che trattavano: Pazienti con insufficienza renale acuta, Neonati, Bambini, Animali.

RISULTATI. Nove articoli hanno soddisfatto i criteri di ricerca. Sulla base di quanto emerso dallo studio, la dieta, intesa come terapia, è fondamentale nel paziente con IRC in fase conservativa, per ridurre i rischi di progressione della malattia, al fine di salvaguardare il paziente da rischi sistemici, e prevenirne la malnutrizione. Dagli studi, emerge altresì, come in alcuni pazienti la terapia dietetica non porti agli effetti sperati durante la sua prescrizione. Al contrario di quanto si possa in un primo momento pensare, questo dato deriva non dalla scarsa efficacia della dieta (dimostrata negli studi stessi), ma da una scarsa compliance del paziente, ovvero una scarsa aderenza alla terapia. Questa mancanza, però, non è imputabile solo ad uno scarso impegno del paziente, bensì può essere imputabile a tutta l'equipe sanitaria che ha preso in carico il paziente. Infatti, questa terapia, al contrario di una "semplice" e comune terapia farmacologica prescritta dal medico, coinvolge più professionisti; dal medico, che andrà a seguire l'andamento delle alterazioni della funzionalità renale, al dietista, che insieme al medico stesso prescriverà gli alimenti consigliati, ed all'Infermiere, responsabile dell' educazione del paziente, all'uso corretto e responsabile della terapia, nel tentativo di colmare e rendere più facilmente comprensibile la terapia e lo stato di salute/progressione della malattia del paziente. Una costante assistenza al paziente, in ambito ambulatoriale (per le visite programmate), nei reparti (per le acuzie) e nel post-dimissione, favoriscono non solo una maggiore aderenza alla terapia, ma vanno a garantire la continuità assistenziale, elemento fondamentale nella presa in carico del paziente cronico. Va comunque sottolineata la difficoltà a seguire il paziente in ambito extra-ospedaliero, a causa di una limitata rete di servizi. La cronicità della malattia influisce negativamente sull'aspetto psicologico, influenzando il regime terapeutico, che risulta trascurato e parzialmente eseguito.

LIMITI. La scarsa disponibilità di articoli in lingua italiana, di testi recenti in materia e di dati relativi all'aderenza alla terapia da parte dei pazienti in ambito extra-ospedaliero.

CONCLUSIONI. L'Infermiere, nella sua attività assistenziale, può riconoscere i segni di malnutrizione, di un'inefficace aderenza alla terapia ed un peggioramento dei sintomi legati alla malattia renale. Sarebbe auspicabile che Medici, Infermieri e nutrizionisti, collaborassero professionalmente alla stesura di programmi utili al miglioramento della qualità dell'assistenza, finalizzata ad un continuo miglioramento clinico e psicologico. L'adozione di metodi efficaci che rendano la terapia dietetico-nutrizionale di facile comprensione, dare più importanza all'educazione terapeutica per il miglioramento della compliance e garantire una maggiore attenzione alla continuità assistenziale per valutare costantemente lo stato di salute del malato, potrebbero risultare delle ottime strategie di empowerment del paziente nefropatico.

Autore per la corrispondenza: Traini Tiziana – Università Politecnica delle Marche – Email: t.traini@univpm.it

64. Conoscenze e competenze sull'utilizzo del defibrillatore in ambito sportivo: risultati di uno studio osservazionale

Comparcini Dania[1], Simonetti Valentina[2], Cantarini Camilla[2], Lupo Roberto[3], Cotticelli Federico[4], Pasquaretta Arianna[4], Galli Francesco[5], Cicolini Giancarlo[6]

[1]*Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti,* [2]*Università Politecnica delle Marche,* [3]*Azienda Sanitaria Locale di Lecce,* [4]*ASUR Marche - Area Vasta n. 3,* [5]*ASUR Marche - Area Vasta n. 2,* [6]*Azienda Sanitaria Locale 2 Lanciano Vasto Chieti*

BACKGROUND. In Italia la morte cardiaca improvvisa (MCI) rappresenta più del 10% di tutte le morti, con una maggiore incidenza tra gli sportivi; in caso di arresto cardiaco la defibrillazione precoce è l'unica terapia salva vita. In Italia, la normativa in materia ha sancito l'obbligo, per tutte le società sportive, di dotarsi di un defibrillatore e di personale adeguatamente formato al suo utilizzo. Tuttavia, ad oggi, non sono stati effettuati studi nel contesto italiano per approfondire questa importante tematica.

OBIETTIVI. Determinare il livello di conoscenze e competenze sull'utilizzo del defibrillatore in ambito sportivo.

METODI. Studio cross-sectional, multicentrico (settembre 2017-marzo 2018) che ha coinvolto alcuni centri sportivi della Provincia di Ancona. È stato utilizzato un questionario validato (Cronin et al. 2012) composto da 27 item, di cui uno posto su scala Likert 1-10 (1=nessuna conoscenza; 10=moltissime conoscenze) per rilevare le conoscenze auto-percepite sull'utilizzo del defibrillatore e ulteriori 26 item, a risposta multipla, che esplorano competenze/esperienze sull'utilizzo del dispositivo, accessibilità e manutenzione, presenza di personale formato all'utilizzo. Inoltre, 3 item specifici valutano la percezione rispetto al ruolo e alla presenza di Infermieri in ambito sportivo.

RISULTATI. Hanno partecipato 150 sportivi su 200 contattati (75%); di questi, il 54.7% (n=82) è di genere maschile (età media=27.7 anni) e la maggior parte (n=96) pratica uno sport di squadra. L'88% è informato sulla presenza del defibrillatore nel proprio centro, il 74% (n=111) conosce il luogo dove è stato collocato e il 56.6% pensa che sia facilmente accessibile. Il 58% (n=87) non ha mai effettuato una formazione specifica e dichiara uno scarso livello di conoscenze (media=2.55); inoltre, solo il 25.3% (n=136) ha indicato la corretta sequenza sull'utilizzo del dispositivo. Il 68.7% (n=103) ha evidenziato l'assenza di personale adeguatamente formato nel proprio centro sportivo e il 90% (n=135) sostiene che tale carenza potrebbe essere colmata da un Infermiere.

LIMITI. Il principale limite dello studio riguarda il disegno monocentrico che permette una scarsa generalizzabilità dei risultati.

CONCLUSIONI. I centri partecipanti, nel rispetto della normativa vigente in materia, sono tutti dotati di defibrillatore, tuttavia, sono emersi livelli scarsi di conoscenze e competenze tra gli sportivi rispetto all'utilizzo del dispositivo. Tali risultati suggeriscono che l'applicazione della normativa dovrebbe essere contestuale ad un'adeguata organizzazione della formazione e delle procedure di emergenza al fine di garantire un intervento tempestivo ed efficace in caso di morte cardiaca improvvisa.

Autore per la corrispondenza: Comparcini Dania – Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti –
Email: da.comparcini@gmail.com

65. Il ruolo del patrimonio edilizio nel Sistema sanitario nazionale: passato, presente e futuro

Conti Angelo, Pedrini Daniela

Società Italiana dell'Architettura e dell'Ingegneria per la Sanità

BACKGROUND. Il Patrimonio Edilizio attuale deriva in gran parte dall'acquisizione dei patrimoni preesistenti afferenti agli Enti che sono confluiti, a seguito della riforma ex lege 833/78, nel Sistema Sanitario Nazionale. Nonostante il piano di investimenti appositamente stanziati a partire dai primi anni '90 con gli strumenti codificati dall'Art. 20 L. 67/88, le strutture sanitarie pubbliche italiane risultano ancora mediamente datate ed in molti casi inadeguate ai tempi, e nello specifico non rispondono pienamente alle normative riguardanti Autorizzazione ed accreditamento (DPR 37/97 e recepimenti regionali), Prevenzione Incendi (DM 27/09/2002), Prevenzione Sismica NTC 2008 ed efficientamento energetico. Queste quattro importanti tematiche tecniche se da un lato hanno rivoluzionato ideazione, progettazione, realizzazione e gestione delle strutture sanitarie nuove ed esistenti, sotto un altro aspetto, e per vari motivi, hanno aggravato il divario di qualità dell'offerta sul territorio tra nord e sud del Paese, tra aree maggiormente urbanizzate e periferie e tra patologie radicate ed emergenti. Ad oggi il Patrimonio edilizio pubblico del SSN conta circa 600 ospedali ed alcune migliaia di strutture territoriali, con un'estensione delle superfici di diagnosi, cura ed assistenza stimabile in oltre 60 milioni di metri quadrati.

OBIETTIVI. Allo stato delle conoscenze, è possibile prospettare due scenari, uno a medio termine (3-4 decenni), uno più futuribile a lungo termine (da 50 a 100 anni). Il primo scenario non contempla discontinuità epocali, ma solo un adeguamento generalizzato ai fattori precedentemente richiamati (autorizzazione/accreditamento, antincendio, sismica, energia), un riequilibrio tra aree geografiche e il necessario supporto infrastrutturale alle emergenti novità tecniche e tecnologiche in ambito medico, assistenziale ed organizzativo. Su questa fase è anche possibile esprimere una previsione di massima delle risorse economiche necessarie, pari ad alcune decine di miliardi di €, derivante dal ragionevole prodotto ponderato delle superfici esistenti per un congruo costo di intervento al metro quadrato. Il secondo scenario, con un orizzonte temporale più incerto, porta a pensare ad uno sviluppo dell'assistenza domiciliare, grazie ai progressi della telemedicina, della robotica e delle tecnologie elettroniche, alla possibilità di "fabbriche" dedicate alla rigenerazione di massa degli organi umani danneggiati, a una genetica di laboratorio in grado di prevenire o curare in maniera autologa buona parte delle patologie. I modelli e le risorse da associare al secondo scenario non sono chiaramente stimabili.

METODI. Ad oggi la consistenza del Patrimonio edilizio pubblico del SSN è censita dalle singole Regioni, in forza del Titolo V della Costituzione. Un approfondito censimento complessivo sarebbe il primo passo verso una riorganizzazione ed un adeguamento consapevole del sistema. Il grande know-how dei Professionisti Tecnici italiani, universalmente riconosciuto (la SIAIS – Società Italiana dell'Architettura e dell'Ingegneria per la Sanità – organizzerà a Roma nel 2020 il Congresso Mondiale IFHE – International Federation of Hospital Engineering), consentirebbe rapidamente di tradurre le necessità epidemiologiche nella progettazione delle più idonee strutture a supporto delle esigenze mediche.

RISULTATI. A fronte di un'Utenza sempre più informata ed esigente e dello sviluppo tumultuoso delle tecnologie, il SSN per essere competitivo, aggiornato ed affidabile deve poter esercitare il proprio ruolo istituzionale all'interno di strutture all'altezza delle prestazioni richieste in termini numerici, di sicurezza e confort. Ciò potrà essere possibile se e solo se ad una pianificazione frutto di una visione strategica dei problemi sarà associata la tempestività della risposta in termini di adeguamento del Patrimonio Edilizio.

LIMITI. La competenza regionale in tema di Sanità, in funzione delle diverse visioni e dell'alternanza politica delle maggioranze, rappresenta un primo tangibile ostacolo ad operare con strategie e sincronie di intervento sintonizzate su un piano nazionale. L'insufficienza delle risorse economiche da investire, sempre lamentata sia in termini assoluti che in rapporto al PIL del Paese rappresenta un secondo impedimento. La rigidità delle procedure di investimento, a cominciare dalla complessità e dalle incertezze interpretative del Codice degli appalti e dagli estenuanti iter burocratici autorizzativi, costituiscono un ulteriore terzo, anzi quarto, grado di difficoltà.

CONCLUSIONI. L'adeguamento/ammodernamento del Patrimonio Edilizio del SSN non solo è possibile e doveroso per rispondere compiutamente al bisogno di salute della popolazione italiana, ma sarebbe anche uno straordinario volano per la nostra economia. Cantieri di dimensioni ideali per efficacia di impatto, sinergia con le aziende di costruzione, di fornitura e biomediche del territorio, attrattività sanitaria dalle altre Nazioni, costituirebbero benefici indotti di piena certezza.

Autore per la corrispondenza: Conti Angelo – Società Italiana dell'Architettura e dell'Ingegneria per la Sanità – Email: angelo.conti@ior.it

66. Il team territoriale come strumento per il potenziamento delle cure primarie

Cossolo Marco

Federazione Nazionale Federfarma

BACKGROUND. Una delle grandi trasformazioni del SSN annunciate/promesse in questi ultimi anni è stato il passaggio da una sanità incentrata sull'ospedale come punto di riferimento prevalente per la cura della salute a una sanità diffusa sul territorio, basata sui presidi esistenti e in grado di accompagnare i pazienti cronici nel percorso di cura, evitando il più possibile il ricovero ospedaliero, e, anzi, prevenendo l'insorgere o l'aggravarsi delle patologie croniche. Ad oggi questo processo non solo non si è concretizzato in modo uniforme sul territorio, ma in molti casi non si è concretizzato affatto.

OBIETTIVI. Il trasferimento delle attività di prevenzione e cura sul territorio è una delle grandi opere che sarebbe fondamentale portare a termine in questa fase alla luce dell'andamento demografico, dell'aumento dei costi per la cura delle patologie croniche, dell'aumento della domanda di salute e benessere che cresce nella popolazione, ma anche dello spopolamento di vaste aree del Paese, rimaste prive di servizi non solo sanitari. Per completare questo processo è necessario individuare, innanzitutto, le figure professionali e le strutture che possono contribuire in modo efficace a portare la sanità più vicina al cittadino (una sanità a chilometri zero). Sembrerebbe evidente che tali soggetti debbano essere i medici di medicina generale e le farmacie, che sono i primi presidi del SSN sul territorio, quelli più facilmente accessibili e conosciuti ai cittadini. Questo di fatto non avviene. Si tende invece a creare nuove strutture intermedie, come le case della salute o le UCCP, che si collocano a metà tra l'ospedale e i presidi territoriali, si sovrappongono in parte all'attività dei presidi già esistenti, non danno risposte alle aree periferiche già oggi prive di servizi, dove rimangono solo le farmacie.

METODI. La proposta di Federfarma, condivisa recentemente con FIMMG, è quella di delineare un ruolo concreto per il team territoriale costituito dal medico di medicina generale, dalla farmacia e dall'infermiere, che possa assistere e monitorare nel modo più efficace i malati cronici, garantendo anche servizi domiciliari. In questo contesto, sarebbe estremamente utile dare attuazione alla Farmacia dei servizi, delineando in modo chiaro ruoli e competenze delle varie figure coinvolte. Tale modello potrebbe essere sperimentato a partire dalle aree rurali e interne del Paese, dove è più sentita l'esigenza di disporre di servizi, evitando gravosi e costosi spostamenti alle persone soprattutto anziane che vi risiedono. Nella stessa ottica è necessario riportare alla prescrizione del medico di medicina generale e alla dispensazione in farmacia i medicinali che oggi sono erogati direttamente dalle strutture pubbliche, costringendo i malati e i loro famigliari a gravosi spostamenti e impedendo ai professionisti sanitari di svolgere il proprio lavoro e di monitorare l'andamento delle cure.

RISULTATI. I risultati potranno essere valutati una volta conclusa la sperimentazione. In tale prospettiva potranno essere utilizzati i finanziamenti previsti dalla legge di bilancio 2018 per la sperimentazione della Farmacia dei servizi.

LIMITI. I limiti sono collegati all'ambito territoriale della sperimentazione.

CONCLUSIONI. La collaborazione tra i professionisti del territorio è fondamentale per rendere più efficaci i processi di cura. Il progetto punta a rafforzare questa collaborazione, partendo dal nucleo di base dell'assistenza primaria costituito da medici di medicina generale e farmacie.

Autore per la corrispondenza: Cossolo Marco – Federazione Nazionale Federfarma – Email: box@federfarma.it

67. L'infermiere e l'approccio sociale al paziente psichiatrico: revisione cinematografica e analisi del fenomeno "Stigma"

Cotticelli Federico[1], Lorenzini Lisa Angelica[2], Simonetti Valentina[2], Vitali Roberta[1], Torresi Elisa[1], Galli Francesco[3], Cicolini Giancarlo[4], Comparcini Dania[5]

[1]ASUR Marche - Area Vasta n. 3, [2]Università Politecnica delle Marche, [3]ASUR Marche - Area Vasta n. 2, [4]Azienda Sanitaria Locale 2 Lanciano Vasto Chieti, [5]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti

BACKGROUND. Lo "Stigma" nei confronti della malattia mentale è una "seconda malattia", che affligge l'intera percezione sociale di una persona. Esso accompagna il malato mentale e la sua famiglia in un circolo vizioso che determina l'isolamento e la compromissione delle reti sociali. La rappresentazione della malattia mentale nei mass-media e, in alcuni casi, nel Cinema ha contribuito a diffondere pregiudizi nei confronti di persone affette da disturbi mentali; infatti, è stato dimostrato che la società assume degli atteggiamenti difensivi nei confronti della malattia mentale, dettati maggiormente dall'influenza dei mass media, piuttosto che da un reale contatto con le persone. Contestualmente, però, soprattutto negli anni recenti, i mass-media e in particolare il Cinema sono diventati strumenti per sviluppare una cultura anti-stigma. Tali strumenti infatti, sono in grado di suscitare emozioni in un contesto in cui lo spettatore viene temporaneamente inserito in uno spazio temporale ed esperienziale nuovo, distante dalla realtà quotidiana ma in grado di sviluppare riflessioni a partire dal proprio vissuto, determinando inevitabilmente dei cambiamenti interiori.

OBIETTIVI. L'obiettivo dello studio è quello di analizzare il tema dello stigma nei confronti della malattia mentale e l'evoluzione del ruolo infermieristico rispetto a tale tematica, analizzando la letteratura, la rappresentazione mediatica e la produzione cinematografica.

METODI. È stata effettuata una revisione narrativa della letteratura e sono state visionate 26 pellicole cinematografiche, analizzate 22 di esse, tra cui tre film-documentari. Tutti i film sono stati analizzati tenendo in considerazione l'epoca di ambientazione dei film. Per la revisione della letteratura sono stati consultati i database "Medline (Pubmed)", "Google Scholar" e "Cochrane Library" utilizzando le parole chiave "mental health", "stigma", "mental disorders", "psychiatry" combinati tra loro con gli operatori boleani "AND" e "OR".

RISULTATI. Dai risultati degli studi inclusi nella revisione non si evidenzia l'efficacia mediatica nella riduzione della discriminazione della malattia psichiatrica, anzi, sembrerebbe che ad un aumentato utilizzo dei mass-media, corrisponda un'aumentata intolleranza nei confronti della persona affetta da patologia psichiatrica. Per quanto riguarda la produzione cinematografica, invece, emerge l'importanza del cinema come strumento per sensibilizzare le persone sulla tematica e diminuire il pregiudizio e lo sviluppo dello stigma. In particolare, alcuni Film, ad esempio "Qualcuno volò sul nido del cuculo" diretto da Miloš Forman, "La seconda ombra" di Silvano Agosti, "Si può fare" di Giulio Manfredonia ripercorrono l'evoluzione della figura del malato mentale e della visione sociale della malattia mentale. Da una società che reprime gli spiriti liberi ad una società che tenta di recuperare il valore del rispetto. Al Cinema, quindi, si può attribuire la capacità di influenzare positivamente la società, riconoscendo a questo strumento anche un ruolo terapeutico in campo sanitario. I valori appresi dai Film rafforzerebbero i modelli positivi ai quali le persone possono ispirarsi. Negli anni, anche la rappresentazione mediatica e cinematografica dell'infermiere in ambito psichiatrico è cambiata, da semplice "custode" dei pazienti a professionista sanitario che collabora in un'équipe multidisciplinare con un approccio globale ed integrato e che coinvolge non solo il paziente ma anche la famiglia e il contesto sociale di appartenenza.

LIMITI. Il principale limite è rappresentato dalla mancata differenziazione in fase di analisi rispetto alle diverse patologie psichiatriche rappresentate a livello mediatico e cinematografico. Effettuare un'analisi specifica, differenziando per immagine trasmessa al pubblico a seconda delle diverse patologie, potrebbe essere utile per comprendere in maniera più approfondita l'associazione tra stigma, società e malattia.

CONCLUSIONI. Alla luce dei risultati di questa revisione, si conferma che soprattutto il Cinema può essere uno strumento terapeutico e di informazione; lo stigma nei confronti della malattia mentale può essere controllato e gestito al fine di migliorare il rapporto della società con la malattia mentale. La comunicazione mediatica si configura come un elemento strategico per rispondere a un cambiamento culturale, pertanto, sarebbe auspicabile incentivare interventi e progetti contro lo stigma utilizzando la cinematografia come strumento formativo, con l'obiettivo di accrescere la consapevolezza rispetto ai disturbi mentali e diminuire le barriere sociali che possono determinare un limite al trattamento e alla cura.

Autore per la corrispondenza: Comparcini Dania – Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti –
Email: da.comparcini@gmail.com

68. Applicazione dell'humpty dumpty falls prevention program per la valutazione del rischio cadute in pazienti pediatrici ricoverati in un ospedale di neuroriabilitazione

Craig Francesco, Pacifico Rossella, Loparco Domenica, Trabacca Antonio

I.R.C.C.S. Eugenio Medea

BACKGROUND. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS,2007) definisce le cadute in ambito ospedaliero una sfida per la sicurezza e qualità dell'assistenza sanitaria nella popolazione pediatrica, in quanto portano ad un aumento di durata complessiva del ricovero, a un trattamento inatteso e un aumento del costo delle cure. Sebbene, le cadute costituiscono un problema di significativa importanza nell'ambito del ricovero in ospedale dei pazienti, e da diversi anni sono oggetto di interesse e di studio da parte delle società scientifiche e delle istituzioni sanitarie internazionali, la letteratura scientifica appare ancora limitata su come condizioni mediche e caratteristiche del bambino incidano sul rischio di cadute dei bambini ricoverati. Abbiamo indagato il rischio di cadute in un Ospedale Pediatrico di Neuroriabilitazione acquisendo e standardizzando un programma già avviato negli Stati Uniti Nicklaus Children's Hospital di Miami, l'Humpty Dumpty Falls Prevention Program.

OBIETTIVI. Esplorare quali bambini sono a maggior rischio e quali sono i fattori predittivi di cadute ospedaliere. Inoltre, parallelamente è stato attuato un intervento mirato all'individuazione, al riconoscimento e alla gestione delle cadute.

METODI. Sono stati arruolati nello studio 446 pazienti con patologie neurologiche (es. epilessia, paralisi cerebrali infantili, distrofia muscolare) e neuropsichiatriche (es. autismo, disabilità intellettiva, ADHD). Dal 2015 al 2018 sono state registrate il numero di cadute annuali avvenute in ospedale. Dal 2017, abbiamo acquisito e standardizzato su popolazione italiana la scala Humpty Dumpty Falls (HDFS) dal Nicklaus Children's Hospital. Tale scala è stata completata e valutata per ciascun partecipante da parte del personale infermieristico formato ad hoc.

RISULTATI. Abbiamo riscontrato che tassi di caduta sono più frequenti in bambini con disturbi del neurosviluppo (12,9%) rispetto al gruppo neurologico (5,1%). In entrambi i gruppi, il punteggio medio totale dell'HDFS correla negativamente con alcune caratteristiche appartenente ai bambini come l'età, il sesso e il Quoziente Intellettivo. Inoltre, l'attuazione di un protocollo specifico mirato all'individuazione e al riconoscimento di cadute ha permesso al personale infermieristico di identificare con maggior precisione il numero di cadute ospedaliere (2015-N=2; 2016-N=3; 2017-N=6; 2018-N=12).

LIMITI. Un limite del nostro studio è quello di non aver indagato altri fattori di rischio ambientale come luogo, attività al momento della caduta e la presenza o assenza di genitori o altri caregivers al momento della caduta. Questo incide sulla generalizzabilità dei risultati.

CONCLUSIONI. I risultati di questo studio suggeriscono che programmi di prevenzione delle cadute devono essere implementati in bambini con condizioni neurologiche o disturbi del neurosviluppo; e che l'attuazione di protocolli specifici aumenta notevolmente la sensibilità di tutto personale infermieristico nel riconoscere e nella gestione delle cadute ospedaliere in popolazioni pediatriche.

Autore per la corrispondenza: Trabacca Antonio – I.R.C.C.S. Eugenio Medea –
Email: antonio.trabacca@lanostrafamiglia.it

69. Tutela della Collettività: Piano di controllo per la prevenzione delle infezioni da Legionella

Cussigh Cristina, Capriz Lucia, Di Gennaro Domenico, Lovino Rocco, Qualizza Davide, Comoretto Laura, Della Vedova Lucia, Attardo Carmelo, Iob Andrea

Azienda Assistenza Sanitaria 3 Alto Friuli Collinare Medio Friuli

BACKGROUND. Legionella è un microrganismo patogeno salito nuovamente alla ribalta della cronaca per le recenti epidemie, come quelle di Parma e di Bresso che hanno portato ad una nuova revisione normativa regionale. La legionellosi è causata nel 90% dei casi dal batterio Legionella, del quale sono state identificate più di 50 specie diverse suddivise in 71 sierotipi. Le legionelle sono presenti negli ambienti acquatici naturali e artificiali: acque sorgive, comprese quelle termali, fiumi, laghi, fanghi, ecc. Da questi ambienti raggiungono quelli artificiali, come condotte cittadine e impianti idrici degli edifici, quali serbatoi, tubature, fontane e piscine, che possono agire come amplificatori e disseminatori del microrganismo, creando una potenziale situazione di rischio per la salute umana. L'infezione avviene inalando il microrganismo e può portare a forme cliniche quali la Malattia del Legionario e la Febbre di Pontiac.

OBBIETTIVI. L'obbiettivo primario del lavoro, in un'ottica di risk management, è finalizzato a garantire una fruizione sicura da parte della collettività di strutture di tipo ricettivo, socio assistenziale e sportive legatai al rischio Legionella. Inoltre in sede di controllo, si è provveduto ad informare i gestori sulle caratteristiche del microrganismo e sulle misure base di prevenzione finalizzate alla realizzazione di un manuale di autocontrollo per la gestione del rischio. Infine una diminuizione dell'insorgenza di malattie infettive da Legionella nella popolazione ha un riflesso sulla riduzione della spesa sanitaria e un miglioramento della qualità di vita.

METODI. Facendo riferimento alle Linee Guida Nazionali del 07 maggio 2015, personale tecnico di questa Azienda Sanitaria ha effettuato un sopralluogo con campionamento di matrici presso le strutture oggetto del Piano. Le ricerche analitiche sono state svolte dal competente laboratorio Arpa FVG.

RISULTATI. In totale sono state controllate n° 48 strutture che ospitano una collettività nell'ambito del nostro territorio di competenza. Il piano inizialmente ha interessato14 strutture ricettive, 8 strutture sportive e 24 strutture socio-assistenziali. Nell'ambito delle attività si è reso necessario includere ed effettuare un monitoraggio anche in una caserma militare e una struttura sanitaria. Sono stati effettuati n° 365 campioni di acqua prelevati dagli erogatori finali (es. docce e/o lavabi) rappresentativi della distribuzione idrico-sanitaria. Sono risultate positive a Legionella, in fase di 1° monitoraggio, il 52,08% delle strutture cosi suddivise: -con contaminazione >10000 UFC/L: n° 8 strutture; -con contaminazione 1001 a 10000 UFC/L e con almeno il 20% di campioni positivi : n° 10 strutture; -con contaminazione 1001 a 10000 UFC/L e con meno del 20% di campioni positivi: n° 1 struttura; -con contaminazione 101 a 1000 UFC/L: n° 6 stutture; E' stata data indicazione alle strutture con una positività grave (>10000 UFC/L) di effettuare immediatamente un intervento di bonifica. Gli stessi erogatori sono stati ricampionati dopo almeno 48 ore dall'intervento. Post bonifica sono stati effettuati n° 55 campioni, di cui ben l'83,64 % è risultato inferiore al limite di rilevabilità (<100 UFC/L). Per le altre strutture è stato richiesto un intervento di bonifica e l'invio di documentazione attestante gli interventi effettuati.

LIMITI. Il primo limite di questa attività è da riscontrarsi nell'assenza di una normativa nazionale e/o regionale definita che fornisca strumenti all'Organo di Controllo per gestire in maniera diretta, rapida ed efficace una situazione di emergenza sanitaria. Inoltre, importante fattore da considerare, è la scarsa conoscenza del microrganismo Legionella da parte dei gestori delle strutture. In ultimo la vetustà degli impianti idrico-sanitari e degli edifici in genere, non permette una piena conoscenza impiantistica e tecnologica della estensione e natura degli impianti; questi sono elementi essenziali per una corretta valutazione del rischio e per la scelta di corretti interventi di riduzione del rischio.

CONCLUSIONI. Attraverso il campionamento post bonifica effettuato nelle strutture ove vi era una positività di Legionella >10000 UFC/L è stato possibile confermare la riduzione della contaminazione microbiologica con la riduzione del rischio a tutela della salute degli ospiti delle strutture. le altre strutture con positività hanno attestato interventi volti a ridurre la presenza del patogeno negli impianti. Il presente lavoro ha consentito di informare e sensibilizzare i gestori al rischio Legionella negli impianti idrico-sanitari con la predisposizione di misure di controllo da mantenere nel tempo.

Autore per la corrispondenza: Cussigh Cristina – Azienda Assistenza Sanitaria 3 Alto Friuli Collinare Medio Friuli – Email: cristina.cussigh@aas3.sanita.fvg.it

70. Analisi delle prescrizioni di medicinali che possono provocare depressione come effetto collaterale

D'anna Stefano, Garbarino Elena, Avataneo Maria M.

Azienda Sanitaria Locale CN2 Alba-Bra

BACKGROUND. Sono oltre 200 i farmaci prescritti per varie condizioni patologiche che utilizzati in associazione dimostrano di avere un aumentato rischio di sviluppare forme di depressione e promuovere comportamenti suicidari. Sono farmaci antiepilettici, analgesici, hormone modifiers ma anche più comuni farmaci antipertensivi e antiacidi. Per alcuni di essi – enalapril, sertralina, gabapentin, ecc. - l'insorgenza di depressione è un evento comune (=1/100, <1/10) mentre per altri è un evento raro (=1/10.000, <1/1000).

OBIETTIVI. È stata effettuata un'analisi farmacoepidemiologica al fine di valutare l'incidenza delle prescrizioni di questi medicinali che aumentano il rischio di depressione. I farmaci antidepressivi nel 2017 hanno impegnato circa il 20% della spesa farmaceutica convenzionata regionale.

METODI. Sono state analizzate le ricette SSN per pazienti residenti nell'ASL CN2, spedite dalle Farmacie sul territorio, per un'analisi farmacoepidemiologica. Sono stati individuati i pazienti che nel primo trimestre 2018 hanno utilizzato farmaci antidepressivi della classe ATC N06A; di questi sono state valutate le prescrizioni del 2017 individuando i medicinali più comunemente prescritti a rischio di indurre depressione o suicidio.

RISULTATI. I pazienti che nel primo trimestre 2018 hanno ricevuto almeno una prescrizione di un farmaco antidepressivo della classe ATC N06A sono stati 9384, più del 5% della popolazione residente. Il 68% maschi e più del 57% over sessantacinquenni. Le prescrizioni del 2017 evidenziano che la stessa popolazione già stava assumendo farmaci antidepressivi in grado di promuovere la depressione in percentuale pari all'87% (sertralina, amitriptilina, fluoxetina, ecc). Il 16% della popolazione nel 2017 ha assunto farmaci antipertensivi che aumentano il rischio di depressione (metoprololo, atenololo, enalapril, quinapril); il 14% ha utilizzato farmaci antiacidi (omeprazolo, ranitidina, esomeprazolo) ed il 7% farmaci analgesici (idrocodone, tramadolo, ibuprofene, ciclobenzapirina). Altri farmaci che possono causare depressione, assunti da meno del 5% della popolazione, sono antiepilettici (gabapentin, topiramato), diazepam, agenti respiratori (montelukast, cetirizina), hormone modifiers (etinil estradiolo, estradiolo, finasteride). Analizzando le associazioni è risultato che la popolazione esposta in terapia con almeno uno di questi farmaci è stata il 64%; il 26% ne ha assunto almeno 2 ed il 7% almeno 3. Sono stati individuati anche 4 pazienti che nel 2017 hanno ricevuto prescrizioni di almeno 7 di questi farmaci.

LIMITI. Gli studi in merito sono limitati ed è difficile correlare l'insorgenza del disturbo depressivo con la somministrazione di uno o più farmaci e ciò non promuove la segnalazione di eventi avversi, rendendo imprecisa l'incidenza della depressione quale effetto collaterale. Considerato che alcuni di questi farmaci sono classificati in fascia C e acquistabili non a carico del SSN, o di libero acquisto (SOC o OTC), l'analisi farmacoepidemiologica derivata è evidentemente sottostimata.

CONCLUSIONI. L'aumento dell'aspettativa di vita della popolazione comporta una frequenza crescente di patologie croniche da cui deriva una complessità delle terapie ed una maggior specializzazione delle cure. La cronicità infine, è associata al declino di aspetti della vita come l'autonomia, la mobilità, la capacità funzionale e la vita di relazione, con conseguente aumento di stress psicologico, e di ospedalizzazioni. La politerapia è dunque sempre più frequente nella popolazione e lo svilupparsi di reazioni avverse al farmaco è causa di ospedalizzazione o altrettanto pericolose assunzioni di ulteriori terapie farmacologiche. Un maggior coinvolgimento di figure professionali quale il farmacista ospedaliero, con una approfondita conoscenza delle caratteristiche farmacocinetiche e farmacodinamiche dei farmaci può essere di aiuto al Medico nel contrastare gli errori terapeutici.

Autore per la corrispondenza: D'anna Stefano – Azienda Sanitaria Locale CN2 Alba-Bra – Email: danna-stefano@libero.it

71. Nursing Vigilance: sviluppo di uno strumento di valutazione

De Luca Walter[1], Dignani Lucia[2], Girotti Susi[2], Mazzufero Fabio[2], Simonetti Elisabetta[2], Guarinoni Milena Giovanna[3], Faccilongo Mario[2], Bozzi Filippo[2], Natalini Romano[2], Toccaceli Andrea[2]

[1]ASUR Marche - Area Vasta n. 1, [2]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti, [3]Università degli Studi di Brescia

BACKGROUND. La Nursing Vigilance (NV), o sorveglianza infermieristica, è un processo costante, ampio e complesso, che incorpora attività come la valutazione degli assistiti, la raccolta dati, il riconoscimento e l'interpretazione di segni e sintomi, ed ha lo scopo di assumere decisioni assistenziali, facilitare il rescue e prevenire gli eventi avversi. La NV viene attuata principalmente dall'infermiere, ma possono partecipare alla pratica equipe multidisciplinari, personale di supporto, caregivers e l'assistito stesso. La NV è riassumibile in tre punti fondamentali: attenzione e identificazione di segnali clinicamente significativi; calcolo del rischio inerente alle attività infermieristiche; prontezza ad agire in maniera appropriata ed efficace per minimizzare i rischi. Una NV gestita in modo appropriato è in grado di influenzare positivamente l'outcome clinico-assistenziale. Tuttavia, nonostante l'importanza della Nursing Vigilance in termini di sicurezza e qualità, non sono disponibili in letteratura strumenti in grado di misurare il fenomeno. Diviene quindi interessante creare uno strumento quantitativo che possa indagare il fenomeno nei contesti assistenziali.

OBIETTIVI. – realizzare uno strumento di valutazione del fenomeno della Nursing Vigilance; – valutare la coerenza interna dello strumento creato.

METODI. Lo studio è stato condotto in due fasi. La prima ha portato alla realizzazione di un nuovo strumento mediante metodo Delphi. Per la costituzione del panel di esperti sono stati individuati 8 infermieri, professionisti nell'area dell'organizzazione, del risk management, della formazione, dell'ambito clinico di setting medico e di area critica. Sono stati condotti 3 round di indagine. Nel primo round sono state sottoposte al panel di esperti delle aree semantiche di indagine della NV, ricavate da due studi qualitativi precedentemente condotti. Nel secondo round il panel di esperti ha espresso un parere sugli items da inserire nello strumento, sulla base delle aree semantiche ritenute appropriate. Nel terzo round il panel di esperti ha valutato la suddivisione in aree degli items e la struttura generale dello strumento creato. Nella seconda fase dello studio è stata condotta un'indagine osservazionale che ha previsto la somministrazione dello strumento creato su un campione pilota di 30 infermieri appartenenti al setting di area critica e di area medica di un ospedale marchigiano.

RISULTATI. Hanno aderito alla costituzione del panel di esperti 7 professionisti, che hanno lavorato in cieco. I profili dei professionisti erano: 3 esperti in organizzazione, risk management e formazione con ruolo di posizione organizzativa, 1 esperto di ricerca con un numero di pubblicazioni su riviste indicizzate superiore a 5, 2 infermieri clinici di area critica e 1 di area medica con un'esperienza superiore a 5 anni nel setting di riferimento. Il panel di esperti al termine dei 3 round ha individuato 33 items da inserire nello strumento di valutazione della Nursing Vigilance. Gli items sono stati suddivisi in 7 aree: Contesto organizzativo; Struttura/ambiente; Lavoro in equipe; Osservazione continua; Livello di competenze; Utilizzo di strumenti; Monitoraggio. Per ciascun items è stata prevista una risposta su scala likert (da 0 a 3) su cui esprimere il proprio grado di accordo (0 = completo disaccordo – 3 = completo accordo). Lo strumento è stato testato su un campione di 27 infermieri (response rate 90%) appartenenti all'area critica e al setting medico, prevalentemente femminile (74,1%), con un'età media di 39,6 anni (DS 8,4), un'esperienza lavorativa media di 15 anni (DS 9,2) e un'esperienza nell'area di appartenenza di 10,6 anni (DS 8,8). La valutazione della consistenza interna mediante Alpha di Cronbach, sia in termini di dati aggregati che per ogni singolo item, ha restituito valori del 97%.

LIMITI. Il principale limite dello studio è rappresentato dalla ridotta numerosità campionaria della fase pilota.

CONCLUSIONI. Attraverso la metodologia Delphi è stato creato un nuovo strumento di valutazione della NV da parte del personale infermieristico. Lo strumento, testato nel setting medico e di area critica, ha rivelato una buona consistenza interna. Lo strumento può essere utilizzato in studi multicentrici con più ampi campioni, per affinarne la struttura e per indagare il fenomeno della Nursing Vigilance.

Autore per la corrispondenza: Dignani Lucia – Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali –
Email: luciadignani@yahoo.it

72. L'emocoltura: un percorso multiprofessionale di miglioramento della qualità

De Luigi Anna[1], Lovera Paola[1], Ardizzi Elena[1], Pelassa Stefania[1], De Renzi Giuseppe[1], Viberti Giuseppina[1], Bianco Ornella[1], Silvaplana Paola[1], Samiolo Angela[2], Sottile Martina[2]

[1]Azienda Ospedaliero-Universitaria San Luigi Gonzaga, *[2]Libero professionista*

BACKGROUND. L'emocoltura rappresenta il gold standard nella diagnosi microbiologica della sepsi e/o febbre di origine ignota e viene considerata un importante contributo del microbiologo nella gestione del fenomeno sepsi. La non corretta esecuzione del prelievo può falsare i risultati; il 46-68% degli errori avvengono nella fase pre analitica. Il tasso di contaminazione è indicato in letteratura mediamente tra il 2-3%, con variazioni significative nei diversi ospedali (dallo 0.6% al 6%). Sono considerate accettabili percentuali inferiori al 3%, (Clinical and Laboratory Standard Institute), come standard di riferimento per i laboratori di Microbiologia Clinica. L'aderenza alle linee guida, nelle fasi di prelievo e pre-analitiche, favorisce la sicurezza dei pazienti ed è associata a risultati positivi clinici e economici. In un percorso volto al miglioramento della qualità dell'assistenza, presso l'AOU San Luigi di Orbassano, ha preso avvio un progetto volto a ridurre gli errori in fase pre-analitica e l'inappropriatezza in campo microbiologico per l'indagine dell'emocoltura.

OBIETTIVI. Valutare l'efficacia di un percorso formativo-informativo rivolto al personale infermieristico nel ridurre la variabilità dell'esecuzione della tecnica di prelievo per emocoltura e la contaminazione dei campioni.

METODI. È stato condotto uno studio pre-post con metodi misti quanti-qualitativi. Le rilevazioni quantitative sono state effettuate da campioni per l'esame dell'emocoltura inviati in due semestri pre e post diffusione della procedura. I campioni sono stati processati con metodiche standard di laboratorio, utilizzando criteri da letteratura per determinare la contaminazione. È stato utilizzato un test di confronto tra proporzioni con metodo non parametrico. Sono stati condotti focus group con infermieri e ripetuti a sei mesi dalla diffusione della procedura, ritenendo la metodica idonea ad acquisire in tempi rapidi le informazioni. La procedura è stata diffusa dal gruppo multidisciplinare attraverso metodi proattivi. Lo studio è stato approvato dalla Direzione aziendale; si è mantenuto il rispetto dell'anonimato dopo aver ottenuto il consenso.

RISULTATI. Sono stati coinvolti nei Fg 41 infermieri, 19 nella fase pre e 22 nel post, di cui 36 donne, con un'età media di 39 anni nel pre e 40 nel post ed un'anzianità di servizio di 16 e 17 anni. Nei focus pre, i campi di scarsa aderenza alla procedura sono stati la disinfezione della cute, la preparazione dell'operatore, la disinfezione del tappino del flacone e il prelievo da cvc. Nei Fg effettuato a sei mesi dalla diffusione della procedura, risultavano migliorati alcuni campi ma ancora al di sotto dell'80% di aderenza la preparazione dell'operatore, lo scarto del materiale da CVC e il numero corretto di campioni. Sono stati analizzati i campioni di 1262 richieste, 3065 sets e 6130 campioni, nel semestre marzo-agosto 2015 e 1080 richieste, 2146 sets e 4292 campioni, nel 2016. In entrambi i semestri, i pazienti sottoposti ad emocoltura avevano un'età media di 65 anni, il 58% era di sesso maschile. I patogeni più rappresentati erano lo Staphylococcus aureus, Escherichia coli e Candida albicans (36,1% nel 2015 e 44,4% nel 2016). I germi definiti come possibili contaminanti sono stati identificati nel 39,9% dei campioni positivi nel 2015 e nel 26,6% nel 2016 (p=2.042e-07). Nel 2016 si è registrata una riduzione del 56,8% del numero dei campioni contaminati (7.4% nel 2015 al 3.2% nel 2016; X-squared=18.408, p=1.783e-05).

LIMITI. Campione esiguo di Infermieri. Breve durata dell'osservazione, a ridosso della diffusione della procedura.

CONCLUSIONI. L'aderenza alla procedura aziendale è aumentata. Sfugge ancora agli infermieri la sintomatologia su cui si basa la prescrizione dell'indagine: unici sintomi che costituiscono criterio di prescrizione sono la TC > 38.5°C con brividi. L'effettuazione del lavaggio sociale delle mani anziché antisettico e l'utilizzo di guanti monouso potrebbero rappresentare un fattore di contaminazione. Nel prelievo da CVC rimangono questioni aperte: lo scarto di materiale prima del prelievo può incidere sul corretto risultato dell'emocoltura. I dati di laboratorio dimostrano una reale riduzione dei campioni contaminati (-56.8%, p=1.783e-05). L'evidenza è rafforzata dal riscontro di un minor numero di isolati appartenenti al gruppo dei possibili contaminanti (-32.7%, p=2.042e-07) e confermata da un RR di 1.5 (IC 95%: 1.27+1.73). La presenza di contaminanti dipende dalla tecnica di prelievo; si può ritenere che la riduzione nel 2016 sia associata ad un aumento di prelievi corretti. La breve durata dell'osservazione può aver influito sulla moderata forza di associazione. La variabilità della pratica rilevata nel 2015, potrebbe giustificare il risultato del test ?2 (p-value = 0.1222): le differenze erano così diffuse che nessuna area era più differente di altre. L'area medica è l'unica che abbia mostrato una differenza significativa tra il 2015 e il 2016 (p-value = 0.0003, RR = 3.4 – IC95% 1.27 ÷ 1.73).

Autore per la corrispondenza: De Luigi Anna Rita – Azienda Ospedaliero-Universitaria San Luigi Gonzaga – Email: a.deluigi@sanluigi.piemonte.it

73. Valutazione degli episodi febbrili nei pazienti ematologici

De Marcis Jlenia[1], Traini Tiziana[1], Manocchi Katia[2], Andreucci Marida[1], Galieni Piero[2]

[1]Università Politecnica delle Marche, [2]ASUR Marche - Area Vasta n. 5

BACKGROUND. Contrarre infezioni nel paziente ematologico, significa provocare un grande rischio evolutivo per la salute. Alcuni studi hanno dimostrato che: "Le infezioni sono causa di morte nell' 80% dei pazienti affetti da leucemia acuta". Sono stati monitorati i segni e sintomi clinici dell'infezione e anche altre manifestazioni patologiche, quali la Profilassi dalle Complicanze Infettive e l'eventuale comparsa di Mucosite Iatrogena. Il trattamento profilattico con Levofloxacina, quale profilassi delle complicanze infettive, è considerato un metodo efficace e ben tollerato per impedire gli episodi febbrili nei pazienti neutropenici, assume un ruolo importante per il paziente ematologico. È altrettanto significativa l'eventuale comparsa di Mucosite Iatrogena, in quanto ha un impatto fortemente debilitante sul paziente.

OBIETTIVI. L'obiettivo dello studio è la rilevazione dell'entità degli episodi febbrili in relazione alla classificazione dei germi patogeni responsabili del processo infettivo, evidenziando il confronto con la terapia antibiotica mirata.

METODI. Il disegno di studio è di tipo osservazionale-descrittivo, no-profit e monocentrico e non prevede approcci terapeutici o diagnostici diversi da quelli in uso. È stata effettuata un'analisi retrospettiva delle cartelle cliniche dei pazienti, che soddisfacevano le caratteristiche dei criteri di arruolamento. Il Timing ha avuto durata un anno: dal 1 ottobre 2017 al 30 settembre 2018. Sono stati esclusi tutti i pazienti che afferivano all' U.O di Ematologia con ricovero non ordinario, o con diagnosi diversa da Leucemia Acuta Linfoide o Mieloide e anche tutti quelli che ne afferivano con altra diagnosi ematologica ma non in attesa di Trapianto di cellule emopoietiche staminali.

RISULTATI. Il campione arruolato è composto complessivamente da 53 pazienti, che hanno effettuato 107 accessi (ogni paziente ha effettuato da un minimo di 1 a un massimo di 6 accessi). Le patologie incluse nello studio sono: – LAL- Leucemia acuta Linfoide 12% – LAM- Leucemia acuta Mieloide 49% – LH- Linfoma di Hodgkin 2% – LNH- Linfoma non Hodgkin 15% – MDS- Sindrome Mielodisplasica 2% – MM- Mieloma Multiplo 21% La maggior parte dei pazienti partecipanti allo studio (34), sono stati sottoposti a Trapianto di cellule staminali emopoietiche. I casi di Mucosite Iatrogena registrati, sono stati del 44%. Riguardo la terapia profilattica, è emerso che: – Antibatterica – 73% Levofloxacina – Antimicotica – 59% Clorexina+Mycostatin e 37% Fluconazolo – Antivirale – 69% nessuna profilassi Si sono registrati 119 eventi febbrili totali, con la predominanza della FUO – 51%. I germi patogeni totali isolati, sono stati 57, con la predominanza dell'Escherichia Coli 23%, inoltre, è stata registrata la presenza di Klebsiella Pneumonie 5%. La terapia empirica è stata somministrata nel 66% degli accessi, prediligendo Ceftazidime + Amikacina 66%. Ne emerge che, nel 50% dei casi è stata determinata una defervescenza febbrile, ma nel restante 50% la stasi di una persistenza febbrile. La percentuale di decesso registrata è del 4%; nel 2% dei casi è secondaria alla Setticemia.

LIMITI. Impossibile redigere la lista completa dell'intero campione arruolabile. Inoltre, l'attività frenetica di reparto, non sempre permetteva di avere a disposizione le cartelle cliniche "complete" (mancando in alcune cartelle, i referti degli esami culturali, nel periodo di arruolamento nello studio, è stato deciso di scartarle, per non creare bias di informazione (information bias).

CONCLUSIONI. La principale emergenza in ospedale è rappresentata dalla resistenza alla classe di antibiotici carbapenemi, presente nei batteri Gram- come la Klebsiella Pneumoniae e l'Escherichia Coli. L'Italia si pone al secondo posto della classifica Europea dopo la Grecia (25-50%), per la maggior frequenza di infezioni da Klebsiella Pneumonie. Tali microrganismi resistenti sono responsabili di gravi infezioni ed hanno la capacità di diffondersi molto rapidamente all'interno degli ospedali causando epidemie. Il loro tratto di resistenza è dovuto prevalentemente all'emergere di nuove β–lattamasi capaci di idrolizzare i carbapenemi. La loro rapidità nel replicarsi e diffondersi deriva molto spesso da un comportamento non adeguato da parte degli operatori che circondano il paziente, in quanto i batteri come l'Escherichia Coli e la Klebsiella Pneumonie sono molto presenti nell'ambiente sanitario, ed hanno la capacità di trasmettersi per contatto e di colonizzare le mani degli stessi operatori se non accuratamente igienizzate. Al fronte del problema e dell'incidenza che ha registrato, l'OMS individua 5 momenti in cui l'igiene delle mani è fondamentale: – Prima di entrare a contatto con il paziente; – Prima di eseguire delle procedure; – Dopo essere stati a contatto con pazienti portatori di device per liquidi biologici; – Dopo essere stati a contatto con il paziente; – Dopo essere stati a contatto con ciò che circonda il paziente.

Autore per la corrispondenza: Traini Tiziana – Università Politecnica delle Marche – Email: t.traini@univpm.it

74. Infermieri mentor e studenti infermieri: la didattica nella clinica

Deidda B[1], Mastronardi L[1], Fiorentini Rita[2], Fiorani Catia[2], Bacaloni Simona[2], Liberati Stefania[2], Maccari Corrado[2], Buccolini Mara[1]

[1]ASUR Marche - Area Vasta n. 3, [2]Università Politecnica delle Marche

BACKGROUND. Per ridurre il divario e l'impreparazione dei professionisti impegnati nel Dipartimento di emergenza, risulta efficace investire nella formazione infermieristica fin dall'università (Mendoça et al, 2018). Uno degli obiettivi più importanti della formazione clinica è quello di consentire agli studenti di integrare le loro conoscenze teoriche-pratiche per acquisire le abilità diagnostiche, terapeutiche e di cura (Akyù et al. 2007). Gli infermieri svolgono un ruolo importante nello sviluppo della competenza degli studenti infermieri e agiscono anche come modelli di ruolo durante gli stages clinici (Tuomikoski et al, 2018) Gli studenti possono essere adeguatamente supportati dai mentors clinici nei loro bisogni formativi proprio nel periodo finale degli studi e prima di entrare nel contesto lavorativo Cooper et al., 2005; Ross and Clifford, 2002).

OBIETTIVI. • valutare quali skills oggetto dell'apprendimento clinico sono state esperite dagli studenti infermieri durante il tirocinio in Pronto Soccorso • integrare le attività non esperite con un percorso simulato/guidato realizzato dall'infermiere -mentor. • aumentare l'empowerment degli infermieri mentor.

METODI. Studio osservazionale condotto nel pronto soccorso di Macerata da giugno 2016 ad agosto 2018 relativo alle competenze cliniche acquisite e osservate durante il tirocinio del III anno di corso. Il tirocinio clinico prevedeva per ciascun studente una presenza di 5-6 settimane articolata in turni nell'arco delle 24 ore. In ciascun turno era presente uno dei 5 infermieri mentor. Gli studenti arruolati nello studio sono stati 115. A questi, l'infermiere mentor ha chiesto di compilare una scheda di autovalutazione delle competenze. 93 studenti hanno aderito allo studio. La scheda di autovalutazione è composta da 30 skills di apprendimento riferite a 5 macroaree: 1. gestione accessi vascolari in emergenza 2. triage infermieristico 3. gestione vie aeree 4. gestione delle ustioni 5. trauma 6. altro Le attività sono state anche oggetto di simulazione ed esercitazione guidata da parte degli infermieri mentor a metà del percorso di tirocinio qualora lo studente non avesse avuto modo di esperire le stesse, compatibilmente alle attività cliniche. Sono state escluse dall'osservazione le skills dell'apprendimento considerate come competenze di base perché ritenute già acquisite nel percorso formativo del primo e secondo anno.

RISULTATI. Le competenze maggiormente acquisite dagli studenti sono state quelle relative alla gestione degli accessi vascolari in emergenza. Il 100% degli studenti ha infatti eseguito il cateterismo venoso periferico e lo stesso è stato oggetto di approfondimento da parte degli infermieri mentor per l'88% degli studenti. Circa la metà degli studenti ha gestito un catetere venoso centrale e ne ha simulato le attività per l'89%. La gestione delle vie aeree e della respirazione è stata eseguita da una percentuale inferiore di studenti: l'assistenza all'intubazione oro tracheale è stata eseguita solo dal 24% a fronte dell'88% che ha avuto la possibilità almeno di simularla; analoghi risultati per la skill "utilizzo del pallone autoespandibile" (esperita nel 33% e simulata nel 89%), maggiore la percentuale di studenti che ha applicato la CPAP (58%) Gli studenti, sotto la supervisione degli infermieri mentor, hanno partecipato all' assegnazione di codice colore di triage fornendo nel 74% codice verde, nel 68% codice giallo e nel 45% codice rosso. Il 90% degli studenti hanno effettuato una simulazione dei codici colore. Minori le percentuali delle skills relative la gestione del trauma maggiore e delle ustioni probabilmente correlata all'assenza di un trauma center presso il presidio ospedaliero di riferimento. Anche la simulazione ha riguardato un numero inferiore di studenti che si attesta su una media del 51% Il sondino naso gastrico a scopo decompressivo ed evacuativo è stato inserito dal 68% degli studenti e simulato dal 89%.

LIMITI. La scheda di rilevazione è stata redatta empiricamente sulla base dell'esperienza degli infermieri mentor in quanto non disponibili strumenti validati da utilizzare allo scopo. Inoltre sarebbe utile ripetere lo studio in altri setting assistenziali per verificare che i risultati ottenuti non siano in parte legati alle condizioni strutturali e organizzative.

CONCLUSIONI. Tutte le skills sono state esperite anche se con percentuali variabili. L'analisi statistica rileva una correlazione positiva tra le percentuali riferite alle attività effettuate e simulate in quanto paradossalmente la simulazione è maggiore la dove le attività sono più esperite segno che non sempre l'assenza di esperienza pratica è stata colmata con attività simulata L'offerta formativa dell'unità operativa di pronto soccorso è amplia, purtroppo non sempre gli studenti hanno potuto beneficiare di tutte le opportunità.

Autore per la corrispondenza: Liberati Stefania – Università Politecnica delle Marche –
Email: stefanialiberati70@gmail.com

75. Obiettivo femori entro 48 ore in ASL TO3: Un piano operativo di governance per il miglioramento degli esiti

Del Din Rainero, Passi Stefano, Grio Michele, Morelli Pamela, Minniti Davide, Rebora Monica, Boraso Flavio

ASL TO3

BACKGROUND. Le linee guida internazionali concordano sul fatto che in corso di frattura di femore l'intervento chirurgico costituisce il trattamento più appropriato in termini di ripresa della funzionalità e miglioramento della qualità della vita, esiti raggiungibili quando l'intervento viene eseguito entro 48 ore dall'accesso ospedaliero. Tale indicatore ha acquisito nel tempo un peso nella programmazione sanitaria costituendo uno degli obiettivi di monitoraggio delle aziende sanitarie.

OBIETTIVI. L'obiettivo del presente lavoro è la descrizione dei risultati ottenuti grazie alle azioni migliorative di governance realizzate nella programmazione del blocco operatorio del Presidio Ospedaliero di Rivoli (ASLTO3).

METODI. Il progetto si è strutturato nelle seguenti fasi: Fase 1: analisi del livello di performance attuale relativo all'indicatore (febbraio-luglio 2018) Fase 2: analisi del percorso operatorio del paziente e dei sottoprocessi Fase 3: definizione dei punti "alert" di rallentamento/peggioramento del percorso Fase 4: pianificazione ed attuazione di azioni di miglioramento e valutazione dell'esito.

RISULTATI. Dal mese di maggio 2018 sono state implementate presso il Presidio Ospedaliero due azioni migliorative fondamentali: l'attivazione del facilitatore infermieristico di blocco operatorio (con funzioni di "regista" delle attività di sala operatoria in stretta sinergia con la Direzione Medica di Presidio e l'istituzione di una riunione settimanale di programmazione delle sale operatorie a valenza multidisciplinare. Tali interventi hanno consentito, nel confronto 1°vs 2° trimestre i seguenti risultati: n. femori totali 57 vs 76; % media femori entro 48 ore 40% vs 54.7% con un trend di -30 % nel 1° trimestre vs +18% nel 2° trimestre; riduzione tempo medio cambio sala -20% nel 2° trimestre (100 ore) vs 1° (+125 ore) ed uno scostamento di utilizzo reale del tempo di sala (ore assegnate/utilizzate) di -14.3 % e -2.3 % rispettivamente (1° vs 2° trimestre).

LIMITI. È attualmente in corso il monitoraggio continuo dei risultati secondo gli indicatori predefiniti. I risultati presentati rappresentano il confronto relativo esclusivamente al periodo di sei mesi e nello specifico il primo trimestre versus secondo trimestre, quest'ultimo contraddistinto dall'attuazione di azioni migliorative sul blocco operatorio.

CONCLUSIONI. I risultati ottenuti nel periodo di osservazione mostrano un significativo miglioramento della percentuale di pazienti trattati chirurgicamente entro 48 ore a fronte di azioni di governance sul blocco operatorio con impatto sia sui processi medici sia infermieristici con un outcome interventistico in linea con quanto previsto nel Piano Nazionale Esiti (PNE).

Autore per la corrispondenza: Passi Stefano – Ospedale di Rivoli – Email: spassi@aslto3.piemonte.it

76. La rilevazione della qualità del sonno negli Infermieri e Medici del DEA dell'Area Vasta 5, successiva ad un evento sismico. Uno studio osservazionale

Di Carlo Sara, Traini Tiziana, Andreucci Marida

Università Politecnica delle Marche

BACKGROUND. L'insonnia rappresenta il principale disturbo conseguente l'esposizione ad un trauma (Hall Brown et al., 2015). L'insonnia è un disturbo definito dalla presenza di una o tutte le seguenti tipologie di problemi: difficoltà di addormentamento, difficoltà di mantenimento del sonno durante la notte e risveglio precoce al mattino. Nelle persone che hanno vissuto un evento traumatico, gli incubi rappresentano una delle modalità (oltre ai flashback e alle memorie indesiderate) in cui, per mesi e anni, viene rivissuto il trauma. L'elevato hyperarousal associato alla presenza degli incubi, determina difficoltà di addormentamento e di mantenimento del sonno, in quanto la vittima può sperimentare molta paura e preoccupazione che nuovi incubi si possano ripresentare durante la notte. La variazione della qualità del sonno negli Infermieri e Medici del Dipartimento di Emergenza dell'Area Vasta 5, a distanza di due anni dal terremoto del 24 agosto 2016 può avere inevitabilmente contribuito ad incrementare il grado di stress fisico e psicologico, in conseguenza del notevole aumento del carico di lavoro dei Professionisti Sanitari. I disturbi del sonno possono influenzare negativamente il funzionamento cognitivo ed emotivo, rinforzare la sintomatologia depressiva e costituire un fattore di rischio per lo sviluppo e il mantenimento del Disturbo Post-Traumatico da Stress, anche a distanza di anni. Il termine Disturbo Post-traumatico da Stress (DPTS) indica tutti i quadri successivi all'esposizione a traumi, shock, eventi e situazioni non usuali che sono seguiti da una sofferenza psichica protratta. Sintomi tipici, descritti dai pazienti affetti dal disturbo, sono aumentata vigilanza, che può manifestarsi con insonnia, irritabilità e difficoltà di concentrazione, angoscia e paura persistenti, evitamento degli stimoli associati al trauma, tendenza a rivivere l'evento in ricordi, sogni, illusioni e flashback e compromissione della funzionalità psicosociale e lavorativa.

OBIETTIVI. L'obiettivo generale dello studio è quello di valutare il Ritmo Circadiano e le variazioni della qualità del sonno indotte dopo l'esposizione ad un evento traumatico negli Infermieri e Medici del Dipartimento di Emergenza dell'Area Vasta 5, alla distanza di due anni dal terremoto del 24 agosto 2016.

METODI. È stato condotto uno Studio Osservazionale di tipo trasversale che non prevede approcci diagnostico-terapeutici. Il campione arruolato è costituito da Infermieri e Medici del Dipartimento di Emergenza e Urgenza dell'ASUR Area Vasta 5, alla distanza di 2 anni dall'evento sismico del 24 agosto 2016. Il percorso di raccolta dati è compreso nel periodo che va dal 7 agosto 2018 al 13 settembre 2018. È stato somministrato il questionario validato Pittsburgh Sleep Quality Index-Addendum (PSQI-A), che comprende 13 items. L'elaborazione dei dati è avvenuta tramite il software del programma di calcolo Microsoft Excel®.

RISULTATI. su un totale di 107 questionari compilati dai professionisti, il 71% sono Infermieri mentre il 29% Medici. Gli infermieri di sesso maschile che hanno partecipato allo studio, rappresentano l'81% del totale del campione, rispetto ai professionisti Medici del genere maschile. Le infermiere del genere femminile, rappresentano invece il 61% delle donne arruolate nello studio. Dall'analisi dei dati ottenuti tramite la somministrazione del questionario PSQI-A, emergono difficoltà dell'addormentarsi, persistenti risvegli e in generale una ridotta qualità del sonno, registrata nell'ultimo mese. Si evince chiaramente però che il campione esaminato, non dimostra difficoltà significative tali da essere considerate patologiche. Da quanto emerge dall'analisi dei risultati del PSQI-A ottenuti attraverso un punteggio strutturato attraverso la scala Likert che va da 0 a 3, la media dei valori si discosta di poco dall'1.75, valore soglia identificato come punteggio di Cut-off.

LIMITI. Il primo limite dello studio è costituito dal setting ristretto nel quale è stato condotto lo studio, il secondo limite è rappresentato dal numero dei questionari restituiti dai professionisti Infermieri e Medici, non coerente con il numero dei questionari distribuiti nel campione individuato per lo studio.

CONCLUSIONI. Da quanto emerso dallo studio i professionisti medici e infermieri degli Stabilimenti Ospedalieri "C. & G. Mazzoni" e "Madonna Del Soccorso" delle Unità Operative C.O. 118 e Pronto Soccorso, non mostrano significative carenze nella qualità del sonno tali da essere considerate patologiche. Ciò determina che le alterazioni riscontrate nei professionisti, più o meno latenti, potrebbero non contestualizzarsi nelle conseguenze post traumatiche a lungo termine e quindi non essere collegate all'evento terremoto. Le cause potrebbero essere molteplici. Si potrebbe risalire a cause di tipo organizzativo, come quelle legate alla turnistica oppure alla ripartizione delle attività lavorative all'interno dell'Unità Operativa.

Autore per la corrispondenza: Andreucci Marida – Università Politecnica delle Marche –
Email: m.andreucci@pm.univpm.it

77. Il ruolo del nucleo operativo provinciale (NOP) nella gestione delle eccezioni prescrittive in Emilia Romagna

Di Castri Lucio, Lapadula Silvia, Giusto Maria Luigia

Azienda USL di Piacenza

BACKGROUND. La necessità di razionalizzare l'impiego dei farmaci, garantendone allo stesso tempo l'uso appropriato, sicuro ed efficace, ha reso indispensabile nell'Area Vasta Emilia Nord (AVEN) l'avvio di un progetto volto a monitorare le richieste di utilizzo di terapie con indicazioni, vie e schemi di somministrazione difformi da quelle autorizzate. A tale scopo sono stati istituiti i Nuclei Operativi Provinciali (NOP), ciascuno rappresentato da un'equipe aziendale multidisciplinare composta da specialisti di diverse Unità Operative che valuta l'utilizzo ragionevole dei farmaci off-label, di quelli non inseriti in Prontuario Terapeutico Regionale (extra-PTR) o utilizzati non conformemente alle linee guida, e di quelli con condizioni di rimborsabilità non definite (in classe CNN).

OBIETTIVI. Scopo del lavoro è descrivere la procedura operativa che definisce la gestione delle richieste personalizzate, dalla loro ricezione all'emissione del parere del NOP, illustrandone l'attività in continua crescita.

METODI. I clinici dispongono di un modulo di richiesta nominale che inviano al farmacista ospedaliero. Egli predispone una tabella pre-valutativa del caso clinico che discute in sede di riunione con i componenti del NOP. A seguito di questa discussione viene espresso un parere favorevole/non favorevole che viene formalizzato con un verbale a tutti gli interessati. In seguito al parere, i campi del modulo di richiesta vengono inseriti nella piattaforma Siseps-Eccezioni Prescrittive. Dalla piattaforma sono state elaborate ed analizzate tutte le richieste pervenute.

RISULTATI. Dal 2014 a novembre 2018 sono state ricevute 200 richieste: 1 nel 2014, 36 nel 2015, 33 nel 2016, 76 nel 2017, 54 nel 2018. I tre principali ambiti terapeutici a cui afferiscono le richieste sono oncologia/ematologia (89 richieste), allergologia (49), neurologia (32). Si tratta di 95 di richieste off-label, 103 richieste di farmaci extra-PTR e utilizzati non conformemente alle linee guida, 2 richieste di farmaco in classe CNN. Sono state inviate ai clinici 59 richieste di relazioni d'esito relative ad approvazioni avvenute dal gennaio 2017 che prevedono il follow-up entro ottobre 2018. 23 sono le relazioni pervenute.

LIMITI. Non sono disponibili le relazioni d'esito delle approvazioni degli anni antecedenti al 2017 e sono in corso di ricezione quelle richieste. Trattasi perciò di un work in progress che potrà ottenere risultati analizzabili solo nel tempo.

CONCLUSIONI. Il NOP costituisce un piano di gestione del rischio legato alla Clincal Governance che lega gli aspetti clinici ed il management di eccezioni prescrittive, in particolare di farmaci innovativi ad alto costo e con monitoraggio intensivo. Le prospettive future prevedono di ottenere per tutte le approvazioni il follow-up per valutare l'efficacia delle terapie. Il farmacista ospedaliero ha un ruolo fondamentale nel presiedere il confronto interdisciplinare con altri specialisti, poiché valuta e monitora le richieste, coordina le sedute di valutazione e regolamenta la successiva distribuzione dei farmaci.

Autore per la corrispondenza: Di Castri Lucio – Azienda USL di Piacenza – Email: L.DiCastri@ausl.pc.it

78. Le alterazioni del gusto e dell'olfatto in una coorte di pazienti sottoposti a chemioterapia

Di Donato Eleonora[1], Traini Tiziana[1], Andreucci Marida[1], Manocchi Katia[2]

[1]Università Politecnica delle Marche, [2]ASUR Marche - Area Vasta n. 5

BACKGROUND. Il sistema gustativo dell'uomo riconosce numerosi stimoli gustativi i quali possono essere ricondotti a una delle qualità primarie: Dolce, Amaro, Salato, Acido ed Umami, che a seguito di trattamenti chemioterapici possono subire delle alterazioni che prende il nome di Disgeusia. Il paziente chemio trattato li percepisce non più come primari ma come Sapore metallico, Sapore di carta o addirittura avere l'assenza totale del sapore. Questo accade anche per il sistema olfattivo il quale è capace di riconoscere numerosi odori e per questo vengono distinti in 7 odori primari: Canfora, Muschio, Fiori, Menta, Etere, Pungente e Putrido. Anch'essi a seguito del trattamento chemioterapico subiscono un'alterazione, chiamata Disosmia, che li manifesta come Assenza di odori, Odori cattivi e Odori inesistenti. Lo sviluppo di alterazioni del gusto e dell'olfatto non sono conseguenze rare nei trattamenti chemioterapici ma spesso vengono minimizzati e sottovalutati dal personale sanitario e dai pazienti stessi.

OBIETTIVI. Obiettivo dello studio è quello di verificare se gli assistiti hanno sviluppato un'alterazione del gusto e/o dell'olfatto, se ne comunicano la presenza dei sintomi e/o i motivi per i quali, talvolta, omettono la comparsa degli stessi ed infine quello di verificare il livello di informazioni fornite dall'equipe medico-infermieristica.

METODI. Lo studio ha interessato una coorte omogenea di 200 pazienti suddivisi tra i due Stabilimenti Ospedalieri di Ascoli Piceno e San Benedetto del Tronto. Si è utilizzato un questionario validato, quale deriva dall'articolo "Taste Changes Experienced by Patients receiving Chemotherapy" (Wickham R. et al. 1999), costruito sulla base di un preesistente questionario. Il questionario è stato somministrato nel rispetto della normativa sulla privacy (D. Lgs. 196/2003). Per la somministrazione dei questionari, è stata chiesta l'autorizzazione alla Direzione Sanitaria dell'Asur Area Vasta 5. La raccolta dati è avvenuta nel periodo compreso tra ilmese di marzo e il mese di giugno 2018. L'elaborazione dei dati è stata realizzata attraverso un database, costruito con il programma di calcolo Microsoft Excel®.

RISULTATI. Dalle caratteristiche del campione emerge che c'è una prevalenza del sesso femminile, che non presenta una sostanziale diminuzione dell'appetito durante la terapia ma nonostante ciò l'alterazione del gusto risulta ben evidente tanto che i cibi non assumono più un gusto particolare. In concomitanza su 120 pazienti con alterazione del gusto rispetto ai 200 arruolati, 61 di loro presentano anche un'alterazione dell'olfatto, riscontrabile con un'anosmia e cioè l'assenza totale della percezione degli odori. I pazienti arruolati risultano per la maggior parte informati sui possibili effetti collaterali legati alla chemioterapia, in forma orale dal medico nel momento iniziale della presa in carico. Dai dati raccolti quindi il 60% dei pazienti presenta alterazioni del gusto e il 30,5% alterazioni dell'olfatto. I risultati riguardanti le alterazioni del gusto sono sovrapponibili ai dati riportati in letteratura mentre per quanto riguarda le alterazioni dell'olfatto la percentuale riscontrata è più bassa rispetto a quella riportata in letteratura.

LIMITI. Lo studio ha interessato solo pazienti maggiorenni, sottoposti ad un ciclo di chemioterapia per le neoplasie che hanno colpito la Mammella, il Colon, il Polmone, lo Stomaco, il Pancreas ed i Linfomi.

CONCLUSIONI. Considerando le complicanze emerse nella rilevazione dei sintomi dell'alterazione del gusto e dell'olfatto, diventa imprescindibile e necessariamente auspicabile adottare un protocollo informativo nei confronti dei pazienti, all'inizio della presa in carico, sull' eventualità di comparsa dei sintomi, poiché in alcuni casi, anche se non sempre indicato nella scheda tecnica del farmaco, esiste la reale possibilità di sviluppare tali complicanze. Contestualmente è necessario far presente che gli infermieri nell'atto del prendersi cura dei pazienti chemio trattati, devono erogare un'educazione sanitaria basata sull'ascolto, sulla raccolta delle informazioni e sulla rilevazione dei loro bisogni assistenziali. Elementi necessari per costruire un'efficace relazione ed alleanza terapeutica infermiere – paziente. Dalla considerazione di tutti questi elementi nasce la proposta di creare una scheda sintetica di rilevazione delle alterazioni del gusto e dell'olfatto al fine di evidenziare l'intera presa in carico del paziente, durante tutte le fasi del processo di nursing.

Autore per la corrispondenza: Andreucci Marida – Università Politecnica delle Marche –
Email: m.andreucci@pm.univpm.it

79. Valutazione della qualità di compilazione delle Cartelle Cliniche e sperimentazione di interventi migliorativi: Field Study nella ASL1 – Avezzano, Sulmona, L'Aquila

Di Donna Federica[1], Scatigna Maria[1], Micolucci Giovanna[2], Iacutone Giovanni[2], Tordera Rinaldo[2], Fabiani Leila[1]

[1]Università degli Studi dell'Aquila, [2]ASL 1 Avezzano-Sulmona-L'Aquila

BACKGROUND. La Cartella Clinica (CC) è uno strumento del sistema informativo sanitario essenziale per la qualità del percorso diagnostico-terapeutico degli assistiti e per la gestione economico-amministrativa dei servizi erogati. Secondo gli standard internazionali le sue funzioni sono: fornire le informazioni necessarie per l'appropriatezza e la continuità assistenziale; consentire la tracciabilità delle attività svolte; facilitare la collaborazione tra le diverse competenze professionali nel processo di diagnosi e cura; fornire informazioni necessarie alle esigenze amministrative, gestionali e legali nell'interesse delle strutture eroganti e della persona assistita; infine, rendere disponibili dati per la ricerca scientifica in ambito clinico e sanitario. La CC deve rispondere a requisiti strutturali e qualitativi per i quali sono stati individuati i criteri ed elaborate linee guida a livello nazionale e locale, rivolte ad enti pubblici e privati: l'organizzazione in Sezioni e singoli Componenti; le dimensioni della qualità (Veridicità, Completezza, Chiarezza, Tempestività, Tracciabilità, Pertinenza). La CC Elettronica, denominata anche CC Informatizzata o Digitale, costituisce un'evoluzione della CC cartacea in grado di migliorarne l'efficienza e la qualità, oltre a contribuire alla dematerializzazione dei documenti sanitari e alla costruzione di un sistema di networking sanitario, la cosiddetta e-Health.

OBIETTIVI. Allo scopo di valutare il livello di qualità della compilazione delle CC e le possibili strategie di miglioramento, è stato condotto uno studio presso due Direzioni Sanitarie della ASL1 – Avezzano, Sulmona, L'Aquila, in particolare il P.O. Regionale "San Salvatore" dell'Aquila (di seguito denominata 'Struttura-AQ') e la Casa di Cura Privata "L'Immacolata" di Celano (AQ) (di seguito denominata 'Struttura-CÈ) in un arco temporale compreso tra gli anni 2016 e 2018.

METODI. Lo studio si articola in tre fasi: 1) una survey osservazionale a disegno trasversale su 878 CC relative ai ricoveri ordinari; 2) un intervento sperimentale rivolto al target degli operatori sanitari coinvolti nella gestione delle CC, basato sullo svolgimento di focus-groups e valutato con disegno longitudinale non controllato (campioni indipendenti non appaiati pari a 349 CC nel pre-test e 438 CC nel post-test); 3) una indagine previsionale, basata sul giudizio di stakeholders in merito al processo di informatizzazione delle stesse, su un campione di 36 Operatori Sanitari, arruolati su base volontaria. Quali strumenti per la raccolta dei dati sono stati utilizzati: una griglia di valutazione della qualità delle CC e il relativo sistema di scoring sulle dimensioni della qualità (presenza, completezza, firma, leggibilità, tracciabilità) e un Questionario costruito ex-novo per la rilevazione del gradimento della CC Elettronica e la previsione di impatto del suo utilizzo nella pratica professionale.

RISULTATI. Nello studio osservazionale trasversale, sono emerse differenze nei livelli qualitativi complessivi tra le unità operative di area chirurgica e quelle di area medica, non sempre in direzione univoca rispetto alla sezione della cartella valutata e alla struttura sanitaria di riferimento, anche se tendenzialmente migliori nella seconda (medica) come da altre indagini in letteratura; inoltre, le dimensioni specifiche della qualità più problematiche sono risultate l'assenza della documentazione e la rintracciabilità del redattore, particolarmente critiche in singole componenti. Nello studio-intervento, il confronto dello score complessivo pre-test vs post-test mette in evidenza un miglioramento sempre significativo per tutte le Unità Operative e per tutte le Sezioni della Cartella Clinica. Nella survey previsionale, i soggetti intervistati mostrano un buon livello di gradimento della CC Elettronica, con differenze su aspetti specifici: il punteggio più elevato è attribuibile all'impatto sulla prestazione professionale (soprattutto da parte dei più giovani di professioni non mediche), mentre il più basso all'impegno previsto per l'operatore (negativamente influenzato dall'età più avanzata e dalla professione non medica).

LIMITI. In analogia con altre ricerche di letteratura, il disegno della fase-intervento, pur longitudinale, risulta non controllato (single-group pretest-posttset) ed è stato svolto un solo follow-up a breve termine. Inoltre, non è stato possibile utilizzare dati sulla funzionalità dei servizi (es. unità di personale, giornate di degenza) per distinguere l'influenza di fattori organizzativi modificabili da quelli strutturali legati al carico prestazionale oggettivo.

CONCLUSIONI. Lo studio è risultato in linea nei metodi e nei riscontri con la letteratura internazionale, confermando l'importanza della fase diagnostica e l'efficacia di interventi migliorativi basati sul coinvolgimento e la responsabilizzazione del personale sanitario, soprattutto ai fini della implementazione della modalità informatizzata.

Autore per la corrispondenza: Di Donna Federica – Università degli Studi de L'Aquila –
Email: federica.didonna87@gmail.com

80. Il Self Care nella persona obesa e sovrappeso. Una Revisione Sistematica

Di Giacomo Patrizia[1], Battistini Sara

[1]*Azienda USL della Romagna*

BACKGROUND. L'obesità rappresenta una problematica sempre più diffusa, ma nonostante ciò poco definita: secondo l'organizzazione mondiale della sanità essa rappresenta "uno dei maggiori problemi di salute pubblica dei nostri tempi". Basti pensare che in Italia, nel 2015, più di un terzo della popolazione adulta (35,3%) è in sovrappeso, mentre una persona su dieci è obesa (9.8%). Il self care è un processo decisionale naturalistico che le persone utilizzano nella scelta dei comportamenti da attuare per mantenere la stabilità fisiologica e per monitorare segni e sintomi. Per educare al self care bisogna prima di tutto conoscere le attività (esercizio fisico, dieta, monitoraggio di peso) e comprendere i bisogni dell'assistito personalizzando l'educazione e l'aderenza alle attività e individuando i fattori che possono influenzarne i comportamenti. Nel caso specifico dell'obesità e sovrappeso, i comportamenti di self-care si traducono principalmente in attività orientate alla perdita del peso corporeo, monitoraggio dell'introito calorico e del peso, avendo a disposizione le conoscenze necessarie per poter progredire nel processo di cambiamento. L'infermiere, interviene nella promozione di comportamenti di self-care e self-management, ad esempio incoraggiando i pazienti a riflettere sui rischi associati al loro peso, promuovendo la perdita di peso stessa e supportando la persona nel mantenimento a lungo termine.

OBIETTIVI. identificare gli interventi terapeutici di educazione al self care nel paziente obeso o sovrappeso, efficaci per la riduzione del peso e migliorare la qualità di vita identificare e descrivere eventuali fattori personali che possono influenzare comportamenti di self care.

METODI. Design: Una revisione sistematica secondo le Linee Guida del Center DR. Il quesito di ricerca è stato formulato come PICOS. Il processo d'inclusione ha seguito il PRISMA Search strategy: Sono state utilizzate le banche dati Medline e CINAHL; la ricerca includeva studi tra il 2009 e il 2016, usando i seguenti termini: obesity, overweight, self care, self management.

RISULTATI. Su 109 studi ne sono stati inclusi 13 studi pubblicati fra il 2009 e il 2016 con dimensione del campione che varia da 58 a 501 partecipanti. Tutti sono dei RCT. La qualità metodologica di ciascuno studio è stata valutata in modo indipendente dai due ricercatori (CB, PD) secondo i criteri della Mac Master University e utilizzando l'apposito critical review form per gli studi quantitativi. A ciascuno studio è stato assegnato un punteggio. Gli studi presentano una qualità metodologica medio-alta (punteggio che varia da 16 a 21). I comportamenti di self care sono stati misurati con differenti strumenti. Tutti gli studi sviluppano interventi finalizzati al raggiungimento del self care e all'autogestione nel processo di perdita di peso attraverso utilizzo di Internet e tecnologie mobili quali piattaforme online, utilizzo di computer, applicazioni per telefono, Sessioni di gruppo da sole o dopo sedute individuali con lo specialista e automonitoraggio del peso Gli outcome considerati includevano la riduzione del peso corporeo e/o la riduzione del BMI, il miglioramento dell'assetto lipidico, misure antropometriche e l'adesione al programma di autocura. In nove studi, si evidenzia un miglioramento significativo dei comportamenti di self care attraverso l'automonitoraggio con conseguente riduzione del peso. Gli interventi più efficaci includevano sessioni di gruppo tra pari o con professionisti. Il feedback e promemoria personalizzati aggiuntivi sembrerebbero efficaci per migliorare i comportamenti di automonitoraggio nei programmi di perdita di peso basati su tecnologie quali applicazioni mobili o per computer, utilizzo di palmari o siti web. L'auto-pesatura, intesa come attività per il self-care, senza ulteriori interventi, ha invece rivelato risultati contrastanti negli studi.

LIMITI. I criteri d'inclusione e d'esclusione e i termini utilizzati nella ricerca e l'utilizzo di 2 sole banche dati, oltre al limite della lingua (solo ingkese e italiano) potrebbero non essere riusciti a identificare tutti gli studi presenti in letteratura.

CONCLUSIONI. Non risultano indagati gli aspetti psichici che possono influenzare il processo di perdita di peso, così come il ruolo dell'attività fisica, che richiederebbero ulteriori studi. La sessione di gruppo può rappresentare una strategia su cui i professionisti sanitari potrebbero lavorare in futuro. All'interno del contesto ospedaliero, così come nell'ambito di assistenza al domicilio, potrebbe risultare di fondamentale importanza la promozione di attività di automonitoraggio, per incrementare il self care, sia in soggetti obesi, sia in quelli a rischio.

Autore per la corrispondenza: Di Giacomo Patrizia – Azienda USL della Romagna – Email: iotricia@alice.it

81. Umanizzare la prestazione infermieristica con la presa in carico del paziente

Di Giovanni Tiziana

ASL Roma 4

BACKGROUND. L'agire professionale dell'infermiere si è profondamente modificato negli ultimi anni che, dopo l'abrogazione del "mansionario" (DPR 225/74) avvenuta con la promulgazione della Legge, 42/99. La Legge 42/99 sottolinea il passaggio della professione infermieristica da professione ausiliaria a professione sanitaria, riconoscendo all'infermiere, depositario di specifica ed esclusiva competenza professionale, un'ampia autonomia decisionale. Tutto ciò deve portare alla massima integrazione delle competenze e delle conoscenze che, nel sistema sanitario nazionale, concorrono al bisogno di salute del cittadino/utente. Inoltre il processo di aziendalizzazione della sanità sancito definitivamente con il D.L. 229 del 1999 (riforma Bindi), ha determinato un nuovo modo di gestire i servizi all'interno delle aziende sanitarie, tendente al miglioramento continuo della qualità delle prestazioni erogate, che persegue come fine ultimo la soddisfazione del cliente/utente e l'umanizzazione delle cure. Tutto questo trova massima applicazione all'interno della Casa della Salute, principalmente nell'Unità di Degenza Infermieristica (UDI) dove, l'infermiere, lavora con propria autonomia dimostrando la sua capacità di interpretare il bisogno di salute e pianificarne gli interventi in collaborazione con l'utente. Riconoscendo l'importanza che la documentazione riveste in tutti i settori sanitari, ma in particolare in ambito assistenziale a gestione infermieristica, il Dipartimento Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociali (DAPSS)della ASL Roma 4 ha ritenuto doveroso analizzare lo stato dell'arte in relazione alle competenze e alle attività messe in atto dai professionisti che operano nella casa della salute. Questa indagine ha evidenziato una grave carenza di dati assistenziali. In articolare sono emerse le seguenti lacune: • le schede di valutazione utilizzate dall'Unità di Valutazione Multidimensionale, che autorizza il trasferimento del paziente presso l'UDI, non corrispondono alle schede descritte nel progetto per l'attivazione dell'UDI, inoltre le schede in utilizzo non sono chiare nell'attribuire un peso alla variabile valutata e non è chiaro neanche il range con il quale si classifica il grado di bisogno assistenziale; • la cartella infermieristica è strutturata in modo generico, sebbene l'accertamento infermieristico sia abbastanza strutturato, sono da rivedere le scale di misurazione dei bisogni assistenziali poiché non sono congrue a misurare i modelli funzionali necessari per definire il piano assistenziale; • il diario assistenziale è mancante di diversi dati necessari a monitorare l'andamento di bisogni fisiologici giornalieri dell'utente. Ciò impedisce un corretto e completo monitoraggio dell'andamento del processo assistenziale del singolo paziente e una condivisione con il team multiprofessionale e, conseguentemente, si riflette anche sull'individuazione del momento e delle modalità della dimissione e del successivo follow-up.

OBIETTIVI. • Introdurre un modello concettuale dell'assistenza infermieristica; • Definire i problemi assistenziali secondo un sistema di classificazione internazionale; • Utilizzare e valutare i piani di assistenza standardizzati e/o personalizzati; • Inserire scale di valutazione per misurare la complessità assistenziale e oggettivare i problemi dell'assistito; • Documentare correttamente le informazioni assistenziali; • Consentire la continuità delle informazioni tra i professionisti; • Adottare uno strumento informativo facile da consultare e semplice da compilare; • Evitare la ripetizione delle stesse informazioni più volte su strumenti informativi diversi; • Inserire dati con rapidità utilizzando un modello il più possibile strutturato; • Migliorare la rete di comunicazione fra i vari protagonisti dell'assistenza; • Migliorare la gratificazione del personale in relazione all'importanza del proprio agire professionale, finalizzato non alla mera esecuzione di compiti ma al raggiungimento di obiettivi elaborati, predisposti e condivisi da tutta l'equipe interessata.

METODI. Riunioni con le figure che entrano nel processo assistenziale. Lavori a piccoli gruppi per analizzare gli strumenti teorici utili all'elaborazione della nuova cartella, vengono forniti spunti bibliografici di approfondimento e una sintesi delle conoscenze ritenute indispensabili rispetto agli obiettivi. Elaborazione del documento sperimentazione del documento valutazione revisione delle incongruenze.

RISULTATI. Elaborata 1 cartella in uso presso l'Unità di degenza infermieristica.

LIMITI. Il documento è ancora in fase di sperimentazione.

CONCLUSIONI. Questo modello di elaborazione ha visto il pieno coinvolgimento del gruppo di lavoro. Il personale ha acquisito crediti ECM. Ha avuto l'occasione di analizzare l'agire professionale e di riflettere sulle procedure in uso correggendo e definendo le azioni professionali efficaci ed appropriate all'interno della degenza infermieristica.

Autore per la corrispondenza: Di Giovanni Tiziana – ASL Roma 4 – Email: tiziana.digiovanni@aslroma4.it

82. L'umanizzazione del lavoro come strumento della rivalutazione della persona e dell'etica della performance

Di Giovanni Tiziana[1], Cordaro Enzo[2]

[1]*ASL Roma 4,* [2]*Libero professionista*

BACKGROUND. Il progetto nasce per adempiere all'obbligo relativo alla valutazione della dimensione psicosociale dei gruppi di lavoro e della prevenzione di patologie stress-correlate, definito dal D.lgs. n°81 del 2008 e successive modifiche (Decreto sulla sicurezza n.106 03/08/2009). Con "benessere organizzativo" si intende "la capacità di un'organizzazione di promuovere e mantenere il più alto grado possibile di benessere fisico, psicologico e sociale dei lavoratori in ogni tipo di occupazione". Sino al 2015 l'organizzazione della ASL Roma 4 non era mai stata analizzata per valutare la presenza di stress lavoro correlato. la semplice analisi non è tuttavia sufficiente a garantire la prevenzione di tale rischio. Per raggiungere un obiettivo così alto è necessario stimolare la capacità del gruppo di lavoro ad operare in modo che nasca una collaborazione in grado di creare una cultura organizzativa capace di analizzare le criticità e cooperare per la loro risoluzione e nel contempo che sappia garantire una dimensione psicosociale dei processi organizzativi adeguata allo scopo di influenzare l'efficacia, l'efficienza, la produttività e lo sviluppo di una struttura lavorativa.

OBIETTIVI. Lo scopo prioritario del progetto è quello di definire un ambiente (gruppo) di lavoro in grado di: • promuovere e alimentare una qualità di vita lavorativa che rispetti la dimensione umana, • incrementare il coinvolgimento e la partecipazione degli operatori al senso comune del gruppo, • migliorare le prestazioni sanitarie rivolte all'utenza.

METODI. Anno 2015-2016: formazione del gruppo di lavoro, rilievo dei dati relativi alle costrittività organizzative tramite eventi sentinella e ROAQ-R (Risch Organization Assesment Questionnary Reduced) sui due Presidi Ospedalieri della ASL Roma 4, analisi e presentazione dei risultati, informazione e formazione obbligatoria del personale aziendale; •Anno 2016-2017: analisi qualitativa dei servizi/UU.OO. con codice di rischio "rosso"; gruppi dinamici di incontro con i coordinatori; corsi di formazione aziendali a tutti gli operatori; rilievo dei dati nel Dipartimento di Salute Mentale, con relativa analisi e presentazione degli stessi; •Anno 2017-2018: formazione delle Posizione organizzative sanitarie; rilievo dei dati nelle strutture poliambulatoriali del territorio, analisi e presentazione degli stessi; gruppi dinamici di incontro con i coordinatori, apertura dello sportello di ascolto, sostegno emozionale in caso di grandi eventi e traumi avvenuti durante l'attività lavorativa, sostegno emozionale ai professionisti in servizio in Hospice, rilievo dei dati presso la Casa della salute con analisi e divulgazione dei risultati; •Anno 2018/2019: rilievo dei dati nel servizio di prevenzione aziendale, sostegno al cambiamento organizzativo aziendale, rilievo dati nella casa circondariale, sportello di ascolto, interventi di miglioramento del clima organizzativo all'interno della Casa della salute e del Servizio di radiologia, formazione, gruppi di sostegno ed elaborazione delle criticità rivolto esclusivamente al personale medico, rivalutazione dei dati ospedalieri tramite ROAQ-R (Risch Organization Assesment Questionnary Reduced).

RISULTATI. Indagini ospedali: situazione generale riferibile a codice giallo (percezione di alto carico di lavoro e anomalie nei modelli relazionali e comunicativi) A seguito degli interventi eseguiti si riscontrano i seguenti risultati: ?55% dei coordinatori ha trovato utile i GDI, 23% non ha modificato il proprio operato, il 10% inutile. •Sportello di ascolto: 10 consulenze in un anno e passaggio di due casi al medico del lavoro. •Sostegni esperienziali: valutazione abbastanza soddisfacente per 72%, molto soddisfacente 15%, 5%assolutamente soddisfacente. •Corsi di formazione: esito 95% molto soddisfacente •Interventi sui processi psicosociali per il miglioramento della funzionalità vitale del gruppo di lavoro: creazione e applicazione di progetti •Indagine territorio: situazione generale riferibile a codice giallo (comunicazione, alta percezione della fatica e/o carico di lavoro, relazione tesa nei gruppi di lavoro). A seguito degli interventi effettuati si riscontrano i seguenti risultati: •Interventi sui processi psicosociali per il miglioramento della funzionalità vitale del gruppo di lavoro: creazione e applicazione di progetti •Riduzione dei conflitti derivanti dalla comunicazione e dalla relazione (n° di situazione di tensione nell'anno in ogni UU.OO. inferiore a 3).

LIMITI. Il progetto è in corso di rivalutazione tramite somministrazione di ROAQ-R, pertanto i dati sono ancora parziali.

CONCLUSIONI. l'Azienda, avendo rilevato una riduzione delle segnalazioni di malcontento da parte degli operatori, di cui erano portavoce i sindacati, dopo aver valutato i dati derivanti dagli interventi effettuati, ha deciso di istituire, come supporto al SPP, questo gruppo di lavoro in pianta stabile per coinvolgerlo nella propria politica aziendale che punta al miglioramento delle relazioni degli operatori al fine di raggiungere il più alto grado possibile di umanizzazione.

Autore per la corrispondenza: Di Giovanni Tiziana – ASL Roma 4 – Email: tiziana.digiovanni@aslroma4.it

83. Umanizzare il fine vita

Di Giovanni Tiziana, Immacolata Cuomo

ASL ROMA 4

BACKGROUND. Con delibera 1186 del 03/08/2017 la ASL Roma 4 si prende carico, con contratto in comodato d'uso gratuito, del Centro residenziale per le cure palliative "hospice". La struttura, completamente rinnovata è stata autorizzata con Decreto del Commissario ad Acta n. 00113 del 05/04/2018 con il Servizio Sanitario Regionale per l'attività di cure palliative ed accoglie sino a 10 ospiti.

OBIETTIVI. individuare e farsi carico di problemi specifici, psicologici, sociali, spirituali, pratici, delle aspettative che i malati nutrono, di speranze e di paure; 2. preparare ed accompagnare i familiari alla fine della vita del congiunto, promuovendo l'autodeterminazione; 3. accompagnare il malato al fine vita nel rispetto della dignità umana e della persona; 4. garantire servizi di intrattenimento per "distrarre" pazienti coscienti e familiari durante il periodo di degenza; 5. garantire un ambiente accogliente e funzionale che offra l'idea di "come stare a casa"; 6. garantire la corretta gestione del dolore. Tali obiettivi sono possibili da raggiungere solo se il personale di assistenza opera con un alto grado di capacità di relazione e di adattabilità alle varie situazioni che si generano.

METODI. 1. Formazione degli operatori su modelli relazionali specifici del fine vita e della presa in carico emozionale del paziente e dei congiunti 2. Strutturazione della cartella infermieristica per la presa in carico del malato strutturata secondo il Modello di salute funzionale (M. Gordon, 1998), che permette di analizzare i bisogni del paziente nell'ottica di un'assistenza personalizzata. All'interno specifici strumenti permettono la misurazione del dolore, la stadiazione di eventuali lesioni da pressione, il grado di vigilanza, il rischio di caduta e il patrimonio venoso. 3. Formazione sull'utilizzo della documentazione clinica, degli strumenti di misurazione e delle diagnosi infermieristiche (formazione sul campo) 4. Stesura da parte del gruppo di lavoro di procedure infermieristiche 5. Collaborazioni con alternanza scuola-lavoro e terzo settore per servizio di parrucchiere, barbiere, estetista oltre all'ampliamento del progetto "Bellessere" già attivo presso la UOSD Oncologia 6. Supporto emozionale agli operatori con il fine di evitare il burnout da contatto ripetuto con la morte, da parte del gruppo Benessere organizzativo. Monitoraggio dei fattori di rischio stress- lavoro correlato. 6. Elaborazione di brochure che descrivono le finalità della struttura residenziale Hospice, la vita all'interno e tutte le informazioni utili per conoscere le modalità di accesso. I volantini sono distribuiti ai PUA, ai medici di medicina generale, al Pronto Soccorso e ai punti di accoglienza dei due presidi ospedalieri. 7. Stretta interazione con i familiari con presenza dei congiunti nelle stanze di degenza h.24, utilizzo gratuito della foresteria, possibilità di condivisione di cucina attrezzata 8. Il servizio lavanolo fornisce il kit di prima accoglienza e il servizio lavanderia, secondo i criteri stabiliti con delibera n. 789 del 26 maggio 2017. 9. L'idea di "come stare a casa" si esprime anche con la possibilità di far accedere gli animali domestici cari al paziente. L'ingresso è regolamentato in modo da non ledere la libertà di coloro che non amano la presenza di animali (allegato 2).

RISULTATI. qualità percepita ottenuta tramite questionario= molto 3% moltissimo 97% compilazione corretta della documentazione infermieristica= 99%.

LIMITI. La documentazione infermieristica che permette la presa in carico personalizzata del paziente e della famiglia necessità di essere rivista per agevolarne la consultazione da parte del personale. Difficile l'interazione con le associazioni del terzo settore.

CONCLUSIONI. L'Hospice aziendale offre un servizio di ottima qualità e, sebbene siano solo 9 mesi che è stato inaugurato gli ospiti ed i congiunti hanno tutti manifestato "soddisfazione" nelle modalità di accoglienza. La strategia è quella di stimolare la formazione continua dei professionisti che ci lavorano e di supportare le attività con gruppi di scarico emozionale gestiti da uno psicologo del lavoro che permette anche la riorganizzazione del pensiero negativo.

Autore per la corrispondenza: Di Giovanni Tiziana – ASL Roma 4 – Email: tiziana.digiovanni@aslroma4.it

84. Valutazione economica delle infezioni ematiche catetere correlate causate da patogeni antimicrobico resistenti. Il Caso dell'Azienda Ospedaliera Ospedale Mauriziano di Torino

Di Meglio Lorenzo[1], Campagna Sara[2], Rainero Christian[2], Ghironi Elga[1], Costamagna Graziella[1], Vigna Iolanda[1], Norbiato Claudio[1], Messori Ioli Giovanni[1], Dall'acqua Maurizio[1], Vitale Arianna[1]

[1]Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino, [2]Università degli Studi di Torino

BACKGROUND. Le infezioni ematiche correlate al catetere venoso (CRBSI) rappresentano un problema per i pazienti e per l'organizzazione sanitaria. Prolungamento del ricovero, mortalità e spese farmaceutiche sono gli esiti maggiormente discussi. Quantificare in termini economici l'impatto delle infezioni dei pazienti rappresenta un'opportunità di valutazione della qualità dell'assistenza per l'Ospedale Mauriziano. Il presidio ospedaliero in cui si è svolto lo studio ha 402 posti letto e circa 15000 ricoveri ordinari l'anno.

OBIETTIVI. Condurre la valutazione economica delle infezioni catetere correlate insorte nel triennio 2015-2017 nel Presidio Ospedaliero Ordine Mauriziano di Torino. Si tratta pertanto di circa 45000 pazienti da analizzare.

METODI. Attraverso uno studio descrittivo osservazionale dei pazienti con catetere venoso inserito con guida ecografica (VAD), si è effettuata una valutazione economica di due gruppi di pazienti (uno con e l'atro senza infezione) abbinati per età, genere, patologia di ingresso, comorbidità. Il Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche e Microbiologia per diagnosticare le CRBSI utilizza la metodologia della differenza di tempo di positività delle colture ematiche. I set delle emocolture richieste con il calcolo del Delta Time sono composti da 2 coppie di flaconi, uno da VAD e l'altro da vena periferica. Sono stati inclusi tutti i pazienti dimessi tra il 1°gennaio 2015 e il 31 dicembre 2017, già portatori di VAD o a cui ne è stato inserito almeno uno durante il ricovero. Sono stati esclusi i pazienti che sono stati dimessi al di fuori della finestra temporale e i pazienti a cui non è stata registrata la procedura di inserimento di dispositivi vascolari avanzati tramite sistema informatizzato. Per tutti i pazienti sono stati raccolti dati demografici e clinici: età, genere, diagnosi principale, comorbidità, durata del ricovero, eventuale decesso. La durata del ricovero include i giorni impropri di prolungamento della degenza, cioè eccedenti rispetto alla durata prevista in base alla diagnosi d'uscita. I dati relativi all'inserimento dei VAD, alle emocolture eseguite e ai loro referti sono stati raccolti dal diario clinico informatizzato presente nel database aziendale. I dati relativi agli accessi vascolari presenti prima del ricovero sono stati estrapolati dalle cartelle cliniche e infermieristiche, consultate tramite l'archivio telematico ospedaliero. I dati sulla terapia antibiotica sono stati forniti dalla Farmacia Ospedaliera. I dati sui costi diretti dei ricoveri sono stati forniti dal Servizio del Controllo di Gestione. I costi sono stati suddivisi in costi per il personale di assistenza e cura, costi per la ristorazione, costi per esami strumentali e consulenze, medicazioni dei CVC, costi di farmaci e costi della terapia antibiotica mirata.

RISULTATI. I risultati preliminari del progetto pilota su un campione ridotto rivelano che i giorni di ricovero del gruppo privo di infezioni è maggiore, con ricoveri prolungati oltre il limite previsto dalla normativa in base alla diagnosi. Gli antibiotici hanno un peso in entrambi i gruppi di circa il 50% sul costo complessivo dei farmaci. Il numero di pazienti deceduti è doppio nel gruppo con infezione catetere venoso correlata.

LIMITI. Il numero di pazienti limitato della fase preliminare non consente al campione di essere rappresentativo della popolazione ospedaliera dei portatori di CVC che abbiano manifestato una CRBSI. I pazienti dello studio sono stati correttamente appaiati rispetto alle caratteristiche demografiche ma non sempre per quelle cliniche, influenzando l'analisi e l'elaborazione dei dati. La distorsione causata dai criteri di abbinamento avrebbe potuto essere evitata raggruppando un numero maggiore di pazienti di controllo e successivamente mettendo a confronto una media dei valori da loro espressi con i casi.

CONCLUSIONI. Dal confronto dei gruppi non emergono differenze degne di nota. Lo studio ha permesso di verificare la realizzabilità della valutazione economica delle CRBSI in un ambito clinico-assistenziale a minore intensità rispetto alle terapie intensive. Come quanto emerge dagli studi presenti al momento in letteratura, occorre sviluppare la ricerca in ambito gestionale ed economico per la valutazione delle infezioni catetere venoso correlate, in termini di ripercussione sugli esiti assistenziali e di coinvolgimento dell'organizzazione aziendale.

Autore per la corrispondenza: Di Meglio Lorenzo – Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino – Email: lore.dime@gmail.com

85. La sweet therapy nel management delle lesioni cutanee croniche: revisione narrativa della letteratura

Di Renzo Maurizio Rivera, Berardinucci Natascia

Azienda Sanitaria Locale 2 Lanciano Vasto Chieti

BACKGROUND. In Italia più di 2 milioni di persone lottano quotidianamente con lesioni cutanee che non guariscono spontaneamente. I pazienti portatori di lesioni cutanee croniche sono esposti a numerosi rischi, tra cui quelli di natura infettiva. Il fenomeno dell'antibiotico-resistenza ha reindirizzato l'interesse dei ricercatori verso medicazioni costituite da elementi naturali. Alcuni studi hanno dimostrato l'efficacia del miele nel trattamento delle infezioni delle lesioni cutanee, favorendone la guarigione; il suo utilizzo determinerebbe anche la riduzione di danni citotossici ai tessuti. Una revisione della letteratura potrebbe far emergere la forza delle raccomandazioni riguardo l'efficacia di questo rimedio naturale nel trattamento delle lesioni cutanee croniche.

OBIETTIVI. Ricercare, attraverso una revisione narrativa della letteratura, evidenze a supporto dell'efficacia del miele nel trattamento delle lesioni cutanee croniche.

METODI. Ricerca bibliografica condotta da agosto a novembre 2018, attraverso la consultazione delle banche dati di Pubmed-Medline, Cinhal e Cochrane Library. Sono stati inclusi studi originali pubblicati negli ultimi 5 anni che documentavano evidenze cliniche sull'utilizzo di medicazioni a base di miele.

RISULTATI. Sono stati inclusi nello studio n. 20 articoli dei 44 inizialmente selezionati. Al miele sono attribuite diverse proprietà, che hanno un effetto positivo sui processi di guarigione della ferita. Tali effetti sono diretti ed indiretti. Il basso pH favorisce la guarigione delle ferite con lo sviluppo di un effetto indiretto sulla quantità di ossigeno disponibile intorno alla ferita. Proprietà antibatteriche e antinfiammatorie sono riconosciute al miele, documentate in letteratura. Gli end-point valutati sono stati l'effetto battericida, l'effetto rigenerante, il controllo del dolore, l'effetto antiodore, i tempi di guarigione. Tra i meccanismi d'azione troviamo il fattore inibina, che determina la presenza di perossido d'idrogeno nel miele, grazie all'enzima glucosio-ossidasi, aggiunto dalle api al miele con lo scopo di proteggerlo dalla proliferazione batterica. La quantità di perossido d'idrogeno che si forma sul letto della ferita, trasformato attraverso il contatto dell'enzima con l'essudato, è circa 1.000 volte più bassa della concentrazione del perossido d'idrogeno al 3%, ma più efficace a causa del contatto prolungato. Il perossido di idrogeno stimola l'angiogenesi e la crescita interna dei fibroblasti, mobilitando le cellule epiteliali dai margini della ferita ed attivando le cellule epiteliali ancora vitali dei follicoli. Grazie all'effetto igroscopico si genera un'attrazione della linfa nel letto della ferita; i macrofagi contenuti provvedono a detergere ulteriormente la ferita e la formazione di nuovo tessuto viene stimolata perché le cellule vengono nutrite. Il miele stesso nutre la ferita ponendosi come fonte di energia cellulare, garantendo anche l'apporto di minerali, aminoacidi e vitamine. L'ambiente umido determina l'effetto benefico sulla velocità del processo di epitelizzazione della ferita. Il miele ha anche la capacità di contribuire all'eliminazione di detriti organici e residui devitalizzati, assicurando un processo naturale di sbrigliamento.

LIMITI. Gli articoli disponibili non consentono di determinare una chiara evidenza dell'efficacia di tali trattamenti; si rendono pertanto necessari ulteriori studi, condotti su campioni adeguati di pazienti portatori di lesioni cutanee croniche.

CONCLUSIONI. Il miele può rappresentare una valida alternativa alle medicazioni tradizionali, soprattutto data la crescente documentata resistenza agli antibiotici, in quanto studi comparativi dimostrano che in genere risulta essere l'opzione migliore. Il miele possiede infatti diverse doti terapeutiche ed i potenziali effetti collaterali sono trascurabili, soprattutto se si utilizzano le preparazioni al miele reperibili in commercio.

Autore per la corrispondenza: Di Renzo Maurizio Rivera – Azienda Sanitaria Locale 2 Lanciano Vasto Chieti –
Email: mauriziodirenzo@hotmail.com

86. La dimissione protetta "on line" in ADI dei pazienti affetti da patologie croniche nel management dell'integrazione ospedale-territorio

Di Renzo Maurizio Rivera, Santoro Renato, Di Nardo Raffaele

Azienda Sanitaria Locale 2 Lanciano Vasto Chieti

BACKGROUND. Tra le maggiori criticità riscontrate nella presa in carico e nel trattamento delle persone affette da patologie cronico-invalidanti, si riscontra spesso la mancanza di continuità assistenziale tra le strutture sanitarie deputate al trattamento delle acuzie e quelle territoriali, deputate a garantire il mantenimento dello stato di equilibrio delle condizioni di salute dei pazienti cronici, attraverso idonei percorsi di continuità assistenziale. A volte la mancanza di una fattiva comunicazione tra Unità Operative per acuti, Distretti Sanitari, Medici di Medicina Generale ed operatori sanitari e sociali del territorio, causa la presa in carico sub ottimale dei cittadini affetti da patologie croniche; tale situazione può determinare l'incremento dei fenomeni di riacutizzazione e/o riospedalizzazione, con ripercussioni sulla qualità delle cure e sui costi socio-sanitari. La dimissione protetta in Cure Domiciliari Integrate, nei pazienti cronici arruolabili in tale setting assistenziale, garantisce la migliore continuità assistenziale tra ospedale e territorio; lo sviluppo parallelo di un sistema informativo favorirebbe la comunicazione e lo scambio di dati in tempo reale, tra professionisti afferenti a setting assistenziali diversi, ottimizzando i tempi di dimissione, la qualità e l'appropriatezza della continuità assistenziale tra ospedale e territorio e l'ottimizzazione delle risorse.

OBIETTIVI. Valutare l'efficacia della procedura di dimissione protetta in ADI "on line" tramite sistema informativo aziendale, determinando la riduzione dei tempi di presa in carico territoriale dei pazienti affetti da patologie croniche-invalidanti, arruolabili nel setting delle cure domiciliari integrate della ASL 02 Abruzzo.

METODI. È stata condotta una sperimentazione, ancora in corso, coinvolgendo il solo Presidio Ospedaliero di Lanciano della ASL 02 Abruzzo e l'Area Distrettuali di Lanciano e Sangro-Aventino. La dimissione protetta da Ospedale verso il Territorio avviene tramite il portale web aziendale, opportunamente implementato per la funzione specifica, mediante l'invio telematico dell'elenco dei bisogni assistenziali al Distretto ed al Medico di Medicina Generale, con la possibilità di consultare il dossier dell'assistito ed il trattamento effettuato in ospedale, in modo da garantire la semplificazione e la rapidità delle procedure di dimissione, garantendo comunque il collegamento funzionale on line con l'Unità di Valutazione Multidimensionale del Territorio.

RISULTATI. Le dimissione protette "on line" in ADI hanno riguardato n. 176 pazienti dimessi dalle Unità Operative di Medicina, Geriatria, Chirurgia, Ortopedia e Neurologia del P.O. di Lanciano, tutti presi direttamente in carico in ADI dal Territorio dopo trasmissione on line della richiesta di dimissione protetta, con accesso via web ai dati utili alla valutazione multidimensionale del bisogno assistenziale e grazie alla condivisione in tempo reale del Piano di Assistenza Individuale, con notevole ottimizzazione delle risorse, garantendo la migliore qualità della continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

LIMITI. La sperimentazione richiede periodi di formazione per tutti gli operatori del setting ospedaliero e territoriale, lo sviluppo costante e idonei periodi di test di sistema riguardanti le implementazioni informatiche. Sono richieste idonee configurazioni hardware e risorse di rete adeguate. La sperimentazione in una sola area distrettuale non consente di poter consolidare il risultato su tutto il territorio aziendale, ma i risultati fin qui raggiunti ci incoraggiano nella prossima implementazione della procedura in tutte le strutture ospedaliere territoriali dell'Azienda.

CONCLUSIONI. La dimissione protetta "on line" in ADI rappresenta una innovazione utile ad ottimizzare i tempi di dimissione, garantendo la migliore continuità assistenziale tra ospedale e territorio nella presa in carico del paziente fragile, affetto da patologie cronico-invalidanti ed arruolbtile nel setting assistenziale delle cure domiciliari integrate. L'ottimizzazione della presa in carico tra ospedale e territorio richiede idonei periodi di formazione finalizzati allo sviluppo di specifiche competenze finalizzate alla gestione della procedura, al fine di ottenere il massimo coinvolgimento di tutti i professionisti coinvolti.

Autore per la corrispondenza: Di Renzo Maurizio Rivera – Azienda Sanitaria Locale 2 Lanciano Vasto Chieti –
Email: mauriziodirenzo@hotmail.com

87. Umanizzazione delle cure: studio qualitativo fenomenologico

Dignani Lucia[1], D'ascanio Alessia[2], Girotti Susi[1], Lucertini Carla[1], Toccaceli Andrea[1], Guarinoni Milena Giovanna[3]

[1]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti, [2]Università Politecnica delle Marche, [3]Università degli Studi di Brescia

BACKGROUND. Nell'attuale contesto sanitario le crescenti acquisizioni in campo tecnologico hanno reso possibile il trattamento di patologie un tempo incurabili. Tuttavia tecnica e tecnicismo rischiano di allontanare l'assistenza infermieristica da un approccio umanizzato delle cure. Il concetto di umanizzazione delle cure assume peculiarità differenti sulla base del punto di vista dei soggetti coinvolti. Per le organizzazioni sanitarie l'umanizzazione delle cure si riferisce ad un approccio personalizzato e olistico all'utente, basato sul rispetto e sul mantenimento della dignità dell'essere umano. Per gli assistiti la facilità di accesso ai servizi, il rispetto, il coinvolgimento nel processo decisionale, ma anche l'empatia e l'ascolto sembrano rivestire un ruolo cruciale. Per i caregivers un ambiente di cura appropriato, che consenta il rispetto della privacy e la personalizzazione delle cure appare essere uno dei punti cardine per cure umanizzate. Considerando le diversità negli attributi che definiscono il termine umanizzazione e le sue importanti ripercussioni sulla pratica clinico-assistenziale, risulta interessante indagare il significato del concetto dal punto di vista degli infermieri di settings assistenziali differenti.

OBIETTIVI. Esplorare il vissuto del personale infermieristico di setting medico e di area critica riguardo il significato di umanizzazione delle cure.

METODI. È stato condotto uno studio qualitativo fenomenologico descrittivo. Il campione era composto da personale infermieristico di setting medico e di area critica di un ospedale marchigiano, per un totale di 8 unità operative (UO). Il campionamento di convenienza, avvenuto nel periodo luglio-ottobre 2018, si è protratto fino a saturazione dei dati. 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 erano di tipo non strutturato e si sono basate sulla domanda iniziale: "Quale significato attribuisce al concetto di umanizzazione delle cure nella presa in carico delle persone assistite?" L'analisi delle interviste è stata condotta attraverso il metodo Colaizzi.

RISULTATI. Sono stati arruolati 15 infermieri. L'analisi delle interviste ha portato all'identificazione di 37 temi, raggruppati poi in 6 differenti categorie. Tra queste, tre categorie sono comuni ad entrambi i setting: "caratteristiche dell'umanizzazione", "ostacoli all'umanizzazione", "tempo". Nel setting di area critica è emersa inoltre la categoria: "coinvolgimento della famiglia", mentre nel setting medico le categorie "elementi organizzativi" e "caratteristiche del professionista". In particolare, nella categoria comune "caratteristiche dell'umanizzazione" si è evidenziato che l'umanizzazione si caratterizza per un rapporto di fiducia, empatia, rispetto ed ascolto tra infermiere e assistito, in cui la centralità dell'assistito e della sua famiglia sono alla base di un rapporto efficace. I principali "ostacoli all'umanizzazione" risultano invece rappresentati dal distacco e dallo stress del professionista, dall'emarginazione dell'assistito, dalla mancanza di dignità e di privacy e dall'ospedalizzazione prolungata. Il fattore "tempo" si caratterizza per un tempo per l'assistito e un tempo per i familiari. Tra le categorie differenti, il "coinvolgimento della famiglia" riguarda l'attenzione che gli infermieri rivolgono alla famiglia degli assistiti, che diviene parte attiva nel processo di assistenza umanizzata. Gli "elementi organizzativi" si riferiscono all'assistenza personalizzata, che richiede modelli assistenziali specifici. Infine, nelle "caratteristiche del professionista" spicca il tema della formazione, che viene vista come elemento imprescindibile per cure umanizzate.

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

CONCLUSIONI. La ricerca ha evidenziato che il concetto di umanizzazione delle cure si contraddistingue per caratteristiche ben definite. La conoscenza degli ostacoli che non consentono un approccio umanizzato all'assistenza può facilitare i professionisti ad assumere comportamenti e atteggiamenti appropriati. Inoltre, il tempo per la cura rappresenta un elemento critico. In particolare, nel setting di area critica un approccio umanizzato alle cure richiede un coinvolgimento attivo della famiglia degli assistiti. Nel setting medico l'umanizzazione delle cure passa attraverso le caratteristiche del professionista e il contesto organizzativo dell'assistenza.

Autore per la corrispondenza: Dignani Lucia – Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti –
Email: luciadignani@yahoo.it

88. Missed Nursing Care: studio osservazionale in setting medico e di area critica

Dignani Lucia[1], Giacomoni Elisabetta[2], Girotti Susi[1], Toccaceli Andrea[1], Guarinoni Milena Giovanna[3], Lucertini Carla[1]

[1]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti, [2]Università Politecnica delle Marche, [3]Università degli Studi di Brescia

BACKGROUND. Un indicatore di qualità recentemente identificato per l'assistenza infermieristica e la sicurezza degli assistiti sono le Missed Nursing Care. Viene definita "omissione di assistenza infermieristica", o "missed nursing care", qualsiasi intervento infermieristico necessario al paziente ma omesso parzialmente, completamente o rimandato. Il fenomeno risulta generato principalmente da un aumento della richiesta di assistenza, a fronte di risorse limitate. La letteratura evidenzia che le Missed Care sono spesso causate da carenza di risorse umane e materiali, da problemi comunicativi, dalla distribuzione dei carichi di lavoro, dal rapporto con gli operatori di supporto. Le attività infermieristiche omesse o ritardate influiscono sull'outcome assistenziale poiché determinano una riduzione della qualità dell'assistenza, della sicurezza degli assistiti, un aumento dei costi e insoddisfazione nel personale. Data la rilevanza del fenomeno, risulta interessante indagare quali siano le attività principalmente omesse da personale infermieristico e le possibili cause che le determinano, in settings clinici differenti.

OBIETTIVI. Lo studio aveva l'obiettivo di valutare quali sono gli interventi assistenziali omessi con maggiore frequenza dal personale infermieristico di setting medico e di area critica, e le principali cause del fenomeno.

METODI. È stato condotto uno studio osservazionale descrittivo nel periodo giugno-ottobre 2018. Sono stati arruolati gli infermieri di 9 unità operative appartenenti al setting medico e di area critica di un ospedale marchigiano, secondo una modalità di convenienza. Per la raccolta dati è stato utilizzato il MISSCARE Survey Questionnaire (Kalish et al., 2009), nella versione validata in italiano (Sist et al., 2017). Si tratta di uno strumento di valutazione che indaga la percezione del personale infermieristico riguardo la frequenza delle cure mancate e le possibili cause. Prevede una sezione iniziale finalizzata a raccogliere variabili socio-demografiche, e una seconda sezione in cui vengono studiati 24 interventi infermieristici rispetto alla frequenza di omissioni. Una terza sezione, infine, esplora 17 possibili cause di omissione. I dati sono stati elaborati mediante Microsoft Excel.

RISULTATI. Hanno aderito allo studio 186 infermieri, con un response rate dell'82,4%. Il campione era prevalentemente femminile (70,4 %), con un'età media di 37.8 anni (DS 8), un'esperienza lavorativa media di 12,7 anni (DS 8.5), e un'esperienza media nell'unità operativa di appartenenza di 7anni (DS 6.8). Il titolo abilitante prevalente era la laurea (69,9%). Rispetto ai risultati del MISSCARE Survey Questionnaire, è emerso che le cure infermieristiche omesse con maggiore frequenza erano la deambulazione degli assistiti 3 volte al giorno o come da pianificazione (76.3%) e la mobilizzazione passiva ogni 2 ore (67,2%). Le attività infermieristiche omesse con minor frequenza erano: monitoraggio della glicemia come da prescrizione (4,8%) e la somministrazione della terapia al bisogno entro 15 minuti dalla richiesta (7%). Tra le principali cause del missed care sono emerse: l'aumento inatteso del numero o delle condizioni critiche degli assistiti nell'unita operativa (86%) e la situazione dei pazienti in condizioni di urgenza (83,3%). Non sono emerse differenze rilevanti tra i due setting per quanto riguarda le cure infermieristiche omesse e le relative cause.

LIMITI. I principali limiti dello studio sono rappresentati dalla ridotta numerosità campionaria e dal campionamento monocentrico.

CONCLUSIONI. Le Missed Nursing Care rappresentano rilevanti indicatori di qualità e sicurezza delle cure. La conoscenza dell'entità del fenomeno in contesti assistenziali differenti può consentire l'adozione di adeguati correttivi. Lo studio ha fatto emergere le principali attività omesse e le relative cause nel setting medico e di area critica, evidenziando criticità analoghe, in linea coi risultati della letteratura.

Autore per la corrispondenza: Dignani Lucia – Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti –
Email: luciadignani@yahoo.it

89. Inibitori PCSK9 ed ezetimibe: ridiscuterne le indicazioni nella gestione dell'ipercolesterolemia

Donzelli Alberto

Fondazione Centro Studi Allineare Sanità e Salute

BACKGROUND. I PCSK9-inibitori (-i) evolocumab e alirocumab (~5.000 €/anno per il SSN) hanno suscitato l'entusiasmo delle Società professionali, presentati come salto di qualità nel gestire l'ipercolesterolemia e riprova della teoria the lower, the better. Sono oggi indicati in associazione a una statina/ad altri ipolipemizzanti, o in monoterapia se le statine sono controindicate/non tollerate, nelle ipercolesterolemie familiari, o in malattie cardiovascolari (CV) aterosclerotiche o ipercolesterolemie/dislipidemie miste, se non si raggiungono i livelli target di cLDL con la massima dose tollerata di statina. Ezetimibe (oggi equivalente: 257 €/anno in monoterapia) è indicato in combinazione con simvastatina o aggiunto ad altre statine per raggiungere il target cLDL, o negli intolleranti alle statine.

OBIETTIVI. Verificare se i dati da RCT giustifichino oggi l'entusiasmo e le indicazioni per PCSK9-i ed ezetimibe.

METODI. Valutare i risultati dei RCT con una prospettiva patient oriented, e considerare anche possibili diverse interpretazioni dei dati.

RISULTATI. Una revisione sistematica (Schmidt AF et al, Cochrane Database Syst Rev 2017, Issue 4. CD011748) ha rilevato una riduzione significativa di eventi CV (-14%), ma aumenti non significativi (ns) di mortalità totale e CV (+2%), e aumento di eventi avversi rispetto a pazienti di controllo trattati con sole statine. Nell'insieme dei tre RCT su ipercolesterolemici familiari (ODYSSEY HIGH FH 2014, ODYSSEY FH I e II 2015) mortalità totale, CV, infarti, ictus ed eventi CV totali sono stati tutti maggiori (in misura ns) in chi assumeva alirocumab. Nel grande RCT FOURIER in prevenzione secondaria evolocumab ha ridotto l'esito primario CV (-15%), ma aumentato in modo ns la mortalità CV (+5%) e totale (+4%). Nel grande RCT ODYSSEY OUTCOMES in pazienti con sindrome coronarica acuta (SCA), pubblicato dopo la revisione Cochrane, alirocumab ha ridotto l'esito primario CV (-15%), e questa volta anche la mortalità totale e CV, in modo ns. Ma nel sottogruppo prespecificato con cLDL di base tra 80 e <100 mg/dl la mortalità totale ha registrato un ns +3%. Si nota che con i PCSK9-i: • la relazione tra riduzione di cLDL e la maggior parte degli esiti non supporta la teoria the lower, the better (Battaggia A et al, CMRO 2018) • la riduzione degli eventi CV è sempre minore rispetto alle predizioni della metanalisi CTTC (Battaggia, cit.) • e la mortalità totale non rispetta affatto tali predizioni • la frequente dissociazione tra mortalità totale ed eventi CV si presta a possibili interpretazioni alternative, come effetto della rottura del doppio cieco (Savovic J et al, Ann Intern Med 2012;157:429-38), pressoché inevitabile in RCT con potenti ipolipemizzanti (Donzelli A et al, Int J Cardiol 2016;222:795-6 / Circulation 2018;138:1912-13 / Diabetes Care 2018;41:e143-4). Infatti il curante, capito chi assume placebo, tende a fargli più accertamenti, cui seguono più angioplastiche, infarti periprocedurali e scoperta di infarti/ictus silenti imputati al gruppo placebo. Si aggiungano bias associati a monosponsorship commerciali (Bero L et al, PLoS Med 2007;4:e184 / Yank V et al, BMJ 2007;335:1202) e ad autori in relazioni finanziarie con lo sponsor (Di Pietrantonj et al, E&P 2005;29:85-95) • è dubbio che pazienti completamente informati vorrebbero assumere farmaci che hanno ridotto del 15% eventi CV (di dubbia gravità e in parte frutto di bias), se la mortalità totale e CV non si riducono (e più volte hanno teso ad aumentare). • Considerazioni simili valgono per ezetimibe: in una metanalisi degli RCT (Savarese G et al, Int J Cardiol 2015;201:247-52) ha ridotto del 13,5% il rischio d'infarto cardiaco e del 16% quello totale di ictus, senza alcuna riduzione di mortalità totale (+0,3%) o CV. Interpretazioni possibili del paradosso includono rottura del doppio cieco con oggettivo aumento d'imputazione di esiti soggettivi o misti al gruppo placebo (Savovic, cit.) e bias da sponsorship industriale (Bero; Yank, cit.) • inoltre ezetimibe in monoterapia negli intolleranti alle statine ha effetti sul cLDL (-15-20%) pari a 2,5 mg di simvastatina, dose che sarebbe di norma tollerata e costa al SSN 11 €/anno, cioè 23 volte meno di ezetimibe.

LIMITI. I dati su efficacia e sicurezza a medio-lungo termine dei nuovi ipocolesterolemizzanti non statinici, soprattutto dei PCSK9-i, sono del tutto insufficienti.

CONCLUSIONI. L'insufficiente dimostrazione di efficacia di ezetimibe e PCSK9-i sugli esiti di maggior interesse per il paziente (anzitutto la mortalità totale), la carenza di dati di sicurezza a lungo termine (che richiede l'applicazione del principio di precauzione), il costo-opportunità molto sfavorevole rispetto ad alternative consolidate (es. 10-40 mg/die di atorvastatina + una porzione di noci) suggerirebbero moratorie nel loro uso, quanto meno a carico del SSN. Unica eccezione ad oggi: alirocumab in pazienti con SCA in cui dieta e stile di vita correttamente implementati e atorvastatina non conseguissero un cLDL <100 mg/dl.

Autore per la corrispondenza: Donzelli Alberto – Fondazione Centro Studi Allineare Sanità e Salute –
Email: adonzelli@ats-milano.it

90. Sanità integrativa: iniqua, costosa, inflattiva e distorsiva di comportamenti medici

Donzelli Alberto[1], Castelluzzo Gianluca[2]

Fondazione Centro Studi Allineare Sanità e Salute, Università degli Studi Milano-Bicocca

BACKGROUND. Varie forze politiche, intermediari finanziari, organizzazioni delle imprese, grandi aziende, centrali cooperative, OO.SS., categorie di lavoratori e molti attori in Sanità chiedono di incentivare la Sanità integrativa come 2° Pilastro del SSN (per brevità Fondi Sanitari/FS, includendo il Welfare aziendale; e il 3° Pilastro, Assicurazioni for profit).

OBIETTIVI. Valutare per i FS • equità • coerenza con gli obiettivi dichiarati: dar sollievo alla spesa sanitaria pubblica, riduzione di quella privata, sostenibilità al SSN, accesso rapido, ecc. • ricadute su consumismo sanitario e tenuta del SSN • Come contenere i rischi della Sanità integrativa.

METODI. Confrontare per gli obiettivi quanto emerge da informazioni basate sui dati.

RISULTATI. Equità? I 14 milioni di beneficiari includono professionisti/dirigenti/lavoratori e familiari, con deduzioni dei contributi al FS fino a € 3.615/cad. (e detraibilità da normativa) sussidiate con le tasse anche dei ~46 milioni di italiani che non ne usufruiscono, tra cui sono più rappresentati gruppi sociali svantaggiati: senza lavoro/precari, piccole imprese del Sud. Iniquità nell'accesso significa anche, a forza lavoro costante, allungare le liste d'attesa per chi non aderisce a FS. Meno spesa sanitaria pubblica? I confronti internazionali (OECD data) mostrano che a maggior spesa intermediata si associa per paradosso più spesa pubblica e più accelerazione della stessa. Motivi: sistema frammentato con più costi di transazione/amministrativi e più consumismo (v. dopo) Meno spesa sanitaria privata? È l'opposto: se correttamente si somma la privata intermediata all'out-of-pocket, la spesa privata totale italiana è minore di quella dei principali paesi con cui si usa confrontarla e cresce meno. È anche falso che stia crescendo in modo inarrestabile: a prezzi costanti è stata stabile per 15 anni; solo negli ultimi 3-4 è cresciuta un poco, proprio in associazione allo sviluppo dei FS. Ricadute sul consumismo sanitario? Sono enormi, perché FS che vivono di sola sanità (a differenza dei settori di Stato o Regioni; o di ASL con budget garantito dal FSN) devono indurre prestazioni per mantenersi/crescere e attrarre clienti. Anche l'iscritto ai FS, con quota prepagata, tende a consumare tutto ciò cui essa dà diritto, con atteggiamento ben diverso rispetto a spese out-of-pocket. Sostenibilità per il SSN? Al contrario: chi beneficia di un FS (pur con meno bisogni sanitari oggettivi di chi è senza FS) consuma più di tutto, anche da privato, e spende di più per le varie voci di spesa sanitaria (Rapporto Piperno, 2017). E consuma forza lavoro del SSN con prestazioni di value in media inferiore alle istituzionali: il Sistema perde costo-opportunità. Come disincentivare la Sanità integrativa. Spiegare ai cittadini che sono vittime di un'operazione commerciale; anche i ceti medi aderenti ai FS avranno alla fine più costi e meno sicurezza (più prestazioni futili, con rischi iatrogeni). Se proliferano i FS, anche i medici hanno da perdere in: • integrità, abdicando alla mission di fare gli interessi di salute della comunità degli assistiti, e del SSN che dicono di voler difendere • qualità di vita e lavoro, stressati da adempimenti senza valore aggiunto, sommersi da contratti, fatture, rendiconti, burocrazia, anche digitale • entrate/guadagni, perché anche le risorse aggiuntive che l'abbaglio dei FS spillerà alla Società avranno un limite, e a fine giochi soli a trar profitto saranno i nuovi commensali dell'intermediazione amministrativa, a spese di risorse che potevano arrivare ai sanitari, per cure efficaci.

LIMITI. Alcune argomentazioni non possono basarsi su dati ufficiali (carenti) e si affidano alla logica.

CONCLUSIONI. Per come concepiti, i FS sono fonte di: 1) iniquità per i benefici fiscali concessi/pretesi per chi vi accede, a scapito degli altri contribuenti 2) consumismo sanitario indotto, poiché non coprono solo servizi alberghieri/trasferte e le (poche) prestazioni integrative efficaci, ma anche tante prestazioni di efficacia non provata né probabile, che il SSN ha buon motivo per non offrire, ma non osa scoraggiare apertamente 3) paradossale aumento della spesa sanitaria pubblica e della privata complessiva, oltre che (voluto) aumento della spesa sanitaria totale 4) lungi dal dar sollievo, i dati mostrano che rendono più precaria la sostenibilità di un SSN... 4') … anche perché la crescente offerta di prestazioni sostitutive prelude a fuoriuscite dal SSN di chi versa più contributi e in proporzione costa meno, con più costi/meno risorse e protezione per chi resta. La libertà di associarsi per ottenere vantaggi è legittima, ma Stato, Regioni, ASL... dovrebbero: – contrastare iniquità e consumismo – se entrano nella gestione di FS (meglio, rispetto ad alternative), limitarsi a prestazioni solo integrative, e di cui serie valutazioni di merito confermino l'efficacia almeno probabile, benché non/non ancora nei LEA – promuovere educazione sanitaria valida e indipendente ed empowerment + supporti/benefit per render facili le scelte salutari.

Autore per la corrispondenza: Donzelli Alberto – Fondazione Centro Studi Allineare Sanità e Salute –
Email: adonzelli@ats-milano.it

91. I PTRI tra cogestione e intersoggettività: nuove metodologie per l'attuazione di cambiamenti trasformazionali organizzativi

Femiano Maria, Bianco Pietrina, Pelliccia Roberta

ASL Napoli 2 Nord

BACKGROUND. Parlare oggi di nuovo welfare, significa parlare di nuove visioni manageriali, di nuovi modelli clinici di intervento e forme nuove di finanza di progetto. Significa, quindi, parlare di un disegno complessivo di cambiamento e sviluppo, ad elevato value, in grado di produrre un oggetto culturale condiviso ma anche uno strumento reale di produzione di cure abilitative, sufficienti ed efficaci nel restituire alla Persona/ utente, umanità e diritti, per la propria condizione di sofferenza.

OBIETTIVI. La metodologia attraverso la quale si realizza il Budget di Salute è centrata sul recovery nei luoghi di vita, lavoro e studio della persona, con forte attenzione alla costruzione di progetti personalizzati e individualizzati costruiti "su misura", riducendo il ricorso a risposte assistenziali di servizi e prestazioni legati ad una struttura muraria. Il PTRI sostenuto da Budget di Salute (BdS) è utilizzato come strumento di lavoro nella pratica dell'attività clinica della ASL Napoli 2 Nord, attraverso la UOC Integrazione SocioSanitaria, quale organismo centrale che ha dato avvio al percorso finalizzato allo sviluppo dei BdS favorendo e promuovendo pratiche di sviluppo di welfare comunitario e familiare d'inclusione sociale nei territori e presidiando l'implementazione della metodologia dei PTRI sostenuti da BdS.

METODI. L'impostazione metodologia/operativa della UOC ISS si configura su due livelli: a) livello centrale, nella Area dell'Integrazione Sociosanitaria, è stata istituita una task force alla quale è stata assegnata la responsabilità di rendere effettivo il cambiamento ipotizzato e pianificato sui processi, sulle procedure, sui sistemi, anche attraverso: a)monitorare e valorizzare le best practices derivanti dall'attuazione di comportamenti virtuosi e più "agili" degli operatori delle Strutture Territoriali periferiche, quelli direttamente o indirettamente coinvolti nelle attività delle Unità di Valutazione Integrata dei bisogni sociosanitari – UVI, b) mettere in atto azioni di riallineamento (macro e micro) per colmare eventuali gap, rendendo gli operatori territoriali partecipanti attivi e coinvolti. A livello periferico/distrettuale è stato affidato all'UVI il compito di generare, intorno alla Persona Utente, un dinamismo produttivo di interesse e presa.

RISULTATI. La metodologia del Budget di Salute (BdS) per la cogestione del Progetto Intervento SocioSanitario (P.I.S.S.) nella ASL Napoli 2 Nord, si è rilevata quale metodologia che ha favorito sia una maggior condivisione di progettazione tra tutti i partner e gli attori dei processi partecipativi, che un nuovo modo di costruire relazioni tra pubblico e privato in tema di politiche sociosanitarie, innovando il ruolo e le responsabilità dei diversi soggetti istituzionali. Pertanto tutti tutti i protagonisti (la persona, la famiglia, la comunità, gli operatori coinvolti) iniziano ad essere co-produttori e co-responsabili del "benessere" della persona che cessa di essere "centro di costo" e diventa "soggetto economico attivo".

LIMITI. Ad oggi, il lessico peculiare della progettazione individualizzata SocioSanitaria sui PTRI con BdS, della Asl Napoli 2 Nord, comincia a diffondersi come nuova cultura nella mentalità degli operatori coinvolti nelle UVI e nella presa in carico del bisogno sociosanitario. I servizi prestano sempre maggiore attenzione alla costruzione di percorsi di cura differenziati come risposta ai bisogni dei pazienti, con conseguenze positive rilevabili sull'umanizzazione degli interventi. La differenziazione dei trattamenti in risposta ai bisogni è in parte già presente, ma non appare ancora strutturata in una consapevole e organizzata funzione del case management dei trattamenti. Il "progetto individualizzato SocioSanitario", (PISS) con BdS, se da un lato costituisce un importante novità nell'organizzazione delle prestazioni e servizi alla Persona Utente della Asl Napoli 2 Nord, dall'altro la sua realizzazione nei contesti di cura meno culturalmente avanzati, dal punto di vista dell'integrazione socio sanitaria e del suo organismo centrale, rappresenta per gli operatori una sfida e una preoccupazione.

CONCLUSIONI. La gestione del PTRI attraverso il BdS è frutto di un negoziato multipersonale e multiprofessionale che coinvolge numerosi attori e si configura come progetto caratterizzato da elevata complessità organizzativa, rilevante specifcità professionale, capacità di gestire l'integrazione socio-sanitaria ma anche competenze, esperienze, sensibilità e capacità di coinvolgimento in un processo intersoggettivo di apprendimento e conoscenza. Lo scenario che fa da sfondo alla progettazione con BdS è pertanto ampio e complesso. La sua sfida riguarda l'evoluzione e l'innovazione di noi stessi, dell'altro e dei sistemi di cura e vita. Trasformazioni di "capacitazione" che coinvolgono non solo la Persona/Utente ma tutte le persone e le organizzazioni (pubbliche, private volontarie, professionalizzate e non) che, responsabilmente, "si prendono cura" della sofferenza per produrne un bene sociale.Tutti gli attori coinvolti nella realizzazione di un BdS, possono essere protagonisti inermi o viceversa driver dinamici di una cooperazione in grado di modificare gli esiti della sofferenza in un appassionante ricerca di risorse e capitali d'investimento, umani, sociali e finanziari, per la realizzazione di un "progetto individualizzato di vita".

Autore per la corrispondenza: Pelliccia Roberta – ASL Napoli 2 Nord – Email: roberta.pelliccia@aslnapoli2nord.it

92. La gestione degli accessi venosi periferici difficili: Mini-Midline con tecnica ecoguidata – Studio Osservazionale

Ferracuti Giulia[1], Di Lorenzo Luca[2], Raponi Manuel[1], Fattori Serenella[2], Marchetti Mara[1]

[1]Università Politecnica delle Marche, [2]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti

BACKGROUND. La cura medica di base richiede spesso il posizionamento di un accesso vascolare per fornire, nel più breve tempo possibile, l'infusione di liquidi, farmaci, sangue ed emoderivati, di mezzi di contrasto e nutrizione parenterale. Idealmente, questo è ottenuto attraverso l'inserimento di un catetere venoso periferico (CVP) per più del 70% dei pazienti ospedalizzati in situazioni acute. Tuttavia, questo non avviene sempre come descritto. Per il 35% dei pazienti che si presentano in pronto soccorso o in reparti di emergenza, condizioni come obesità, malattie croniche, ipovolemia, abuso di droghe per via endovenosa, diabete, vasculopatia, ma anche ansia, dolore e lo stato clinico dell'assistito possono recare difficoltà nell'ottenere l'accesso vascolare e portare ad un ritardo nella diagnosi e nel trattamento, causando problemi per il paziente (stress e aumento del rischio di infezioni) e frustrazione per gli operatori sanitari. Spesso si cerca di rimediare a questa problematica con venipunture multiple o inserendo accessi venosi centrali inutili, molto costosi e dai quali possono insorgere numerose complicanze. Per ovviare al problema, sono stati recentemente introdotte nell'assistenza, le cannule periferiche lunghe (Mini-Midline) con tecnica ecoguidata.

OBIETTIVI. Lo scopo dello studio è valutare l'andamento del dispositivo, la funzionalità, i vantaggi e gli svantaggi. Sono stati confrontati i dati ottenuti con i risultati di studi precedenti così da studiarne e approfondirne l'efficienza e le possibili limitazioni.

METODI. Dopo un'iniziale revisione della letteratura, è stato condotto uno studio osservazionale di tipo descrittivo dal mese di novembre 2017 a marzo 2018 presso la Medicina d'Urgenza – Settore Subintensivo dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona. I dati raccolti, sono stati messi a confronto con i risultati ottenuti nello studio elaborato nella stessa SOD l'anno precedente.

RISULTATI. Nel periodo di studio preso in considerazione è stata monitorata una popolazione di 50 persone, di cui 26 femmine (52%) e 24 maschi (48%) di età media 71,62 anni. La durata complessiva di tutti i cateteri è stata 287 giorni. Il catetere ha avuto durata di permanenza media di 7,175 giorni. Il tasso di successo alla prima venipuntura è del 93%, mentre per il 7%, il posizionamento del Mini-Midline ha necessitato di due tentativi. I cateteri sono stati rimossi in 8 pazienti (18,8%) che hanno presentato complicanze. Dei 50 pazienti presi in considerazione per lo studio, 7 sono stati i tentativi falliti (14%). Ponendo a confronto i risultati di questo studio con quelli dello studio comparato, si evince come malgrado i due studi presentino un campione quantitativamente diverso di Mini-Midline inseriti (29 Mini-Midline del primo studio Vs 43 Mini-Midline dello studio attuale), alcuni dati sono pressoché sovrapponibili come l'età media (71,92 anni Vs 71,62 anni) e la durata media (7,66 giorni Vs 7,17 giorni). In entrambi gli studi la vena basilica risulta essere la prima scelta di posizionamento del Mini- Midline (97% Vs 88%). Nel primo studio si presenta un unico tentativo fallito (4%), nell'attuale studio, invece, si è riscontrato il 14% di fallimenti (7 Mini-Midline). I dispositivi rimossi a causa di complicanze risultano essere in numero ridotto in codesto studio (20,69% Vs 18,8%).

LIMITI. Il ridotto campionamento di soggetti coinvolti nello studio non permette di fornire evidenze nei risultati. Pochi sono gli studi reperibili nella letteratura più recente e, seppur molto esaustivi, non permettono un confronto rilevante con gli altri dispositivi intra-vascolari.

CONCLUSIONI. I dati ottenuti in questo studio evidenziano come l'inserzione di cannule periferiche lunghe con tecnica ecoguidata in persone con accessi venosi difficili sia di gran lunga un vantaggioso progresso nell'affrontare questa problematica molto comune. Lo studio infatti rivela che nel 93% dei casi i pazienti sono stati incannulati al primo tentativo e il 7% al secondo tentativo, con un tasso di successo dell'86%. L'uso degli ultrasuoni nel reperire vene che altrimenti sarebbero impossibili da incannulare è senza dubbio uno strumento pratico e veloce per l'inserzione di un accesso venoso periferico affidabile, risparmiando tempo ed evitando l'inserimento di cateteri venosi centrali non necessari, le loro potenziali complicazioni e i relativi costi. È necessario effettuare altri studi nel tempo che indaghino in modo più dettagliato sulla durata, le complicanze infettive e trombotiche del Mini-Midline in virtù di un prevedibile utilizzo su larga scala.

Autore per la corrispondenza: Ferracuti Giulia – Università Politecnica delle Marche –
Email: giulia94ferracuti@gmail.com

93. L'informatizzazione garantisce il monitoraggio dei Nursing Sensitive Outcomes (NSO)? Studio retrospettivo presso la Fondazione Toscana Gabriele Monasterio

Fialdini Luca, Luccetti Debora, Tongiani Mariella, Ripoli Andrea, Vaselli Marco, Baratta Stefania

Fondazione Toscana Gabriele Monasterio

BACKGROUND. Un sistema di monitoraggio rappresenta una risorsa fondamentale per la gestione dei processi clinici e organizzativi, orientati agli esiti sensibili dell'assistenza infermieristica, al compassionate care e quindi alla qualità e all'efficacia delle cure (Grazioli, L'Infermiere, 2017). I NSO sono gli esiti rilevanti e pertinenti dell'assistenza infermieristica per i quali esistono prove di efficacia che evidenziano la relazione tra il contributo degli infermieri – input – e gli esiti sul paziente – outcome – (Doran, 2010).

OBIETTIVI. Migliorare la comunicazione interdisciplinare per assicurare la continuità di cura e assistenza. Raccogliere l'evidenza per sviluppare la buona pratica e valutare se gli interventi infermieristici sono efficienti ed efficaci. Ridurre gli errori di prescrizione / somministrazione dei farmaci. Ridurre le infezioni correlate all'assistenza e aumentare l'adesione alla buona pratica sull'igiene mani. Misurare i Nursing Sensitive Outcomes.

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

RISULTATI. Osservati 4720 pazienti, il 49% ricoverati nel presidio di Massa e il 51% a Pisa. VAS/NRS almeno una volta al giorno in 3736 pazienti. Il sintomo fuori range si è manifestato in 876 pazienti (numero misurazioni per ricovero: 11 [7 – 20], range: 0-127). Il dolore è stato misurato in totale 18341 volte. Barthel: 20 [19 – 20], range: 0-20, compilata entro 6 ore dall'ingresso nell'85% dei casi. Braden: 22 [21 – 22], range: 7-23, entro 6 ore nell' 86%. Bassa incidenza di lesioni da pressione con grado superiore al secondo. ReTos: all'87% dei pazienti >=65 anni è stata compilata la scala a 6 ore dall'accettazione, registrando nell'anno 21 cadute. Nell' 89% dei pazienti la Mews è stata rilevata almeno una volta entro 24 ore e al 98,5% è stata rivalutata con score >=3. Nel 94,5% è stato posizionato un CVP, e a 1302 pazienti un CVC, principalmente in v. giugulare destra e rimosso mediamente in terza giornata. Nel rispetto delle pratiche della sicurezza della Regione Toscana sono stati inseriti i relativi bundle. Il 94,8% dei 250 pazienti osservati non ha subito contenzioni, al 5,20% è stata somministrata terapia specifica. Il tasso di infezione della ferita chirurgica è diminuito rispetto all'anno precedente (4,2% vs 6,2%) con osservazione durante il ricovero e follow up ad un mese. La STU risulta correttamente compilata nell' 85% dei casi. Le mancate somministrazioni non motivate dal personale infermieristico si sono verificate nell'11% dei casi. I dati sono stati inseriti in cartella in modo strutturato. I professionisti possono accedere alla documentazione clinica e assistenziale a garanzia di una valutazione multidimensionale.

LIMITI. 2007: anno sperimentale. Da ultimare le correlazioni per misurare i NSO.

CONCLUSIONI. L'implementazione di sistemi informatici in Fondazione Toscana Gabriele Monasterio ha permesso di monitorare gli indicatori sensibili all'assistenza infermieristica, ha garantito un "handover" efficace fra i diversi setting assistenziali, ha consentito di limitare gli errori di prescrizione / somministrazione della terapia, ha contribuito ad aumentare la sensibilità al problema dell'igiene mani come impatto sulle ICA e a ridurre le infezioni della ferita chirurgica.

Autore per la corrispondenza: Fialdini Luca – Fondazione Toscana Gabriele Monasterio – Email: fialdiniluca@gmail.com

94. Analisi e gestione dell'appropriatezza prescrittiva in endoscopia digestiva come strumento di clinical governance: esperienza della Casa di cura Di Lorenzo

Fiore Pierluigi[1], Ruscitti Maria Rita[1], Necozione Stefano[2]

[1]Casa di Cura Privata – Di Lorenzo, [2]Università degli studi dell'Aquila

BACKGROUND. Negli ultimi anni, si è assistito ad un generale aumento della domanda di esami endoscopici dell'apparato digerente. Questo significativo incremento del numero delle richieste di esami endoscopici non è stato però accompagnato da un aumento della performance diagnostica. Numerosi studi, basati sull'utilizzo delle linee guida dell'American Society of Gastrointestinal Endoscopy (ASGE), hanno infatti dimostrato un significativo aumento del numero di richieste di esami endoscopici inappropriate ed un consensuale decremento della performance diagnostica, sia per quanto riguarda l'esofagogastroduodenoscopia (EGDS) che per la colonscopia. In tali studi, la percentuale media d'inappropriatezza, risulta essere del 22% su un totale di 13.856 pazienti, per l'EGDS e del 29% su un totale di 14.160 pazienti per la colonscopia.

OBIETTIVI. Lo studio si propone di confrontare prospetticamente l'appropriatezza prescrittiva delle EGDS e delle colonscopie, condotte su pazienti interni ricoverati, dal SS di Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva della Casa di cura Di Lorenzo, in accordo con le ultime linee guida dell'ASGE, prima e dopo la messa in opera di mirati provvedimenti di clinical governance atti a migliorare l'appropriatezza stessa.

METODI. Sono state incluse nello studio 461 richieste di esame endoscopico consecutivamente ricevute dal SS di Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva della Casa di cura Di Lorenzo: 235 relative al periodo 1 luglio 2016 – 1 giugno 2017 (periodo 1) e 226 relative al periodo 1 luglio 2017 – 1 giugno 2018 (periodo 2). Nell'intervallo di tempo compreso tra il periodo 1 e il periodo 2, dal 1 giugno 2017 al 1 luglio 2017, sono stati messi in opera i seguenti provvedimenti di clinical governance atti a migliorare l'appropriatezza prescrittiva in endoscopia digestiva: audit di processo e di sistema relativi all'appropriatezza prescrittiva degli esami endoscopici ed ai risvolti economici ad essa correlati; condivisione e divulgazione a tutti gli operatori sanitari coinvolti delle ultime linee guida dell'ASGE riguardanti il corretto uso dell'EGDS e della colonscopia; condivisione, divulgazione e messa in opera di un nuovo modulo di richiesta di esame endoscopico con supervisione specialistica. L'analisi statistica è stata effettuata mediante l'applicazione del test di significatività del chi-quadro. L'analisi dei costi è stata effettuata mediante l'utilizzo dei costi standard di riferimento per EGDS e colonscopia, redatti dalla Società Italiana di Endoscopia Digestiva.

RISULTATI. L'applicazione dei provvedimenti di clinical governance ha determinato un complessivo e statisticamente significativo aumento delle richieste di esame endoscopico appropriate, dal 61.7% (145 esami) del periodo 1 al 84.1% (190 esami) del periodo 2 ($p < 0.0001$). Tale miglioramento è risultato statisticamente significativo sia per le richieste di EGDS che per quelle di colonscopia. Considerando tutti i quesiti diagnostici per i quali sono stati richiesti esami endoscopici, dopo l'applicazione dei provvedimenti di clinical governance, il numero delle richieste di esame endoscopico appropriate è risultato significativamente aumentato per i quesiti: "calo ponderale" (25.7% – 9 esami vs 74.3% – 26 esami; $p < 0.001$); "dispepsia, disfagia, pirosi" (45% – 9 esami vs 55% – 11 esami; $p < 0.0005$); "disturbi dell'alvo" (16.7% – 3 esami vs 83.3% – 15 esami; $p < 0.001$); "vomito" (16.7% – 2 esami vs 83.3% – 10 esami; $p < 0.005$). Considerando tutte le motivazioni per cui gli esami endoscopici inappropriati sono stati ritenuti tali, dopo l'applicazione dei provvedimenti di clinical governance, il numero delle richieste di esame endoscopico inappropriate è risultato significativamente ridotto per le motivazioni: "esame anticipato ad altri esami" (28.3% – 26 esami vs 13.9% – 5 esami; $p < 0.0005$); "controllo anticipato" (27.2% – 25 esami vs 19.4%- 7 esami; $p < 0.005$); "età avanzata" (26.1% – 24 esami vs 8.3% – 3 esami; $p < 0.0001$); "esame non indicato" (8.7% – 8 esami vs 2.8% – 1 esame; $p < 0.005$). L'applicazione dei provvedimenti di clinical governance ha determinato un risparmio annuo complessivo di 8.276,40€.

LIMITI. Lo studio è stato effettuato per un tempo limitato e su un campione che non possiamo considerare rappresentativo.

CONCLUSIONI. I risultati del nostro studio dimostrano come la messa in opera di mirati provvedimenti di clinical governance orientati all'appropriatezza prescrittiva degli esami endoscopici, possa essere determinante al fine di migliorare l'appropriatezza prescrittiva stessa e di ottimizzare la spesa complessiva dei servizi di endoscopia digestiva.

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

95. Dalla biologia molecolare alla cura del paziente: l'era della terapia personalizzata

Forte Iris Maria[1], Pentimalli Francesca[1], Indovina Paola[2], Iannuzzi Carmelina Antonella[1], Giordano Antonio[3]

[1]*IRCCS Istituto Nazionale Tumori Fondazione Pascale,* [2]*Università di Siena,* [3]*IRCCS Istituto Nazionale Tumori Fondazione Pascale – Sbarro Institute for Cancer Research and Molecular Medicine, Center for Biotechnology, College of Science and Technology, Temple University, Philadelphia, PA, USA*

BACKGROUND. Negli ultimi anni, gli straordinari progressi scientifici hanno creato nuove opportunità atte ad implementare l'assistenza sanitaria per ciascun paziente. L'identificazione dei meccanismi molecolari alla base della cancerogenesi ha permesso di generare una nuova classe di agenti antitumorali che mirano a specifiche alterazioni delle cellule tumorali. Oggi è quindi possibile effettuare diagnosi più precoci e terapie mirate per il paziente, caratteristiche che sono le fondamenta della medicina personalizzata.

OBIETTIVI. Per poter ottenere una cura personalizzata è necessaria la creazione di un team multidisciplinare, composto da biologi, radiologi, patologi, oncologi, chirurghi e bioinformatici; è necessario, infatti, dare "un nome ed un cognome" al tumore, effettuare una accurata interpretazione dei dati ed una accurata progettazione di studi clinic.

METODI. Di fondamentale importanza è l'identificazione dei biomarker predittivi, che è diventata una pratica obbligatoria per migliorare lo sviluppo clinico di nuovi farmaci. L'identificazione di tali biomarker aiuta ad indirizzare il farmaco giusto al paziente giusto.

RISULTATI. Un esempio di terapia personalizzata efficace è rappresentata dall' utilizzo di un inibitore delle tirosin chinasi dell'EGFR per i pazienti affetti da NSCLC con EGFR mutato. Sempre restando nell'ambito del cancro polmone (NSCLC), alcuni nostri dati preliminari hanno dimostrato come la riattivazione dell'oncosoppressore RBL2/p130, coinvolto nella regolazione del ciclo cellulare, riesce a bloccare la crescita tumorale ed indurre morte cellulare programmata in linee cellulari di adenocarcinoma polmonare. Abbiamo infatti scoperto che la riattivazione del potenziale oncosoppressore di RBL2/p130, attraverso un composto chinolinonico, che interferisce con la sua fosforilazione inibitoria mediata da CDK2, induce apoptosi nel cancro del polmone e che l'apoptosi dipende da RBL2/p130 stessa. Contemporaneamente, abbiamo studiato se l'oncosoppressore potesse antagonizzare la via AKT, un pathway antiapoptotico chiave attivato nella maggior parte dei tumori umani e abbiamo identificato RBL2/p130 come bersaglio diretto AKT. Anche in questo caso, dai nostri risultati è emerso che dopo l'inibizione di AKT, la proteina RBL2/p130 è in grado di bloccare le cellule tumorali. Infine abbiamo dimostrato che entrambi gli approcci, mirati a riattivare la funzione di RBL2/p130, risultano essere sinergici.

LIMITI. Nonostante l'eccitante potenziale della medicina personalizzata, attualmente ci sono solo alcuni sottotipi di malattia per i quali esistono approcci terapeutici con comprovata efficacia. Resta ancora molto da fare per realizzare la promessa della medicina di precisione. Infatti è doveroso sottolineare che diverse alterazioni molecolari, anche se riguardante lo stesso bersaglio terapeutico, possono non essere equivalenti e che il panorama molecolare può influenzare la risposta del tumore ai trattamenti specifici

CONCLUSIONI. I nostri dati preliminari, considerando l'enorme difficoltà di individuare strategie terapeutiche in grado di riattivare la funzione di oncossopressori, possono essere considerati incoraggianti per intraprendere studi futuri e meglio caratterizzare i meccanismi molecolari regolati da RBL2/p130. Dissecare le funzioni di questa proteina è fondamentale sia per la progettazione di trattamenti antitumorali sia per la previsione del risultato dei piani terapeutici.

Autore per la corrispondenza: Giordano Antonio – Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese –
Email: giordano@temple.edu

96. Nursing Audit: gestione degli accessi venosi periferici in Pronto Soccorso

Franceschini Giulia, Faccilongo Mario, Dignani Lucia

Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti

BACKGROUND. Nonostante i dati internazionali sulla prevalenza e gestione degli Accessi Venosi Periferici (AVP) non siano molti, la letteratura evidenzia che l'inserimento dell'AVP è la procedura più frequentemente eseguita in ospedale a livello internazionale. Nei Dipartimenti di Emergenza è emersa una sovrastima della reale necessità di posizionamento dell'AVP e un maggiore rischio di ripercussioni negative in termini di salute per l'assistito in seguito a una gestione non corretta del device. L'adozione di una pratica clinica in linea con evidenze scientifiche aggiornate, è correlata a una riduzione delle complicanze (attualmente stimate dalla letteratura intorno al 35-50%), un miglioramento dell'outcome del paziente e ad esiti positivi in termini di efficienza organizzativa. È necessario pertanto sensibilizzare gli operatori a investire il proprio tempo nella formazione e nel training, nell'ottica del risk management e adottare una pratica professionale evidence based, critica e riflessiva.

OBIETTIVI. Valutare la gestione infermieristica dell'Accesso Venoso Periferico in Pronto Soccorso, nelle sue diverse fasi: dal posizionamento, all'ispezione del sito di inserzione e dello stato della medicazione, fino alla registrazione.

METODI. È stato condotto un Nursing Audit che ha coinvolto il personale infermieristico del Pronto Soccorso di un Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) di secondo livello di un ospedale marchigiano. Dopo aver identificato il tema, sono stati individuati gli standard assistenziali di riferimento e sono stati costruiti gli indicatori. Sono stati poi definiti strumenti, soggetti e tempi dedicati alla rilevazione e analisi dei dati: la raccolta dati, monocentrica e prospettica, è avvenuta nel periodo marzo-aprile 2018, mediante uno strumento elaborato ad hoc. La scheda era composto da 10 aree di indagine: età e sesso del paziente, problema principale dell'assistito, codice triage, provenienza dell'assistito, luogo di posizionamento AVP, numero AVP presenti, sede di repere dell'AVP, ispezione del sito di inserzione, valutazione della linea infusiva, registrazione del posizionamento AVP sul verbale di Pronto Soccorso. Gli infermieri partecipanti hanno inserito i dati attenendosi alla procedura di compilazione allegata allo strumento di indagine. Per ogni AVP osservato è stata compilata una scheda di indagine. I dati raccolti sono stati elaborati mediante statistica descrittiva, al fine di misurare la performance e analizzare gli scostamenti rispetto allo standard assistenziale, così da porre le basi per l'implementazione del cambiamento.

RISULTATI. Hanno partecipato all'audit 39 infermieri e sono stati monitorati 485 AVP. Gli assistiti con AVP erano per lo più di sesso maschile (51%), con età media di 61,2 anni. I problemi principali più frequentemente riportati risultavano essere: dolore toracico (14,4%) e dolore addominale (12,2%). -Risultati in linea con le evidenze scientifiche: sono stati posizionati AVP in prevalenza su persone assistite di gravità medio-elevata: il codice di accesso risultava essere giallo nel 47% dei casi e rosso nel 9% dei casi. Gli AVP erano posizionati prevalentemente a livello degli arti superiori (98,4% dei casi). Nell' 89,8% dei casi non sono stati evidenziati segni di malfunzionamento del device. La medicazione risultava essere in buono stato nel 90,9% dei casi. Nel 77,7% dei casi la linea infusiva era pulita durante l'ispezione. L'82% delle linee infusionali era ben assemblata. -Risultati non in linea con le evidenze scientifiche: La medicazione con garza e cerotto è stata utilizzata nel 57,3% dei casi e solo lo 0,4% dei CVP era medicato con il cerotto in poliuretano (data la breve durata di permanenza dell'assistito in Pronto Soccorso). La maggiore criticità evidenziata era relativa alla registrazione sulla documentazione dell'avvenuto posizionamento. Nel 93,4%, non è stata documentata la tipologia di device utilizzato.

LIMITI. Il principale limite dell'indagine è la ridotta numerosità campionaria rispetto al numero di accessi in Pronto Soccorso.

CONCLUSIONI. Nonostante i dati emersi evidenzino l'utilizzo di una buona pratica clinica in merito alla gestione dell'Accesso Venoso Periferico, potrebbe essere utile prevedere incontri formativi periodici sull'argomento.

Autore per la corrispondenza: Dignani Lucia – Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti –
Email: luciadignani@yahoo.it

97. L'efficacia del monitoraggio emodinamico invasivo in Terapia Intensiva: una revisione integrativa della letteratura

Franceschini Giulia, Aurelio Veneranda

Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti

BACKGROUND. Il monitoraggio emodinamico invasivo si traduce in un sistema di acquisizione di dati fondamentali per la gestione efficace di un paziente in condizioni critiche; nello specifico consente di valutare in modo continuo la funzione cardiovascolare e di determinare, in tempi rapidi, la migliore strategia terapeutica. Trova indicazione anche nella verifica dell'efficacia dei provvedimenti terapeutici, in special modo rianimatori, e nella diagnosi differenziale. Richiede l'incannulazione di uno o più vasi e si avvale di sofisticati cateteri e apparecchiature.

OBIETTIVI. Gli obiettivi della presente revisione sono due: – sintetizzare i risultati delle principali evidenze in letteratura sul monitoraggio emodinamico invasivo e sul suo ruolo all'interno del contesto clinico – sintetizzare le evidenze relative alla corretta gestione dei presidi dedicati al monitoraggio emodinamico invasivo.

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 "Haemodynamic monitoring", "Invasive and non invasive monitoring", "Central Vascular Access", "Invasive blood pressure", "Central Venous Pressure", "Advanced haemodynamic monitoring systems". I termini utilizzati sono stati combinati tra loro tramite l'operatore booleano "AND". Sono stati individuati 26 studi, di cui 19 rispondenti ai criteri di inclusione prestabiliti, analizzati in full text. Per restanti 7 articoli sono stati consultati gli abstract. Complessivamente, includendo cioè articoli e libri di testo, sono stati inclusi nella revisione della letteratura 30 fonti bibliografiche.

RISULTATI. Sono stati analizzati i più importanti parametri emodinamici invasivi (Pressione Arteriosa, Pressione Venosa Centrale, Monitoraggio emodinamico mediante il Catetere di Swan Ganz e mediante il Sistema PICCO), gli strumenti necessari alla rilevazione e gli elementi che ne influenzano l'attendibilità. I risultati degli studi analizzati evidenziano che: – i requisiti per il monitoraggio dipendono dalle condizioni cliniche del paziente, dalle risorse disponibili e dall'abilità dell'équipe – non vi è alcuna tecnica di monitoraggio capace, singolarmente, di apportare miglioramenti significativi sulle condizioni cliniche dell'assistito: i sistemi di monitoraggio emodinamico avanzato hanno impatto sull'outcome del paziente ma sono necessari ulteriori studi per associare i parametri clinicamente rilevanti alla scelta delle migliori strategie terapeutiche. – l'impiego di un monitoraggio sempre meno invasivo è oggetto di studio. – risulta fondamentale educare il personale sanitario sulle procedure corrette per l'impianto, la gestione ottimale dei cateteri intravascolari e le corrette misure di controllo atte a prevenire le infezioni correlate ai cateteri intravascolari.

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

CONCLUSIONI. In situazioni cliniche complesse il monitoraggio emodinamico invasivo ha un ruolo rilevante in quanto consente di valutare i parametri cardiovascolari e la risposta alle cure implementate. In questo senso ha quindi un compito di verifica continua in termini diagnostici e terapeutici. La letteratura dimostra una tendenza costante all'impiego di un monitoraggio sempre meno invasivo e alla valutazione del rapporto rischio/beneficio per il singolo paziente.

Autore per la corrispondenza: Franceschini Giulia – Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti –
Email: giulietta--2011@libero.it

98. Ruolo dei Referenti della formazione continua nella costruzione di un protocollo di gestione della formazione aziendale

Franceschini Giulia[1], Girotti Susi[1], Pelusi Gilda[2]

[1]*Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti,* [2]*Università Politecnica delle Marche*

BACKGROUND. L'educazione continua in medicina (ECM), istituita con il Decreto Legislativo 229/1999, permette di rispondere alle esigenze del progresso scientifico. Il tema della formazione è particolarmente complesso se contestualizzato in una realtà ospedaliera di rilievo regionale: analizzando l'attività formativa di un'azienda ospedaliera marchigiana di secondo livello emerge che la conformità tra programmazione e realizzazione non è completa; ciò rappresenta una criticità che richiede l'impiego di adeguati strumenti operativi.

OBIETTIVI. Migliorare il processo di gestione dell'attività di formazione, dalla fase di progettazione fino a quella operativa di produzione di documenti, utili per la fase di accreditamento e rendicontazione degli eventi formativi.

METODI. È stata realizzata una revisione integrativa della letteratura in tema di formazione continua in medicina. Questa si è avvalsa di libri di testo, articoli scientifici, analisi della normativa vigente nazionale (Accordo stato-regioni 2007/2017) e regionale (DRG 520/2013 e 1501/2017). È stata consultata la banca dati di Medline (attraverso Pubmed). La strategia di ricerca ha previsto l'utilizzo di specifici termini MeSH e termini liberi, tra cui "Nursing education", "Continuing professional development", "Learning enviroment". I termini sono stati combinati tra loro tramite l'operatore booleano "AND". Nel complesso sono state analizzate 31 fonti bibliografiche. Sulla base delle evidenze, è stato elaborato il protocollo di gestione degli eventi formativi. Questo è stato realizzato tra il 2015 e il 2016 da parte di un gruppo di professionisti sanitari con un ruolo di gestione della formazione comprendente: collaboratori sanitari infermieri, posizione organizzativa formazione e sviluppo professionale, coordinatori di unità operativa e dipartimento.

RISULTATI. È stato formulato un protocollo di riferimento aziendale sulla gestione degli eventi formativi. Gli ambiti pedagogici trattati sono la Formazione Residenziale e la Formazione Sul Campo 1. Formazione Residenziale: Tradizionale: identificazione di obiettivi, contenuti e strategia didattica; predisposizione di materiali didattici, tecnologici, setting e time table. Interattiva: predisposizione di un contratto formativo; utilizzo di brainstorming o mappe mentali. 1. Formazione Sul Campo: Training: identificazione dei problemi, predisposizione di percorso, spazi e tempi. Gruppi di miglioramento: analisi e descrizione del processo attuale; valutazione delle cause del problema. Audit clinico-assistenziale: identificazione del tema, del campione di pazienti, delle informazioni da raccogliere secondo modalità standardizzate e dei parametri di riferimento; analisi dei dati raccolti per un confronto tra gli esiti clinici documentati e i parametri di riferimento; valutazione degli interventi. Attività di ricerca: studio e organizzazione della documentazione bibliografica, identificazione del disegno di studio, raccolta ed elaborazione di dati, discussione sui risultati, redazione, presentazione e discussione di elaborati. Per ogni strategia educativa è stato realizzato un format come base per lo sviluppo di progetti formativi. Il protocollo è stato approvato dalla Direzione Generale, Sanitaria e Amministrativa, dal Responsabile dell'Ufficio Formazione, dal Responsabile di Area Tecnica, dal Dirigente Area Infermieristica Ostetrica e dal Coordinatore del Comitato Scientifico della Formazione.

LIMITI. I principali limiti dell'indagine sono i seguenti: monocentricità e ridotta numerosità campionaria.

CONCLUSIONI. Mediante un protocollo è possibile uniformare i comportamenti di chi si trova a dover mettere in piedi un evento formativo e far sì che il proprio operato si basi su conoscenze valide e aggiornate.

Autore per la corrispondenza: Franceschini Giulia – Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti –
Email: giulietta--2011@libero.it

99. Valutazione retrospettiva dell'attività formativa continua nell'Azienda Ospedaliera Universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona

Franceschini Giulia[1], Girotti Susi[1], Pelusi Gilda[2]

[1]*Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti,* [2]*Università Politecnica delle Marche*

BACKGROUND. All'interno dell'organizzazione di cura, emerge con forza l'importanza della formazione delle risorse umane. La formazione residenziale (RES) e la formazione sul campo (FSC) detengono un valore formativo intrinseco. La Formazione Residenziale, particolarmente adatta nello sviluppo di conoscenze, si suddivide in Formazione residenziale tradizionale e interattiva. La Formazione Sul Campo, la quale richiede un coinvolgimento attivo del discente e per la quale la ricerca in campo pedagogico presta scarsa attenzione, si suddivide in: Training individualizzato, Gruppi di miglioramento, Audit Clinico e/o Assistenziale, Attività di ricerca. Le organizzazioni sanitarie sono chiamate a redigere un Piano di Formazione, strumento di pianificazione delle attività formative orientato al raggiungimento degli obiettivi della programmazione sanitaria (Accordo Stato-Regioni 2007 e DGR 1501/2017); devono inoltre documentare l'attività formative effettivamente implementata e gli outcomes ad essa correlati attraverso un Report annuale.

OBIETTIVI. – Valutare Esaminare l'attività formativa accreditata relativa alle Professioni Sanitarie svolta in un'Azienda Ospedaliera marchigiana di secondo livello – Effettuare un confronto tra le attività formative realizzate e programmate, così da valutare la reale ottemperanza alle aspettative.

METODI. È stato realizzato un disegno di studio osservazionale descrittivo monocentrico. Il setting era riferito alle 17 macroaeree dell'Azienda Ospedaliera. Il campionamento ha incluso tutte le attività formative accreditate relative alle Professioni Sanitarie svolte nel 2015 incluse nel Piano Formativo Aziendale (PFA). Il PFA comprende sia gli Eventi formativi rivolti ai dipendenti dell'Azienda, sia gli Eventi Formativi Residenziali (EFR), rivolti ai professionisti sanitari di altre regioni. Gli strumenti utilizzati per la raccolta dati erano costituiti dal registro relativo a tutte le specifiche attività formative dipartimentali e dalla piattaforma web ECM Marche. L'analisi dei dati è avvenuta tramite statistica descrittiva.

RISULTATI. Sono state analizzate 286 attività formative aziendali accreditate in PFA/EFR rivolte al Personale Sanitario, delle quali il 91,26% erano rivolte ai dipendenti aziendali e l'8,74% erano classificabili come EFR. I Dipartimenti che hanno realizzato più attività formative sono: Scienze Cardiovascolari (12,24%); Materno Infantile (11,19%); Emergenza e Accettazione (10,49%) e Medicina Interna (10,49%). Relativamente all'attività Formativa rivolta ai dipendenti dell'Azienda, nel Dipartimento di Scienze Cardiovascolari viene implementata maggiormente l'Attività di Miglioramento (28 corsi su 34); nel Dipartimento Materno Infantile, l'Attività di Miglioramento (17 corsi su 25); nel Dipartimento di Emergenza e Accettazione, la Formazione Residenziale Interattiva (12 corsi su 28); nel Dipartimento di Medicina Interna, la Formazione Residenziale Interattiva (13 corsi su 20). Nessuno spazio viene riservato all'Attività di Ricerca. Relativamente agli Eventi Formativi Residenziali (EFR), il Dipartimento Interregionale di Medicina Trasfusionale si è classificato come quello più attivo (ha realizzato il 63,64% degli EFR totali). Dal confronto tra attività formativa pianificata e realizzata, sui 511 corsi programmati, ne sono stati realizzati 286, cioè il 42,07%. Di questi, 215, ossia il 75,18%, è coerente con quanto pianificato nel PFA; i restanti 71, ossia il 24,82% dei corsi sono stati organizzati e realizzati a prescindere dal PFA.

LIMITI. Lo studio effettuato è monocentrico; questo ne costituisce il principale limite.

CONCLUSIONI. Le criticità più evidenti sono la realizzazione delle attività formative inferiore alla metà di quelle pianificate e lo scarso spazio riservato all'attività di ricerca in termini formativi. La formazione e la ricerca sono imprescindibili per la crescita del Sistema Salute. Per questo motivo, è stato avviato un percorso di formazione finalizzato all'acquisizione di queste competenze.

Autore per la corrispondenza: Franceschini Giulia – Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti –
Email: giulietta--2011@libero.it

100. Implementazione di un care bundle del catetere venoso periferico: un progetto di miglioramento in Cardiologia Utic – Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord

Frassini Serena[1], Giovannini Donatella[1], Astolfi Ylenia[2], Gabrielli Patrizia, Rasori Stefania[1]

[1]Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord, [2]Università Politecnica delle Marche

BACKGROUND. Gli infermieri posizionano molto frequentemente cateteri venosi periferici (CVP), assumendosene la totale gestione e la completa responsabilità assistenziale: questo richiede conoscenze, abilità e capacità nella scelta del dispositivo più idoneo, nel monitoraggio e nella valutazione dei fattori di rischio. La corretta selezione di tali dispositivi e il loro appropriato utilizzo, in termini di farmaco infuso, frequenza d'impiego e monitoraggio del sito d'inserzione, sono imprescindibili per preservare il patrimonio venoso dell'utente e minimizzare le complicanze associate. L'impiego di care bundles, ovvero ''pacchetti'' di interventi e comportamenti validati dalle evidenze scientifiche ed applicati in maniera continua e contestuale, migliora significativamente la performance e gli outcomes assistenziali, con un'evidente costo-efficacia sia dal punto di vista sociale che economico. Un bundle per la gestione del CVP è stato sperimentato in un reparto cardiologico dell'Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord.

OBIETTIVI. Valutare in quale misura l'applicazione di un care bundle del CVP migliora l'adesione alle buone pratiche assistenziali, riduce l'incidenza di complicanze legate all'utilizzo dei devices, migliora la tracciabilità della gestione e la qualità della documentazione e consente di intercettare precocemente i pazienti candidati all'inserimento di un catetere venoso centrale.

METODI. Progetto pilota di Quality Improvement con rilevazione pre-post condotto all'interno dell'UOC Cardiologia-Utic dell'AORMN di Pesaro. Tramite scheda appositamente predisposta, è stata effettuata una prima rilevazione relativa alla modalità di gestione degli accessi venosi periferici (baseline): tutti i CVP posizionati dal 5/2/2018 al 1/3/2018 sono stati monitorati relativamente a giorni di permanenza e di utilizzo, farmaci infusi, modalità di flushing, VIP score (Visual Infusion Phlebitis Scale), causale di rimozione. Sulla base delle raccomandazioni forti delle più autorevoli linee guida e di altre fonti secondarie evidence-based è stato stilato il bundle per la gestione del CVP. Contestualmente è stato elaborato un "kit" costituito da una tabella riassuntiva dei principali farmaci flebitogeni in uso nel reparto, da non infondere attraverso la via periferica, la locandina che illustrava le raccomandazioni del bundle del CVP e una scheda per documentare turno per turno la "vita" del CVP. Questi strumenti sono stati predisposti per ottimizzare la compliance del personale infermieristico e migliorare la documentazione. Previa sessione formativa, a partire dal 23/7/2018 il "kit" è stato implementato nell'UO. A distanza di 2 mesi, dal 1/10 al 26/10/18 la rilevazione è stata ripetuta e i dati, confrontati con quelli del baseline, sono stati elaborati statisticamente. Per il calcolo della significatività statistica (livello 0.05) è stato applicato il test di Fisher per il confronto tra percentuali e il t-test per il confronto tra medie utilizzando il software statistico MedCalc (https://www.medcalc.org).

RISULTATI. Sono stati monitorati in totale 214 dispositivi, 99 CVP nel pre implementazione e 115 nel post. È aumentata la percentuale di CVP in uso ogni giorno (56.5% vs 37.3% P=0.005), diminuite le infusioni di flebitogeni sul n° totale di giorni in cui i CVP sono stati utilizzati (12.2% vs 17.4% p=0.28), aumentata la % di CVP rimossi per inutilizzo (23.4% vs 12.1% p=0.03). In 376 giorni/catetere nessun flushing è stato effettuato con soluzione eparinata (dato baseline: 32 flushing/351 giorni-catetere): per il lavaggio dei dispositivi è stata utilizzata unicamente la soluzione fisiologica. Aumenta anche il tempo di sopravvivenza dei CVP rimossi per VIP score ≠ 0, ovvero solo se clinicamente indicato (Media 3.9 vs 3.1 gg p=0.12).

LIMITI. Bassa numerosità e breve periodo di implementazione. Il tempo di sperimentazione del bundle, della scala VIP, della scheda di documentazione e della tabella dei farmaci flebitogeni è stato breve e il secondo monitoraggio si è svolto a soli 2 mesi dalla fase di implementazione: trattandosi del periodo estivo, con un alto indice di turnover interno del personale, è ipotizzabile che non sia stato sufficiente per consolidare le indicazioni fornite nella sessione formativa ed usare il "kit" in maniera ottimale.

CONCLUSIONI. L'impiego di un care bundle, di reminders e documentazione infermieristica specifica migliora sensibilmente l'adesione alle raccomandazioni per la gestione dei CVP, in particolare per tipologia di flushing, di farmaco infuso e tempistica di sostituzione.

Autore per la corrispondenza: Frassini Serena – Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord –
Email: serena.frassini@ospedalimarchenord.it

101. Devoti alle “vacche sacre” dell’assistenza o professionisti “100% evidence-based”? Studio osservazionale trasversale monocentrico per indagare il livello di conoscenze di infermieri e studenti

Frassini Serena[1], Giovannini Donatella[1], Gargiulo Maria Rosaria[2]

[1]Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord, [2]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti

BACKGROUND. L’espressione “vacche sacre” allude all’induismo e alla sacralità riconosciuta a questi animali. In ambito assistenziale fa riferimento a pratiche routinarie basate sulla tradizione piuttosto che sulla scienza, immuni da qualsiasi critica o discussione: liberarsene, nella pratica, spesso risulta difficile. Per i Magnet Hospitals statunitensi, sacred cows contest per eccellenza, la loro eliminazione è uno standard di eccellenza infermieristica. La survey online “20 Questions: Evidence-based Practice or Sacred Cows?” promossa dalla rivista “Nursing” e pubblicata nell’agosto 2015, ci ha suggerito l’idea di replicare l’indagine su un campione di infermieri e studenti per identificare, sulla base della correttezza delle risposte fornite, aree assistenziali che necessitano di updating ed interventi formativi mirati.

OBIETTIVI. Evidenziare la persistenza di pratiche non evidence based; confrontare i dati ottenuti con le percentuali di risposta della survey statunitense; indagare il livello conoscitivo degli studenti infermieri nella fase conclusiva del loro percorso universitario.

METODI. La survey, con disegno cross-sectional, è stata condotta su un campione non probabilistico di convenienza: un questionario con 20 domande di pratica clinica infermieristica a risposta chiusa “vero-falso”, sottoposto a forward and backward translation, è stato somministrato ad infermieri dell’Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord e a studenti/neo-laureati di due Poli didattici dell’Università Politecnica delle Marche. I dati sono stati elaborati con Excel e il calcolatore Medcalc® (test ?2, livello di significatività definito a 0.05).

RISULTATI. L’indagine è stata condotta su 318 infermieri e 130 studenti/neolaureati. La percentuale di risposte non corrette evidenzia la persistenza di pratiche assistenziali “non evidence-based” a livello sia operativo che formativo. Le tematiche ad alta % di risposta scorretta sono risultate quelle relative alla posizione Trendelemburg nell’ipotensione e shock (infermieri 87%, studenti 88% $p>0.05$), all’uso di detergenti senza risciacquo per la pulizia della cute in caso di incontinenza fecale (infermieri 77%, studenti 86% $p>0.05$) e all’esecuzione del “whoosh test” per il controllo del posizionamento della sonda gastrica (infermieri 86%, studenti 68% $p<0.05$). I rispondenti potrebbero avere confuso la Trendelemburg classica (testa più bassa dei piedi), oggetto del quesito, con la modificata (solo gli arti inferiori elevati): ciò potrebbe avere contribuito all’alta percentuale di errore nella risposta. Il digiuno preoperatorio a partire dalla mezzanotte, come nella ricerca americana, è un’altra “vacca sacra” della nostra indagine (88% degli infermieri; 77% degli studenti, $p<0.05$). Al quesito riguardante il controllo del residuo gastrico per ridurre il rischio di aspirazione nei pazienti con nutrizione enterale, danno risposta erronea 83% degli infermieri e 77% degli studenti ($p>0.05$): l’evidenza scientifica riguardo a tale pratica, in realtà, è debole e contrastante. L’elevazione della testata del letto per la prevenzione delle VAP, la tricotomia preoperatoria, l’iperventilazione per la riduzione della pressione intracranica, le indicazioni per il cateterismo vescicale e la corretta modalità per effettuare l’igiene del meato uretrale sembrano essere “vacche sacre” ormai superate; rispetto agli infermieri, gli studenti/neolaureati riportano un brillante risultato (solo il 4% di errore $p<0.05$) per il quesito relativo alla tricotomia: Nel complesso, i risultati ottenuti sono sostanzialmente in linea con quelli riportati dalla ricerca americana, condotta su un campione largamente più ampio.

LIMITI. L’indagine è stata condotta solo in ambito ospedaliero ed il campione non ha incluso infermieri afferenti alle aree ambulatoriali; inoltre, pur avendo coinvolto due poli didattici, gli studenti/neolaureati afferivano alla medesima Università. L’uso di un campione di convenienza e la sua limitata numerosità non consentono di generalizzare i risultati: le differenze nella percentuale di risposta sono risultate statisticamente significative per la maggior parte degli item e non consentono il confronto con i dati dell’indagine originale. La mancata validazione del questionario in lingua italiana potrebbe avere comportato misunderstanding nella comprensione di alcuni item.

CONCLUSIONI. Sono necessari ulteriori studi, con analoga o altra modalità di indagine e con campioni più numerosi e rappresentativi per raccogliere informazioni in setting più eterogenei e per evidenziare la persistenza di altre “vacche sacre” dell’assistenza (vedi l’aspirazione nelle iniezioni intramuscolari o l’uso dei cellulari nei reparti di cure intensive). Contesti formativi e lavorativi favorenti la diffusione capillare della cultura “evidence based” sono l’arma più potente affinché il nursing si affranchi da pratiche tradizionali inutili, costo-inefficaci, o addirittura dannose.

Autore per la corrispondenza: Frassini Serena – Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord –
Email: serena.frassini@ospedalimarchenord.it

102. Il controllo dei servizi esternalizzati in sanità

Freda Paola, Rebola Alessio

Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino

BACKGROUND. La necessità di contenimento dei costi nell'erogazione dei servizi sanitari, ha portato negli ultimi tempi a sviluppare nuovi modelli organizzativi che introducono importanti elementi di criticità e conseguenti necessità di presidiare opportunamente le funzioni date in gestione esterna, per evitare uno scadimento della performance generale degli asset tecnologici ospedalieri, con particolare riferimento al settore dei medical device.

OBIETTIVI. Costruire un modello di organizzazione sostenibile, adeguata a rispondere efficacemente a questa nuova modalità di gestione dei servizi un tempo considerati "core" e quindi non appaltabili a società esterne al SSN che essendo soggetti privati devono perseguire un utile economico non necessariamente convergente con le finalità proprie di un sistema universalistico come il nostro SSN.

METODI. Eperienza sul campo di gestione di SSCC di ingegneria clinica in importanti aziende ospedaliere. Impostazione di rapporti contrattuali con società di gestione della manutenzione di medical device, gestione e controllo sul campo di appalti cosiddetti di global service integrato con controllo di costi e qualità. Analisi costi-benefici di varie soluzioni gestionali.

RISULTATI. Valutare e implementare una adeguata dotazione di risorse e compentenze interne che consenta di realizzare il controllo della qualità delle attività gestite esternamente garantendo la sicurezza delle cure, indipendentemente dalla modalità di esternalizzazione dei servizi.

LIMITI. Difficoltà dei decisori a definire il mix ideale tra gestione interna ed esternalizzata di servizi anche core e particolarmente critici e strategici per l'erogazione di cure e prestazioni sicure e di qualità.

CONCLUSIONI. A dieci anni dall'emanazione della Raccomandazione n. 9/2009 del MDS sarebbe opportuno rivalutare la sua attualità in ragione di questo nuovo approccio organizzativo e gestionale.

Autore per la corrispondenza: Rebola Alessio Attilio – Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino – Email: arebola@cittadellasalute.to.it

103. Valutazione di competenze manageriali offerte nelle scuole di igiene e medicina preventiva in Italia

Furmenti Maria Francesca[1], Barbara Andrea[2], Voglino Gianluca[1], Beltramello Claudio[3]

[1]Università degli Studi di Torino, Torino, [2]Università Cattolica del Sacro Cuore, [3]Fondazione GIMBE

BACKGROUND. Buona parte degli Specialisti in Igiene e Medicina Preventiva ricopre ruoli organizzativi e manageriali nelle strutture e organizzazioni sanitarie. Tuttavia, le competenze che uno Specializzando in Igiene acquisisce nel suo percorso formativo su temi di organizzazione e management variano in modo molto sostanziale; sebbene il DM 68/2015 abbia dato degli indirizzi generali, non vi è, infatti, un programma standardizzato in tutte le Scuole di Specializzazione in Igiene italiane su tali temi e, di conseguenza, vi è una grande variabilità nelle skills acquisite in questi ambiti dai neo-specialisti.

OBIETTIVI. È stato dunque effettuato uno studio con gli obiettivi di: censire le competenze manageriali e organizzative acquisite dagli Specializzandi di Igiene in Italia; verificare quali aree sono maggiormente carenti ed evidenziare disallineamenti tra le risposte degli Specializzandi e le risposte dei Direttori delle Scuole; proporre un curriculum standardizzato su tali temi per tutte le Scuole di Specialità di Igiene d'Italia. Obiettivo del presente abstract è mettere in evidenza i risultati afferenti all'ambito della Clinical Governance (CG) e Strumenti Manageriali Trasversali e Soft Skills.

METODI. È stato sviluppato un questionario per valutare i principali temi di organizzazione e management, divisi in 4 macroaree: ambito generale (7 domande); strumenti manageriali (13 domande, tra cui le 6 domande di CG); macromodelli organizzativi (6 domande) e soft skills (9 domande). I rispondenti potevano assegnare un punteggio da 1 (affrontato per nulla) a 4 (affrontato in modo approfondito e collegato ad altri temi affini) a ciascun tema. Il questionario, somministrato on-line tra maggio e settembre 2018, era rivolto parallelamente ai Direttori delle Scuole e agli Specializzandi, a cui è stata chiesta una compilazione collettiva coinvolgendo in particolare gli studenti degli ultimi due anni di corso. Per ciascuna domanda sono state calcolate media e deviazione standard; per evidenziare eventuali differenze tra le risposte degli Specializzandi e dei Direttori è stato usato il t-test. Per le analisi è stato utilizzato il software Stata 13.1.

RISULTATI. Hanno risposto 30 (93,8%) Scuole per gli Specializzandi e 13 (40,6%) per i Direttori. In 3 macroaeree su 4 si riscontrano differenze statisticamente significative tra il punteggio dato dai Direttori e quello degli Specializzandi [Ambito Generale (max 28 pt): 21,92±2,56 vs 18,04±4,44; Strumenti Manageriali (max 52 pt): 37,15±8,12 vs 28,77±9,26; Macromodelli (max 24 pt): 17,92±2,69 vs 17,54±13,87]. In particolare, l' 83,3% di tutte le risposte date dai Direttori di scuola nell'area della Clinical Governance risultano avere un punteggio medio statisticamente maggiore ($p<0,05$) di quello degli Specializzandi: principi generali e strumenti di Clinical Governance, Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali e Gestione del Rischio Clinico sono i temi affrontati meglio secondo i Direttori e Specializzandi (media 3,46±0,66 vs 2,6±0,89; 3,38±0,77 vs 2,53±0,9; 3,31±0,85 vs 2,63±0,96); i temi peggio affrontati sono l' Health Technology Assessment, Clinical Audit e l' Evidence Based Practice (3,08±0,24 vs 2,13±0,21; 3,15±0,9 vs 2,27; 3±0,28 vs 2,53±0,19). L'unica differenza non significativa è nella voce Evidence Based Practice. Nella macroarea Strumenti Manageriali Trasversali e Soft Skills i punteggi dati dai Direttori risultano essere maggiori in tutte le risposte, tuttavia la differenza è statisticamente significativa solo nelle aree Teamwork e Learning Organization, Problem Solving, Gestione della Riunione e Coinvolgimento di cittadini e pazienti nella programmazione e nella gestione dei servizi sanitari (media 2,46±1,2 vs 2±0,95; 2,61±1,19 vs 2,03±0,85; 2,46±0,96 vs 1,84±0,98; 2,46±0,96 vs 1,84±0,98). La differenza non è significativa nelle voci Organizzazione e Gestione del personale, Formazione del personale, Change Management, Leadership e Negoziazione (media 2,46±1,13 vs 2,14±1,01; 2,85±1,15 vs 2,37±0,96; 1,85±0,9 vs 1,5±0,68; 2,46±1,2 vs 1,97±1; 2,1±0,86 vs 1,7±0,79).

LIMITI. Uno dei principali limiti dello studio è la scarsa partecipazione dei Direttori a fronte di un elevato tasso di risposta degli Specializzandi; tale discrepanza potrebbe andare a inficiare la significatività del confronto tra alcuni dati. I temi affrontati nel questionario rappresentano una sintesi dei numerosi ambiti di organizzazione e management, senza, tuttavia, distinzione tra temi molto rilevanti e corposi, che dovrebbero essere affrontati in corsi e/o tirocini di più giornate, e temi più semplici e meno articolati che possono essere affrontati in poche ore di attività in aula o con un seminario.

CONCLUSIONI. Tali risultati evidenziano come sia urgente riflettere sulla formazione in merito a temi di organizzazione e management sanitario e sulle ragioni delle differenze nei punteggi attributi alle risposte tra Direttori di Scuola e Specializzandi.

Autore per la corrispondenza: Furmenti Maria Francesca – Università degli Studi di Torino –
Email: mariafrancesca.furmenti@unito.it

104. Effetti della musicoterapia sugli outcomes fisici e psicologici dei pazienti pediatrici oncologici: una revisione integrativa della letteratura

Galli Francesco[1], Simonetti Valentina[2], Ferrer Purita Marie[2], Andreoli Elisa[3], Cotticelli Federico[4], Cicolini Giancarlo[5], Comparcini Dania[3]

[1]ASUR Marche - Area Vasta n. 2, [2]Università Politecnica delle Marche, [3]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti, [4]ASUR Marche - Area Vasta n. 3, [5]Azienda Sanitaria Locale 2 Lanciano Vasto Chieti

BACKGROUND. La musicoterapia è oggi riconosciuta come una disciplina intellettuale e scientifica che usa il suono per aprire i canali di comunicazione e influenzare i processi di socializzazione e guarigione al fine di favorire una maggiore consapevolezza di sé e migliorare la qualità di vita. Nell'ultimo ventennio sono state condotte numerose ricerche per studiare gli effetti della musicoterapia in ambito sanitario come supporto al processo terapeutico di soggetti adulti e pediatrici sottoposti a trattamenti medico-chirurgici di diverse patologie in particolare quelle cronico-degenerative e oncologiche. Nello specifico ambito oncologico, è stato dimostrato che nella progressione della malattia la musicoterapia gioca un ruolo fondamentale sullo stato emotivo a tal punto da determinare una riduzione dello stress e dello stato ansioso, favorire una sensazione di confort, rilassamento e distrazione dal dolore, associandosi ad una miglior performance clinica. attualmente, in ambito pediatrico, è aumentata la domanda di terapie alternative ed aggiuntive per sostenere i bambini lungo il percorso di cura e trattamento del cancro. Nonostante tali evidenze, nessuna revisione integrativa della letteratura ha fornito un riassunto esaustivo dei risultati emersi da studi sperimentali e osservazionali, sia quantitativi sia qualitativi nello specifico ambito dell'oncologia pediatrica.

OBIETTIVI. Riassumere i risultati dei principali studi riguardanti gli effetti della musicoterapia sugli outcomes fisici e psicologici dei pazienti pediatrici oncologici.

METODI. È stata condotta una revisione integrativa della letteratura seguendo l'approccio di Whittemore e Knalf (2005). Sono stati consultati i database Medline e Cochrane fino al termine del mese di marzo 2017. Sono state costruite stringhe di ricerca con i termini: "music therapy", "child", "children", "cancer", "pain" e "anxiety" combinati tra loro con gli operatori boleani. Sono stati inclusi nella revisione studi primari quantitativi (sperimentali e osservazionali), studi qualitativi e studi secondari, pubblicati negli ultimi 20 anni in lingua inglese e italiana.

RISULTATI. La ricerca iniziale ha restituito 48 articoli, che in seguito alla rimozione dei duplicati, di quelli non pertinenti con l'obiettivo e di quelli non reperibili in full text, si sono ridotti a 13; di questi sono stati esclusi ulteriori 2 studi per l'anno di pubblicazione remoto. Sono stati inclusi nella revisione finale 11 articoli (6 studi quantitativi, 1 qualitativo, 3 con metodo misto e 1 revisione). I risultati hanno evidenziato che la musicoterapia ha migliorato la qualità di vita dei bambini apportando benefici sul dolore e sull'ansia ed inoltre ha favorito il loro rapporto con i sanitari e con l'ambiente. In particolare, per quanto riguarda la gestione del dolore, uno studio sperimentale (Bufalini, 2009) ha evidenziato come la musica interattiva possa costituire un trattamento efficace per l'attenuazione dell'ansia e il grado di soddisfazione dei bambini, dei genitori e dei membri dello staff. Un altro studio sperimentale (Nguyen et al. 2010) ha permesso di rilevare attraverso l'uso di scale validate l'efficacia dell'intervento musicale sull'ansia e sul dolore riferito dai bambini affetti da leucemia durante la procedura di puntura lombare. A seguito dell'intervento sono state condotte una serie di interviste con domande aperte che hanno evidenziato come l'ascolto della musica con gli auricolari, abbia ridotto il dolore, l'ansia, la frequenza cardiaca e respiratoria rispetto al gruppo controllo, rivelandosi un ottimo strumento terapeutico.

LIMITI. Il limite principale è rappresentato dal mancato approccio della valutazione della qualità degli studi inclusi, in termini di affidabilità e credibilità. Un altro limite è correlato alla scarsa numerosità campionaria riportata nei differenti studi inclusi nella revisione e al campionamento eterogeneo in termini di diagnosi.

CONCLUSIONI. I bambini malati di cancro associano spesso l'ambiente ospedaliero a esperienze di dolore e depressione, vissuti correlati ad una malattia pericolosa per la vita. Gli interventi di musicoterapia possono aiutare ad alleviare il dolore, la sofferenza spirituale, l'ansia, a migliorare l'umore determinando effetti positivi su tutti quegli aspetti non modificabili che purtroppo fanno parte della malattia oncologica. Sono necessarie ulteriori ricerche, di tipo prospettico e multicentrico, per determinare se alcune sottopopolazioni di pazienti pediatrici affetti da tumore hanno maggiori probabilità di rispondere positivamente agli interventi di musicoterapia rispetto ad altre; infine, è auspicabili approfondire quali tipologie di intervento possano essere più efficaci e quali parametri di misura considerare per valutarne appropriatamente l'efficacia.

Autore per la corrispondenza: Comparcini Dania – Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti –
Email: da.comparcini@gmail.com

105. Vaccini: studio trasversale sulle conoscenze, esperienze ed opinioni personali degli infermieri

Galluzzo Giorgia Angela[1], Comparcini Dania[2], Cicolini Giancarlo[3], Simonetti Valentina[1]

[1]Università Politecnica delle Marche, [2]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti, [3]Università degli Studi di Chieti e Pescara - Gabriele D'Annunzio

BACKGROUND. Secondo i dati sulle coperture vaccinali, elaborati annualmente dall'ufficio di prevenzione sanitaria del Ministero della Sanità, negli anni 2014-2016 si è evidenziato un calo delle percentuali di coperture vaccinali fino al di sotto del valore di sicurezza del 95%. Il governo, per ovviare a tale problema, ha promulgato il Decreto-legge n.73 che ha reso 10 vaccinazioni obbligatorie e 4 raccomandate. Vari studi confermano l'importanza dell'infermiere nell'informazione ed educazione dei cittadini; inoltre, il profilo professionale afferma che l'infermiere si occupa dell'educazione e prevenzione dalle malattie. Pertanto, l'infermiere dovrebbe avere delle conoscenze aggiornate e delle attitudini positive rispetto a tale tematica, in modo da sostenere ed orientare le scelte della collettività, nel rispetto della normativa vigente, oltre che per un dovere etico e deontologico.

OBIETTIVI. Indagare le conoscenze, esperienze e opinioni personali degli infermieri italiani sulle vaccinazioni, dopo la promulgazione del Decreto-legge n.73.

METODI. Lo studio trasversale, monocentrico, è stato condotto dal 1° febbraio al 30 maggio 2018 in area medica, chirurgica, materno-infantile, critica e dei servizi. Dopo aver ottenuto l'autorizzazione all'indagine da parte della direzione sanitaria ed il consenso da parte degli infermieri partecipanti, è stato somministrato il questionario validato di Riccò et al. (2017). Lo strumento, costituito da 17 items a risposta multipla allo scopo di rilevare informazioni socio-anagrafiche, conoscenze, opinioni personali ed esperienze sui vaccini, è stato somministrato durante il turno di lavoro, ritirato dopo 10 minuti e conservato in una busta chiusa per garantire l'anonimato del partecipante.

RISULTATI. Sono stati coinvolti 326 infermieri (tasso di risposta=75.46%). Degli infermieri partecipanti l'84% sono donne; l'età media è di 46.5 anni (DS=4.94). Il 90% dei partecipanti vive insieme ad altre persone, il 48% dei quali vive con bambini/adolescenti ed il 19% con anziani. I risultati relativi all'area delle conoscenze sui vaccini obbligatori/raccomandati per i bambini/adolescenti sono risultati buoni: difterite 86%, tetano 87%, pertosse 87%, poliomielite 83%, epatite B 80% pneumococco 53%, haemophilus influenzae 34%, morbillo 89%, parotite 84%, rosolia 84%, varicella 65%, meningite 61%, HPV 86% sono le percentuali di risposte esatte, in linea con il calendario vaccinale; mentre le risposte inerenti le conoscenze sui vaccini obbligatori/raccomandati per gli operatori sanitari sono risultate carenti: difterite 50%, tetano 77%, poliomielite 42%, epatite A 36%, pneumococco 39%, haemophilus influenzae 28%, meningite 47%, TBC 63% sono le percentuali di risposte errate. Secondo il parere degli infermieri le infezioni per difterite, tetano, poliomielite, epatite B, pneumococco, TBC, morbillo, meningite, HPV su una scala da 0 a 4 sono ritenute le più gravi. Inoltre, in generale, i professionisti si sentono poco informati sulla tematica e che il canale migliore per aumentare le conoscenze potrebbe essere rappresentato da corsi di formazione specifici. Il 96% degli infermieri si considera totalmente/parzialmente favorevole ai vaccini; solo il 3% si dichiara parzialmente contrario. Di questi ultimi il 6% riferisce di non aver piena fiducia nel vaccino, il 6% di aver paura degli effetti collaterali e la restante parte non ha dato risposta. Il 47% degli infermieri dichiara di aver avuto contatto con persone che non hanno vaccinato i propri figli. Il 29% degli infermieri ottiene informazioni sui vaccini tramite il MMG/PLS.

LIMITI. Lo studio è stato condotto in un unico centro, ciò limita la generalizzabilità dei risultati.

CONCLUSIONI. Lo studio evidenza alcune carenze conoscitive rispetto ai vaccini obbligatori/raccomandati per gli operatori sanitari, pertanto sarebbe auspicabile, da parte dell'azienda sanitaria, utilizzare questi dati per creare dei corsi formativi ad hoc, appositamente tarati per colmare tali gap. Inoltre, anche se in minima percentuale, è inaccettabile che alcuni professionisti della salute, considerati promotori della prevenzione primaria, siano contrari ai vaccini. Pertanto, si dovrebbero ricercare strategie educative volte a sensibilizzare maggiormente sull'argomento. Inoltre, potrebbe essere utile replicare lo studio rivolgendo alcune domande del questionario ai cittadini, per meglio comprendere le loro necessità educative.

Autore per la corrispondenza: Galluzzo Giorgia Angela – Università Politecnica delle Marche –
Email: giorgia_g96@hotmail.it

106. Esiti neurocognitivi di tumori cerebrali infantili: sviluppo di un nuovo strumento per l'assessment post-operatorio di bambini con tumori della fossa cranica posteriore

Gamberini Giorgia[1], Ricci Federica[1], Dimitri Danilo[2], Rampone Sara[2], Zettin Marina[1]

[1]Ospedale Infantile Regina Margherita, [2]Università degli Studi di Torino

BACKGROUND. I tumori del sistema nervoso centrale sono i tumori solidi più frequenti in età pediatrica. La gestione ottimale degli esiti neurocognitivi dei tumori cerebrali infantili rappresenta una sfida attuale del Sistema Sanitario Nazionale. In questo contesto, rilevante è il caso della Cerebellar Mutism Syndrome (CMS), una grave complicazione che colpisce circa l'11-30% dei bambini che si sono sottoposti alla rimozione chirurgica di tumori della fossa cranica posteriore (FCP). La CMS è caratterizzata da: mutismo, labilità emotiva, ipotonia, disfagia, sintomi motori, cognitivi ed emotivo-comportamentali a lungo termine, e disfunzioni tronco-encefaliche. Ad oggi non esistono linee guida internazionali per la diagnosi, il trattamento e il follow-up di questa sindrome. Un primo passo per garantire un'adeguata ed efficace assistenza sanitaria per questi pazienti, come sottolineato dal gruppo internazionale di esperti riunitosi nella Posterior Fossa Society (PFS), è quello di inserire nella pratica clinica di routine un assessment neurocognitivo completo post-operatorio dei bambini con tumori della FCP. La PFS ha sottolineato anche come al momento non esista una batteria specifica per la valutazione post-operatoria di questi pazienti.

OBIETTIVI. L'obiettivo principale del presente studio qualitativo è stato quindi la creazione di una batteria di test neuropsicologici da utilizzare per la valutazione post-operatoria di bambini con tumori della FCP, che permetta un assessment neuropsicologico breve e allo stesso tempo completo. Un secondo obiettivo è stato quello di somministrare la nuova batteria ad un campione di pazienti al fine di testarne la fattibilità nel delicato contesto post-operatorio.

METODI. Il lavoro si è articolato in una prima fase di ricerca della letteratura sulla CMS e sui test attraverso i principali database medici e psicologici. In una seconda fase è stato poi svolto un processo di selezione dei test da inserire nella batteria. Sono stati scelti test brevi, validi, affidabili, e di facile somministrazione. Sono state fatte considerazioni sulla fattibilità dei test anche per quei bambini con gravi difficoltà motorie e/o linguistiche post-operatorie. Infine sono stati scelti test con un maggior range d'età possibile, usati a livello internazionale, e adatti a valutazioni di follow-up ripetute nel tempo. Creata la batteria, il passo successivo è stato quello di somministrarla ad un campione di bambini con diagnosi di tumore della FCP, ammessi all'Ospedale Infantile Regina Margherita di Torino da gennaio 2018 ad oggi. I criteri di esclusione sono: età < 3 anni, condizioni neurologiche post-operatorie gravi, diagnosi neuropsichiatriche premorbose, madrelingua non italiana. Ad oggi il campione è composto da 4 pazienti. Tutti sono stati valutati nella fase acuta post-operatoria e prima dell'inizio di radioterapia e/o chemioterapia.

RISULTATI. Il risultato del processo di selezione dei test è una breve batteria neuropsicologica che valuta i diversi domini funzionali colpiti dalla CMS. Per il dominio cognitivo sono stati scelti alcuni subtest della NEPSY-II (attenzione, linguaggio, funzioni esecutive, abilità visuo-spaziali), i test di span (memoria) e il questionario BRIEF-P (funzioni esecutive in età prescolare). Per il dominio emotivo-comportamentale è stato scelto il questionario CBCL, mentre per il dominio motorio è stata selezionata la scala SARA per l'assessment dell'atassia nei bambini. Dalle prime valutazioni è emerso come la durata di somministrazione dell'intera batteria sia breve per un assessment completo (circa 30/40 minuti). Inoltre, tutti i pazienti finora valutati, anche in presenza di difficoltà post-operatorie, sono riusciti a completare l'intero assessment nella fase acuta senza particolari difficoltà.

LIMITI. Si tratta di uno studio pilota di tipo qualitativo. In questo periodo di tempo infatti è stato possibile reclutare solo un numero ridotto di pazienti, non è quindi stato possibile svolgere analisi quantitative.

CONCLUSIONI. La nuova batteria sembra essere adatta per essere utilizzata nella fase acuta post-operatoria di bambini con tumori della FCP. Il vantaggio principale di questo strumento è il fatto che rappresenti una novità: ad oggi infatti non esisteva uno strumento specifico destinato a questo scopo. Inoltre è allo stesso tempo breve e completo, si adatta alle difficoltà che possono incontrare questi pazienti nella fase acuta, ed è composta da test usati a livello internazionale già standardizzati e validati. L'utilità di questo strumento potrebbe essere quella di essere inserito nei protocolli clinici di routine, al fine di pianificare adeguati percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali volti a migliorare la qualità di vita di questi pazienti e delle loro famiglie. Il progetto è ancora in corso, e l'obiettivo futuro è quello di validare questo nuovo strumento su un campione di pazienti più ampio e multi-centrico.

Autore per la corrispondenza: Gamberini Giorgia – Ospedale Infantile Regina Margherita –
Email: giorgamberini@gmail.com

107. L'infermiere come educatore nelle scuole: insegnamento del BLS e valutazione dei risultati di apprendimento fra gli studenti degli istituti secondari del Piceno

Gandolfo Paolo[1], Comparcini Dania[2], Cicolini Giancarlo[3], Andreucci Marida[1], Simonetti Valentina[1]

[1]*Università Politecnica delle Marche,* [2]*Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti,* [3]*Università degli Studi di Chieti e Pescara - Gabriele D'Annunzio*

BACKGROUND. L'arresto cardiaco è l'improvvisa cessazione della funzione di pompa del cuore, e porta inesorabilmente a morte se non adeguatamente e rapidamente trattata, in quanto determina l'anossia degli organi. Le manovre rianimatorie devono essere effettuate il prima possibile, perché ogni minuto la possibilità di sopravvivenza scende del 10%. I protocolli e le linee guida di rianimazione cardiopolmonare sono conosciute da una bassa percentuale della popolazione laica. I casi di arresto cardiaco sono stati registrati soprattutto in contesti extra-ospedalieri, come ambienti di lavoro, domestici e ricreativi. I primi potenziali testimoni che assistono e intervengono sono persone comuni, a volte non addestrate ad eseguire manovre di soccorso. Gli studenti delle scuole secondarie, sono potenziali soccorritori capaci di apprendere, memorizzare e applicare con successo le manovre di RCP e supporto alle funzioni vitali. Tuttavia, anche se numerosi studi dimostrano l'efficacia di programmi educativi o di training nell'esecuzione corretta delle manovre di rianimazione, gli studenti non partecipano frequentemente a corsi di formazioni specifici sul BLS. La figura dell'infermiere scolastico, potrebbe sostenere la promozione e la prevenzione della salute ai vari livelli, integrando le proprie competenze con quelle del corpo docente, nell'ambito di percorsi di studio già strutturati.

OBIETTIVI. Valutare il livello di conoscenza sulle manovre del BLS, raggiunto dagli studenti pre e post intervento educativo gestito da infermieri.

METODI. Sono stati coinvolti studenti provenienti da 4 istituti di secondo grado del Piceno. Gli interventi educativi consistevano in un singolo incontro di due ore dove veniva analizzata la teoria e sperimentata la pratica delle manovre BLS e delle manovre di Heimlich sulla base delle ultime linee guida IRC (2015), utilizzando lezioni frontali con l'ausilio di diapositive per la teoria e manichini di addestramento RCP per la parte pratica, attraverso la peer education ed il role play. Per valutare l'efficacia dell'intervento educativo è stato somministrato un pre e post test, che consisteva in un questionario a risposta multipla, creato ad hoc e basato sulle raccomandazioni IRC (2015).

RISULTATI. Dei 603 studenti che hanno partecipato, il 64.5% era di genere maschile e solo il 10% ha affermato di aver frequentato un corso BLS in precedenza. Dall'analisi delle risposte al questionario, si evidenzia una differenza statisticamente significativa pre-post per tutte le variabili indagate: catena sopravvivenza, posizione corretta per effettuare il massaggio cardiaco, manovre in caso di ostruzione parziale delle vie aeree in persona cosciente, numero di compressione al minuto, escursioni toraciche, punto di repere per il massaggio cardiaco, sede da preferire per la valutazione del polso nell'adulto, irreversibilità danni cerebrali (tutte $p<0.005$). La media delle risposte esatte alle domande, è passata dal 49%, prima dell'intervento, ad un 87% dopo l'intervento. Non ci sono state particolari influenze nell'apprendimento rispetto alle variabili di età, genere, classe di appartenenza o istituto. Tra l'87% ed il 100% degli studenti si è espressa a favore della figura infermieristica nelle scuole.

LIMITI. Studio condotto solo negli studi secondari del Piceno, ulteriori studi dovrebbero essere condotti ai fini della validità esterna dei risultati.

CONCLUSIONI. Dai risultati dello studio, l'intervento educativo dell'infermiere sulle manovre rianimatorie nelle scuole è risultato efficace. Secondo gli studi sull'argomento, la figura dell'Infermiere (detentore di competenze tecniche, relazionali ed educative), è qualificata per l'insegnamento del BLS nelle scuole; pertanto, nel contesto italiano, grazie alla Legge n. 107 del 13 luglio 2015, "Riforma del sistema nazionale di istruzione e formazione e delega per il riordino delle disposizioni legislative vigenti", le tecniche di Primo Soccorso (RCP compresa), sono ufficialmente integrabili a livello delle scuole secondarie di primo e secondo grado, quindi si auspica ad una totale conformità con i contesti europei ed internazionali, introducendo la figura dell'infermiere scolastico.Lo studio sottolinea l'importanza della diffusione delle manovre BLS nei luoghi di apprendimento e di crescita, attraverso l'introduzione di figure appositamente formate e dedicate a tale scopo, come quella dell'infermiere scolastico.

Autore per la corrispondenza: Simonetti Valentina – Università Politecnica delle Marche –
Email: valentina_simonetti@libero.it

108. La comunicazione strategica come strumento di leadership nella Dirigenza Sanitaria: una revisione narrativa della letteratura

Gatti Chiara[1], Borgognoni Cinzia[1], Pioli Fabia[1], Marcelli Stefano[2], Pelusi Gilda[3], Gregorini Mirko[4], Soccio Angela[2], Santarelli Adoriano[5], Rasetti Carlo[2]

[1]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti, [2]ASUR Marche - Area Vasta n. 5, [3]Università Politecnica delle Marche, [4]Azienda USL Toscana Centro, [5]ASUR Marche - Area Vasta n. 4

BACKGROUND. La maggiore complessità delle Aziende Sanitarie richiede figure dirigenziali con caratteristiche di efficacia, capacità decisionale, visione sistemica, orientamento a controllare il risultato finale più che le singole azioni, capacità di impiegare metodi moderni di analisi, ricerca e gestione (Calamandrei C., 2015). I dirigenti si devono preoccupare dei rapporti fra le organizzazioni ed i loro ambienti e della capacità del personale di far fronte a processi innovativi. Sono fondamentali da parte loro l'adozione di una leadership il più possibile partecipativa e l'utilizzo costante, tranne che in casi particolari, dei sostituti della gerarchia, quali la comunicazione profonda, la leadership, il lavoro di gruppo e la formazione. La leadership è la mano invisibile che stimola le persone a mettere in campo le loro energie per il bene degli utenti e dell'organizzazione. L'entusiasmo di un Dirigente Sanitario e la sua capacità di persuasione possono stimolare nei collaboratori il senso di un'identità e di una missione comune.

OBIETTIVI. Lo studio si pone l'obiettivo di conoscere quali sono le caratteristiche intrinseche che devono appartenere ad un Dirigente Sanitario in grado di utilizzare la comunicazione come strumento di leadership.

METODI. È stata condotta una revisione narrativa della letteratura su PubMed e Google Scholar nel periodo maggio-ottobre 2018 mediante le keyword "health manager", "manager", "health communication", "communication", "public health", "leadership" e "leadership tool", utilizzando gli operatori booleani "AND", "OR" e "NOT". Sono stati considerati tutti gli articoli full-text, pubblicati negli ultimi 15 anni, condotti su campione di specie umana, in lingua inglese ed italiana. Gli articoli sono stati selezionati e analizzati in modo indipendente da due ricercatori. In caso di disaccordo, è intervenuto un terzo ricercatore, per raggiungere un accordo generale. Dalla ricerca sono stati selezionati 13 articoli che rispondevano al quesito di ricerca, su un totale di 121 records restituiti prima dell'apposizione dei suddetti filtri e dopo l'eliminazione dei duplicati.

RISULTATI. In tutti gli studi narrativi appare l'aspetto della comunicazione: il Dirigente Sanitario deve essere apertamente e pienamente relazionale, libero da eventuali condizionamenti ed allo stesso tempo egli deve riuscire a divenire una guida per la sua Organizzazione. In uno studio del 2014, vengono riportati 2 esempi di utilizzo strategico della comunicazione in contesti differenti. Nel primo, viene citata la figura del Direttore di un'unità operativa: egli può essere definito "comunicatore" nel momento in cui accanto alla sua esperienza ed abilità altamente tecniche pone un aspetto relazionale positivo e carismatico, ricco di approcci motivazionali verso i rispettivi medici, infermieri ed operatori sanitari in genere, ma anche e soprattutto verso il paziente, tale da dimostrarsi un vero punto di riferimento nel percorso di cura. Il medesimo razionale viene impiegato anche nel secondo esempio che descrive la figura di un Direttore Generale di un'Azienda: egli, oltre a dare delle indicazioni di natura amministrativa, sanitaria, manageriale ed economica di elevato spessore, deve essere anche capace di provvedere ad una buona valorizzazione del prendersi cura delle risorse umane, riuscendo a comprendere le peculiari necessità di tutti i lavoratori e di tutti i clienti che si rivolgono a quella Azienda. Nel 2011, Calamo Specchia scrive a riguardo il Decalogo del Dirigente Comunicatore: nell'elaborato vengono descritte le 10 caratteristiche peculiari che devono appartenere a colui che dirige e comunica in Sanità e le parole chiave cui egli deve ispirarsi per praticarle. Egli deve essere "specificatamente sanitario", "utopista", "critico ed autocritico", "onesto intellettualmente", "relazionale", "entusiasmante", "entusiasta", "intellettuale", "metadisciplinare", "non conflittuale".

LIMITI. Il principale limite dello studio riguarda la consultazione di due sole banche dati per il reperimento degli articoli inclusi nella revisione narrativa.

CONCLUSIONI. Occorre porre una riflessione sin da subito, al fatto che è necessario sempre stabilire un rapporto fatto di rispetto e considerazione per l'altro, qualsiasi ruolo esso ricopra, qualunque sia la sua provenienza professionale o sociale e qualunque sia il motivo per cui egli si trova in quel momento in quella struttura sanitaria. Una delle principali qualità della strategia di comunicazione è l'essere concepita per durare nel tempo e deve potersi adattare, senza perdere di vigore, alle diverse forme di comunicazione. Sicuramente questa proiezione, non può far altro che migliorare lo spirito aziendalistico e sanitario dei soggetti che vi operano all'interno, ma anche il clima organizzativo che si viene a creare tra dipendenti uniti, motivati e ricchi di fiducia.

Autore per la corrispondenza: Gatti Chiara – Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti –
Email: chiaragatti91@libero.it

109. Estubazione precoce nei pazienti adulti sottoposti ad intervento cardiochirurgico: revisione della letteratura

Gatti Chiara[1], Borgognoni Cinzia[1], Pioli Fabia[1], Marcelli Stefano[1], Pelusi Gilda[2], Soccio Angela[3], Gregorini Mirco[4], Santarelli Adoriano[5], Rasetti Carlo[3]

[1]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti, [2]Università Politecnica delle Marche, [3]ASUR Marche - Area Vasta n. 5, [4]Azienda USL Toscana Centro, [5]ASUR Marche - Area Vasta n. 4

BACKGROUND. Il trattamento Fast-track (FT) sta divenendo uno standard comune e ricorrente in tutto il mondo: tra le strategie di implementazione, esso propone un'estubazione precoce entro 6 ore dall'intervento cardiochirurgico e, conseguentemente, riduce i tempi di degenza in terapia intensiva (TI) ed ospedale. Una riduzione significativa del tempo di estubazione senza compromettere la sicurezza del paziente è stata dimostrata in numerosi studi (Zhu et al., 2012; Svircevic et al., 2009; Ender et al., 2008; Van Mastrigt et al., 2006; Flynn et al., 2004; Moon et al., 2001; Cheng et al., 1996). Altre ricerche definiscono l'estubazione come precoce se avvenuta entro 8 ore dall'intervento: all'unanimità, 30 studi riportano che essa appare sicura, senza un'aumentata incidenza di morbosità. Un beneficio di questa pratica potrebbe ridurre i costi associati a degenze più brevi in terapia intensiva ed in ospedale.

OBIETTIVI. Valutare l'impatto degli effetti dell'estubazione precoce dopo intervento cardiochirurgico in termini di morbosità, mortalità e tempi di degenza.

METODI. La revisione della letteratura nazionale ed internazionale è stata eseguita attraverso l'utilizzo di motori di ricerca quali PubMed, CINAHL, EBN, Cochrane Databases, Scopus e periodici elettronici attinenti all'argomento in oggetto, attraverso l'utilizzo di specifiche keywords incrociate con gli operatori booleani AND e NOT come: "early extubation" AND nursing, "early extubation" AND "heart surgery" NOT paediatric, "early extubation" AND "cardio surgery" NOT paediatric, "early extubation" AND complication. È stata esclusa la popolazione pediatrica dalla ricerca. Sono stati restituiti 149 records, ma dopo aver posto i filtri "Species: human", "Publication dates: 1993-2018" e "Text availability: free full-text", dopo la rimozione dei duplicati e dopo attenta revisione indipendente da parte di 2 autori, sono stati reputati idonei allo studio n.9 articoli.

RISULTATI. Da uno studio pubblicato sul Cochrane Database of Systematic Reviews viene descritta una riduzione media del tempo di ventilazione meccanica di 5.99 ore (2.99-8.99 ore) grazie all'implementazione di un protocollo per l'estubazione precoce senza incremento del rischio di complicanze postoperatorie comparate all'usuale standard di cura. L'anestesia con bassi dosi di oppioidi riduce il tempo di estubazione medio di 7.40 ore (10.51-4.29 ore) paragonato all'anestesia con alte dosi di oppioidi (Zhu et al., 2012). Un'altra systematic Cochrane review, condotta da Hawkes et al. nel 2003, non riporta differenze tra pazienti estubati precocemente o convenzionalmente mostrate nel rischio relativo e intervallo di confidenza al 95% per i seguenti outcome: la mortalità in terapia intensiva era 0.8 (0.42-1.52), la mortalità a 30 giorni era 1.2 (0.63-2.27), l'ischemia miocardica era 0.96 (0.71-1.30), la reintubazione entro 24 ore era 5.93 (0.72-49.14). Il tempo trascorso in terapia intensiva ed in ospedale è stato significativamente più breve per i pazienti estubati precocemente: -7.02 ore (-7.42 a -6.61) e -1.08 giorni (-1.35 a 0.82) rispettivamente. Svircevic nel 2009 ha pubblicato uno studio di coorte su un campione di 7989: egli definisce l'estubazione come precoce se avvenuta entro 5 ore dall'intervento dopo una tecnica di anestesia fast-track e la considera un fattore determinante per la lunghezza dei tempi di degenza.

LIMITI. I limiti principali di questo studio sono: la difficoltà alla raccolta degli articoli in quanto sui motori di ricerca il termine "cardiochirurgia" viene espresso indistintamente sia come "cardio surgery" che come "heart surgery" (ciò implica un impiego di stringhe di ricerca pari al doppio, utilizzando entrambi i termini); l'aver escluso dalla ricerca i pazienti pediatrici, pur essendo la letteratura molto piena a riguardo; l'aver preso in considerazione solo studi pubblicati negli ultimi 25 anni.

CONCLUSIONI. Dalla revisione della letteratura emerge come non vi sia uno standard temporale per la definizione di "estubazione precoce", ma tendenzialmente questo termine sta ad indicare tutte le tecniche di weaning respiratorio intraprese il prima possibile rispetto alla consuetudine di quel contesto cardiochirurgico intensivo. La ricerca ha mostrato validi risultati dall'implementazione di questo approccio fast-track in gran parte del mondo, ma occorre assolutamente ribadire che questa tecnica può essere applicata solo a pazienti accuratamente selezionati da tutti i membri dell'equipe sia nel periodo preoperatorio che nel periodo intra-operatorio. Una futura area di investigazione suggerita potrebbe essere quella di paragonare gli esiti in termini di sicurezza ed efficacia di un'estubazione immediata rispetto ad un'estubazione precoce.

Autore per la corrispondenza: Gatti Chiara – Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti –
Email: chiaragatti91@libero.it

110. Mobilizzazione precoce e nutrizione enterale precoce dopo intervento a cuore aperto: possibili strategie per ridurre i costi in sanità? Revisione della letteratura in ambito cardiochirurgico

Gatti Chiara[1], Borgognoni Cinzia[1], Pioli Fabia[1], Pelusi Gilda[2], Marcelli Stefano[3], Gregorini Mirco[4], Soccio Angela[3], Santarelli Adoriano[5], Rasetti Carlo[3]

[1]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti, [2]Università Politecnica delle Marche, [3]ASUR Marche - Area Vasta n. 5, [4]Azienda USL Toscana Centro, [5]ASUR Marche - Area Vasta n. 4

BACKGROUND. L'immobilizzazione prolungata può essere molto dannosa nei confronti dei pazienti ricoverati in terapia intensiva (TI) dopo un intervento cardiochirurgico e la mobilizzazione precoce (MP) è stata proposta in numerosi studi per contrastare tale processo. Partendo dal presupposto che la MP dei pazienti in TI non è priva di rischi, la letteratura corrente ha dimostrato che i pazienti possono essere mobilizzati in modo sicuro e fattibile, pur richiedendo ventilazione meccanica (VM). L'immobilizzazione data dalle numerose apparecchiature di monitoraggio e condizioni mediche sfavorevoli implica un elevato rischio di sviluppo di sindromi neuromuscolari, insufficienza d'organo, sepsi ed acidosi, comportando un prolungamento della degenza in TI, deterioramento della qualità di vita ed aumento dei costi sanitari. Allo stesso tempo, in letteratura è stato studiato molto anche il fattore nutrizione enterale precoce (NEP) ed è stato visto come la malnutrizione nel periodo postoperatorio riduca la "surgical tolerance" del paziente e ritardi i tempi di guarigione.

OBIETTIVI. Valutare l'impatto in termini di mortalità, morbosità, tempo di degenza e relativi costi dei fattori "mobilizzazione precoce" e "nutrizione precoce" nel paziente adulto sottoposto ad intervento cardiochirurgico.

METODI. Nel mese di settembre 2018 è stata condotta una revisione della letteratura nazionale ed internazionale attraverso l'utilizzo di motori di ricerca quali Pubmed, Google Scholar, SCOPUS e Web of Science, e keywords incrociate con gli operatori AND e NOT come: "early enteral nutrition" AND "heart surgery" NOT paediatric, "early enteral nutrition" AND "cardio surgery" NOT paediatric, "early mobilization" AND "heart surgery" NOT paediatric, "early nutrition" AND (complications OR cardio surgery) NOT paediatric, "early nutrition" AND (complications OR heart surgery) NOT paediatric, "early mobilization" AND (complications OR heart surgery) NOT paediatric, "early mobilization" AND (complications OR cardio surgery) NOT paediatric, Sono stati restituiti 2533 records, ma dopo aver posto i filtri "Species: human", "Publication dates: 10 years" e "Text availability: free full-text", dopo la rimozione dei duplicati e dopo attenta revisione indipendente da parte di 2 autori, sono stati reputati idonei allo studio n.21 articoli. Sono stati esclusi dalla ricerca i pazienti pediatrici.

RISULTATI. Nel 2010 Brahmbhatt ha pubblicato un RCT condotto su pazienti in VM e trattati con MP. Il ritorno allo stato funzionale indipendente alla dimissione dall'ospedale si è verificato sul 59% dei pazienti nel gruppo intervento vs 35% nel gruppo controllo (p=0.02; OR 2.7 [95% CI 1.2–6.1]). I primi hanno avuto una durata più breve di delirium (circa 2.0 gg, IQR 0.0–6.0 vs 4.0 gg, 2.0–8.0; p=0.02) e più giorni senza VM (23.5 gg, 7.4–25.6 vs 21.105) durante i 28 giorni di follow-up, rispetto ai secondi. Vi è stato un solo evento avverso serio in 498 sessioni di FKT precoce (=Sp02< 24 ore dal ricovero in TI), quello di Singer (2009) mostra come essa possa incidere in modo protettivo nel decremento notevole della mortalità. Umezawa nel 2013, in un case series di pazienti in ECMO V-A ha riportato la NEP (< prima settimana) come una strategia sicura e necessaria per il ripristino dell'equilibrio intestinale, immunitario ed idro-elettrolitico. Anche in pazienti in VM ed in terapia con vasopressori, la NEP ha ridotto la mortalità ed i tempi di degenza, rispetto al gruppo cui la nutrizione era stata somministrata in ritardo.

LIMITI. I limiti principali di questo studio sono: la difficoltà alla raccolta degli articoli in quanto sui motori di ricerca il termine "cardiochirurgia" viene espresso indistintamente come "cardio surgery" o "heart surgery" (ciò implica un impiego di stringhe di ricerca pari al doppio, utilizzando entrambi i termini) e l'aver escluso dallo studio i pazienti pediatrici, pur essendo la letteratura molto piena a riguardo.

CONCLUSIONI. Questi due tipi di approccio sono stati associati entrambi ad un'importante riduzione dei costi e rientrano all'interno dei protocolli Fast-track in cardiochirurgia. La permanenza in TI può essere abbreviata garantendo comunque nei confronti dei pazienti una continua valutazione dei rischi e dei benefici. Un'equipe multidisciplinare con fisioterapista, infermiere, cardiochirurgo ed anestesista potrebbe avere un enorme potenziale nell'implementazione di tali progetti.

Autore per la corrispondenza: Gatti Chiara – Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti –
Email: chiaragatti91@libero.it

111. Strategie assistenziali volte alla riduzione delle VAP in terapia intensiva: una revisione della letteratura

Gatti Chiara[1], Pelusi Gilda[2], Borgognoni Cinzia[1], Pioli Fabia[1], Marcelli Stefano[3], Soccio Angela[3], Gregorini Mirco[4], Rasetti Carlo[3], Santarelli Adoriano[5]

[1]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti, [2]Università Politecnica delle Marche, [3]ASUR Marche - Area Vasta n. 5, [4]Azienda USL Toscana Centro, [5]ASUR Marche - Area Vasta n. 4

BACKGROUND. Si definisce polmonite associata alla ventilazione (VAP) una polmonite insorta 48 ore o più dopo intubazione endotracheale (LG American Thoracic Society & Infectious Diseases Society of America, 2005). Benché negli ultimi anni vi sia stato un repentino miglioramento del management dei pazienti ricoverati in terapia intensiva (TI), la polmonite nosocomiale rimane uno dei principali problemi nella gestione delle cure critiche: essa è la più comune infezione nosocomiale in TI e l'infezione nosocomiale più mortale (Rello et al., 2014; Koulenti et al., 2006). Stando alle LG sopracitate, le VAP rappresentano circa l'80% di tutte le polmoniti nosocomiali in TI, verificandosi nel 9-27% dei pazienti intubati. La letteratura riporta un'incidenza di polmonite nosocomiale che varia ampiamente, tra il 3.1 e 18.6 casi per 1000 ricoveri, mentre la presenza di ventilazione meccanica ne incrementa l'incidenza di oltre 600 volte (Cakir, 2009). Una variazione così importante dei valori di incidenza di polmonite può essere attribuita alle differenti metodologie di studio, regioni geografiche, terapie intensive e loro organizzazione, ma anche dalla popolazione di pazienti in esame. Incidenza e mortalità per VAP sono strettamente collegate all'aspetto economico del sistema sanitario odierno: esse ricoprono >50% di tutte le prescrizioni antibiotiche in TI. Le VAP sono associate a significativi tassi di mortalità che variano dal 20 al 71% e portano ad un aumento della durata di degenza di circa 7-9 giorni; altri studi riportano un aumento dei costi di cura che superano i 40,000 US$ per paziente.

OBIETTIVI. Ricercare in letteratura una possibile strategia di prevenzione delle VAP ad intervento infermieristico.

METODI. È stata condotta una revisione della letteratura nazionale ed internazionale, in modo indipendente da n.2 ricercatori (un terzo ricercatore è intervenuto nei casi di disaccordo), attraverso l'utilizzo di motori di ricerca quali Pubmed, CINHAL, Scopus, Google Scholar e keywords incrociate con l'operatore booleano AND come: VAP AND nursing, "ventilation associated pneumoniae" AND nursing, VAP AND complications, "mechanical ventilation" AND infection, "ventilation associated pneumoniae" AND costs.

RISULTATI. I risultati derivanti da una prima ricerca bibliografica evidenziano come fondamentale sia l'aspetto della gestione della ventilazione meccanica dal punto di vista medico. Nel 2013, lo studio di Udy et al. descrive come l'iniziale trattamento antibiotico empirico, in termini di tempistica, dose e spettro di copertura, sia la chiave per una corretta ed efficace gestione, con alta morbosità, mortalità e costi associati ad un trattamento inappropriato. Un altro studio suggerisce di limitare al minimo l'utilizzo di ventilazioni invasive ed agevolare l'utilizzo di ventilazioni non invase ove possibile. È stato anche visto come la rimozione precoce di sondino naso-gastrico e tracheostomia abbattono notevolmente l'incidenza di VAP. Approfondendo la ricerca, emergono anche importanti strategie di tipo assistenziale che apportano notevoli vantaggi in termini di prevenzione delle VAP. Tra le misure preventive maggiormente efficaci troviamo l'assicurare un impiego di liquidi sterili per ogni tipo di nebulizzazione, il mantenimento del capo del paziente sollevato a 30°-45° e l'igiene del cavo orale. L'oral care è la strategia raccomandata dalle linee guida del CDC di Atlanta, con l'obiettivo principale di ridurre la colonizzazione batterica orofaringea e successiva polmonite. Nel 2006, lo studio di Koeman mostra come le soluzioni a base di clorexidina gluconato riducono la flora batterica e le colonie di microrganismi presenti nel cavo orale (la capacità della clorexidina di fissarsi alle proteine salivari e al tessuto dentario ne consente il rilascio graduale per 8-24 ore e sembra in grado di ridurre l'incidenza di stomatiti e polmoniti nosocomiali). La procedura di spazzolamento di denti e lingua con strumenti adeguati (materiale e calibro dipendono dalla presenza o meno dei denti o di affezioni orali) andrebbe eseguita non meno di 2 volte al giorno. L'igiene orale può essere completata con trattamenti umidificanti (saliva artificiale, stimolanti salivari, tamponi umidificanti) per evitare possibili lesioni della mucosa del cavo orale.

LIMITI. Il limite principale dello studio è la raccolta degli articoli disponibili solo in free full text e l'aver revisionato solo studi in lingua inglese o italiano.

CONCLUSIONI. Dalla ricerca effettuata appare evidente come non vi siano ostacoli alla realizzazione di nuove strategie assistenziali volte alla prevenzione delle VAP. Le strategie che possono essere intraprese dagli infermieri derivate da questa revisione della letteratura mostrano un costo di applicazione estremamente basso in paragone all'enorme beneficio che apporterebbero. L'affiancamento della figura dell'igienista dentale a quella infermieristica in terapia intensiva potrebbe essere un valido suggerimento anche in termini di formazione specifica degli operatori dell'oral care.

Autore per la corrispondenza: Gatti Chiara – Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti –
Email: chiaragatti91@libero.it

112. Strategie Fast-track in pazienti operati a cuore aperto: una revisione della letteratura

Gatti Chiara[1], Pioli Fabia[1], Borgognoni Cinzia[1], Pelusi Gilda[2], Marcelli Stefano[3], Gregorini Mirco[4], Soccio Angela[3], Rasetti Carlo[3], Santarelli Adoriano[5]

[1]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti, [2]Università Politecnica delle Marche, [3]ASUR Marche - Area Vasta n. 5, [4]Azienda USL Toscana Centro, [5]ASUR Marche - Area Vasta n. 4

BACKGROUND. Il trattamento cosiddetto Fast-track (FT) in cardiochirurgia è divenuto oramai il nuovo standard globale di cura (Probst et al., 2014). In passato, le tecniche anestesiologiche in questo ambito fornivano dosi di farmaci oppioidi molto elevate ed un'azione miorilassante altrettanto duratura, credendo che ciò potesse associarsi ad un'ottimale stabilità emodinamica. Da esse ne derivavano una ventilazione meccanica ed una degenza in terapia intensiva post operatoria cardiochirurgica (TIPOC) prolungate, ma questi erano considerati all'ora dei compromessi accettabili. I costi crescenti e la necessità di un rapido turnover in termini di disponibilità di posti letto in TIPOC, dovuti alla crescente domanda ed alle ridotte risorse, hanno portato le equipe cardiochirurgiche-anestesiologiche ad operarsi al fine di ridurre il più possibile i tempi di degenza in TIPOC (Silbert BS et al., 2009; Lassnigg A et al., 2002).

OBIETTIVI. Confrontare ed analizzare gli esiti derivanti da un percorso Fast-track versus degenza ordinaria in TIPOC in termini di costi sanitari e sicurezza per il paziente.

METODI. È stata condotta una revisione della letteratura nazionale ed internazionale, tra i mesi agosto e novembre 2018, attraverso l'utilizzo di motori di ricerca quali Pubmed, EBN, Google Scholar e Web of Science, e keywords incrociate con gli operatori AND e NOT come: fast-track AND nursing NOT paediatric, fast-track AND "heart surgery" NOT paediatric, fast-track AND (complications OR cardio surgery) NOT paediatric, fast-track AND heart surgery AND costs. Sono stati restituiti 1301 records, ma dopo aver posto i filtri "Species: human", "Publication dates: 2000-2018" e "Text availability: free full-text", dopo la rimozione dei duplicati e dopo attenta revisione indipendente degli abstract disponibili da parte di 2 autori, sono stati reputati idonei allo studio n.18 articoli. Sono stati esclusi dalla ricerca i pazienti pediatrici.

RISULTATI. Dal trial randomizzato controllato prospettico condotto nel 2014 dal tedesco Probst, emerge la fondamentale importanza della presenza di una sala risveglio (PACU) in cardiochirurgia. Egli ha dimostrato come il tempo mediano di estubazione era di 90 min in PACU vs 478 nel gruppo di pazienti condotto direttamente in TIPOC ($p<0.001$); la degenza media in PACU era di 3.3 ore vs 17.9 in TIPOC ($p<0.001$); tra tutte le complicanze postoperatorie prese in esame, solo l'incidenza di aritmia cardiaca di nuova insorgenza era statisticamente significativa (25 in PACU vs 41 in TIPOC, $p=0.02$). Dalla review pubblicata da Wong nel 2016 su Cochrane Database of Systematic Reviews non emergono differenze né nel rischio di mortalità ad un anno tra i pazienti cui sono state somministrate dosi di oppioidi basse o elevate (RR 0.58, 95% CI 0.28–1.18) né tra i pazienti che sono stati estubati precocemente o normalmente (RR 0.84, 95% CI 0.40-1.75); è stato dimostrato che seguire un protocollo di estubazione precoce piuttosto che usuale (OR 0.80, 95% CI 0.45-1.45) riduce i tempi di degenza in TIPOC, ma non quelli totali in ospedale. La ricerca condotta in Turchia da Koyuncu nel 2015 riporta come anche il tipo di strategia anestesiologica possa incidere in termini di costi: 129 pazienti sottoposti ad intervento a cuore aperto on pump in anestesia epidurale toracica hanno trascorso mediamente <7,2 ore in TIPOC ed appena 5,1 giorni in ospedale, senza alcuno sviluppo di complicanze postoperatorie quali sindrome da bassa gittata, insufficienza renale o disfunzione respiratoria, e con un buon pain control. Già nel 2004, Uncu riportava come il tempo di estubazione post intervento esitava mediamente sempre in meno di 5 ore dopo FT anestesia. Sono stati studiati anche importanti casi di awake surgery senza intubazione in cardiochirurgia con validi esiti.

LIMITI. I limiti principali di questo studio sono: la difficoltà alla raccolta degli articoli in quanto sui motori di ricerca il termine "cardiochirurgia" viene espresso sia come "cardio surgery" che come "heart surgery" (ciò implica un doppio controllo degli studi utilizzando entrambi i termini) e l'aver escluso dallo studio i pazienti pediatrici.

CONCLUSIONI. La revisione ha dimostrato come la presenza di una PACU in cardiochirurgia porterebbe a tempi di dimissione estremamente più brevi senza compromettere la sicurezza dei pazienti e di conseguenza i posti letto in TIPOC andrebbero riservati solo ai pazienti non eleggibili al FT. Infine, è facilmente intuibile che per procedere all'implementazione di protocolli FT sia assolutamente necessaria un'accurata selezione pre ed intra-operatoria dei pazienti, sia da parte del cardiochirurgo ed anestesista per l'anamnesi patologica e decorso intraoperatorio, ma anche da parte della componente assistenziale (infermiere in primis) e riabilitativa (fisioterapista in primis) che andranno a valutare il livello di coping e collaborazione del paziente.

Autore per la corrispondenza: Gatti Chiara – Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti –
Email: chiaragatti91@libero.it

113. Medicina di iniziativa e Chronic Care Model: un approccio efficiente nella Sanità che cambia?

Gatti Chiara[1], Pioli Fabia[1], Borgognoni Cinzia[1], Pelusi Gilda[2], Marcelli Stefano[3], Gregorini Mirko[4], Soccio Angela[3], Rasetti Carlo[3], Santarelli Adoriano[5]

[1]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti, [2]Università Politecnica delle Marche, [3]ASUR Marche - Area Vasta n. 5, [4]Azienda USL Toscana Centro, [5]ASUR Marche - Area Vasta n. 4

BACKGROUND. Secondo un'indagine promossa dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), al 1° gennaio 2018, il 22,6% della popolazione italiana aveva un'età superiore o uguale ai 65 anni, il 64,1% un'età compresa tra 15 e 64 anni, mentre solo il 13,4% aveva meno di 15 anni. L'età media degli abitanti ha oltrepassato i 45 anni. L'invecchiamento della popolazione è influenzato da molteplici fattori che comprendono i livelli di mortalità, di fecondità, i servizi per la salute e gli stili di vita degli individui. Fattori che non smettono di far sentire la loro azione anche nel nostro Paese e che, a ritmo lento ma regolare, stanno progressivamente mutando il profilo per età della popolazione e ciò porta ad un aumento di malattie croniche. Quale ulteriore effetto, i rapporti intergenerazionali si stanno anch'essi gradualmente modificando. L'indice di dipendenza degli anziani, ad esempio, risulta oggi pari al 56,1%, registrando un incremento di 4 punti percentuali sul 2008. Dunque, un approccio efficace a rimodulare la gestione del paziente anziano in termini di presa in carico e a ridurre i costi sostenuti è richiesto. Il Chronic Care Model-CCM (Wagner, 1998) ha dimostrato di essere un buon punto di partenza per una migliore gestione di risorse economiche e umane.

OBIETTIVI. Analizzare la letteratura scientifica sul CCM ed il suo impiego come possibile strategia organizzativa volta a ridurre i costi sanitari legati all'invecchiamento della popolazione.

METODI. La revisione della letteratura nazionale ed internazionale è stata condotta in modo indipendente da n.2 ricercatori. Un terzo ricercatore è intervenuto nei casi di disaccordo. Lo studio ha previsto la consultazione di motori di ricerca quali PubMed, CINAHL, EBN, Cochrane Databases e Scopus. Ogni ricercatore si è avvalso dell'utilizzo delle seguenti stringhe di ricerca: "Chronic Care Model" AND cost, "Chronic Care Management" AND cost AND health, "Chronic Care Model" AND health expenditure, "Chronic Care Management" AND cost AND nurs*. Sono stati restituiti 647 records, ma, dopo aver posto i filtri "Species: human", "Publication dates: 15 years", "Text availability: free full-text" e dopo la rimozione dei duplicati, sono stati reputati idonei alla ricerca n.23 articoli.

RISULTATI. In uno studio caso-controllo condotto da Stock nel 2010 emerge come vi sia un'importanze riduzione dei costi sanitari nel gruppo intervento (pazienti assistiti secondo CCM). La differenza di costo complessiva nel quadriennio 2003-2007 è di US$1,443.65 (intervento) vs US$1,890.40 (controllo), i costi complessivi calcolati per l'anno 2007 sono rispettivamente US$5,273.99 vs US$5,896.54, i costi ospedalieri nel 2007 sono US$2,664.71 vs US$3,292.65, il tempo medio di degenza per ogni assicurato è di 4.97 giorni vs 6.41; il costo annuale dei farmaci è sovrapponibile (US$2,609.28 vs US$2,603.89). In un altro studio, multicentrico, condotto nel 2009 in Bavaria (B), Turingia (T) e Sassonia (S), appare chiaro come i costi delle cure ospedaliere/anno per ogni assicurato siano più bassi nei pazienti intervento piuttosto che in quelli controllo: -13.59% in B, -36.28% in T e -33.14% in S. I costi complessivi/anno per assicurato sono altrettanto ridotti – 7.87% in S, -14.81% in T, -11.31% in S. Riportando uno studio retrospettivo condotto in Puglia (Robusto F et al., 2018), emerge come durante il follow-up sia stata registrata una significativa riduzione dei costi relativi a ospedalizzazioni non programmate (IRR, 0,92; IC 95%, 0,91-0,92), mentre sono aumentati i costi relativi a farmaci (IRR, 1,14; p<0,01), visite specialistiche ambulatoriali (IRR, 1,19; p <0,01) e ospedalizzazioni programmate (IRR 1,03; p <0,01), sempre nel gruppo intervento. Gli autori ipotizzavano che queste modifiche fossero correlate all'invecchiamento della popolazione e alle modifiche dell'assistenza sanitaria; per questo motivo, hanno eseguito un'analisi caso-controllo. I risultati mostrano una riduzione dei tempi di degenza ospedaliera (IRR, 0,80, IC 95%, 0,76-0,84) e dei costi relativi a ospedalizzazioni non programmate (IRR, 0,80; IC 95%, 0,80-0,80) durante il follow-up (gruppo intervento). Tuttavia, vi è stato un aumento più elevato dei costi delle ospedalizzazioni, farmaci e visite specialistiche ambulatoriali durante il follow-up nel gruppo intervento.

LIMITI. Il principale limite dello studio riguarda la consultazione di soli articoli disponibili in free full text e pubblicati negli ultimi 15 anni.

CONCLUSIONI. Dalla ricerca emergono importanti risultati in termini di riduzione dei costi in sanità se l'approccio al paziente anziano viene garantito attraverso il Chronic Care Model, anche se in quest'ottica il bacino di assistenze erogate (ed i relativi costi) risultano essere conseguenzialmente più ampi. Il principio cardine è l'auto-cura del paziente, sia egli autosufficiente o non (orientamento verso il caregiver con scopi educativi). Infine, l'approccio proattivo fa da padrone all'odierna Sanità d'iniziativa, che subentra all'ormai remota Medicina di attesa.

Autore per la corrispondenza: Gatti Chiara – Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti –
Email: chiaragatti91@libero.it

114. La percezione di un vissuto tumorale e la qualità assistenziale: uno studio osservazionale cross-sectional descrittivo

Gatti Chiara[1], Pioli Fabia[1], Marcelli Stefano[2], Soccio Angela[2], Gregorini Mirco[3], Candela Salvatore[4], Rasetti Carlo[2], Santarelli Adoriano[5]

[1]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti, [2]ASUR Marche - Area Vasta n. 5, [3]Azienda USL Toscana Centro, [4]Università Politecnica delle Marche, [5]ASUR Marche - Area Vasta n. 4

BACKGROUND. La diagnosi di carcinoma (k) alla mammella cambia la vita di una donna e delle persone a lei care. Questi cambiamenti sono difficili da gestire come le emozioni, le incertezze sul futuro, soprattutto quelle riguardanti gli aspetti di vita quotidiana (lavoro e famiglia), la modificazione della propria immagine corporea e la paura che si presenti una recidiva di malattia. Più forte è il meccanismo di idealizzazione del proprio seno e maggiore sarà la svalutazione del proprio "Io corporeo" (Verbale M, 2015). Ogni paziente avvia un proprio processo di adattamento alla nuova condizione che comporta una trasformazione nella sua vita. Cambia il modo di sentirsi, di sentire il proprio corpo, di sentire le relazioni e il mondo circostante: cambiano i valori e le priorità. L'umore in merito al vissuto tumorale, al momento della dimissione, a seguito di cambiamento del proprio fisico, e l'indice di soddisfazione correlato all'assistenza infermieristica ricevuta sono fattori fondamentali per il benessere complessivo degli utenti, nonché elementi imprescindibili di un caring di qualità.

OBIETTIVI. Primario: ricercare alterazioni del tono dell'umore correlate al vissuto tumorale, nei pazienti con diagnosi di k mammario sottoposti ad intervento chirurgico. Secondario: misurare il grado di soddisfazione dell'utente rispetto al nursing.

METODI. Tra i mesi febbraio ed agosto 2018 è stato condotto uno studio osservazionale cross-sectional descrittivo presso l'U.O. Chirurgia del P.O. di San Benedetto del Tronto (Asur Marche AV5). Sono stati reclutati n.46 pazienti (previa firma del consenso informato) con diagnosi di k mammario sottoposti ad intervento chirurgico e sono stati loro somministrati al momento della dimissione 2 questionari validati, la Patient Satisfaction Scale-PSS (è stato chiesto di esprimere un giudizio su scala Likert a 4 punti (1=molto insoddisfatto, 2=insoddisfatto, 3=soddisfatto, 4=molto soddisfatto) e la Self-rating Depression Scale-SDS (20 items con 4 possibilità di risposta, a seconda del punteggio totale si ha un risultato "ottimo"-compreso tra 20 e 31, "buono"-compreso tra 32 e 43, "discreto"-compreso tra 44 e 55, "scarso"-compreso tra 56 e 67, o "grave"-compreso tra 68 e 80) ed uno per la raccolta dati anamnestici. Criteri d'inclusione: pazienti maschi o femmine di età >18 anni; degenza >24 ore e in fase di dimissione. Criteri d'esclusione: presenza di deficit cognitivi o alterazioni dello stato di coscienza; difficoltà nella comunicazione/comprensione della lingua italiana.

RISULTATI. Il 98% del campione è di sesso femminile, il 59% ha un'età compresa tra 60-80 anni, per il 73,9% questo era il primo ricovero ospedaliero, la durata media della degenza è di 3 giorni (DS±2), il 33% ha comorbidità; l'84,7% è stato sottoposto ad intervento di quadrantectomia ed i restanti di mastectomia. Dai dati raccolti si evince che non sono presenti livelli di distress psicologico nei pazienti affetti da k mammario, dalla diagnosi della patologia alla dimissione, a seguito di intervento chirurgico, data l'assenza di risultati pari a "scarso" e "grave" secondo la SDS: infatti, lo stato dell'umore percepito dal campione è per il 56,5% "buono", il 28,2% "ottimo", il 15,2% "discreto". Dalla PSS emerge che i partecipanti hanno espresso punteggi mediamente superiori per quanto riguarda i "Bisogni di interazione e di supporto" con una media di 3,10, seguono i "Bisogni tecnico scientifici" con una media di 3,08 ed infine i "Bisogni di informazione" con un valore di 3,05. Complessivamente i pazienti risultano avere una media di soddisfazione pari a 3,08 che corrisponde ad un punteggio tra il "soddisfatto" e il "molto soddisfatto". D'altra parte, si evidenzia che negli item "informazioni che mi sono state fornite dagli infermieri", "come il personale infermieristico si è occupato di me", "come gli infermieri mi hanno preparato alla dimissione" e "come i miei familiari sono stati preparati alla dimissione", l'indice di soddisfazione si riduce, pur rimanendo sopra il limite soglia, raggiungendo i valori "borderline" di 3,00 per il primo item e 3,04 per gli ultimi 3. Utenti senza ricoveri precedenti hanno espresso un indice di soddisfazione inferiore (3,05) rispetto agli utenti che avevano già avuto esperienza di ricovero (3,12).

LIMITI. I principali limiti dello studio sono la ridotta numerosità campionaria e la monocentricità dello studio.

CONCLUSIONI. L'indagine evidenzia gli elementi chiave che possono influenzare il grado di soddisfazione del paziente: gli operatori, l'ambiente di cura, le precedenti esperienze ospedaliere e, soprattutto, la persona stessa. In riferimento agli items risultati più critici, potrebbe essere opportuno adottare un modello assistenziale per «Team Nursing», il quale consente di assegnare a ciascun infermiere un gruppo di utenti definito, al fine di poter elaborare specifici piani di assistenza individualizzati.

Autore per la corrispondenza: Gatti Chiara – Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti –
Email: chiaragatti91@libero.it

115. La domanda in pronto soccorso pediatrico per convulsione febbrile: l'esperienza dell'AORN SantobonoPausilipon in ottica efficientamento in base al dato epidemiologico-clinico che precede l'applicazione di un PDTA convulsioni febbrili

Giordano V., Buono S., Russo C., D' Andrea A, Bruno E., Ruotolo E., Capelli C., Sorrentino L., Vetrano F., Conenna R.

Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale Santobono Pausilipon

BACKGROUND. Attualmente la presa in carico in PS del bambino con convulsione febbrile(CF) non segue criteri di evidenza e valutazioni cliniche omogenee ed univoche secondo EBM e Linee guida. L' eterogeneità della domanda e l'approccio in pronto soccorso al bambino con CF andrà definito con la redazione di specifico percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) valutando in primis la casistica che accede in PS per CF.

OBIETTIVI. Fondamentale è valutare la domanda per CF a tempo zero, prima della redazione del PDTA CF, per verificare, successivamente, dopo la redazione e l'applicazione del PDTA CF, il grado di efficientamento e miglioramento assistenziale che ne scaturirà.

METODI. sono stati valutati nei primi 11 mesi dell'anno 2018: 1) numero totale di accessi in PS di pazienti con quadro clinico di CF; 2) numero di accessi il cui esito è stato la dimissione al pediatra curante dopo stabilizzazione ed osservazione in PS; 3) numero di pazienti con CF ricoverati codice diagnosi principale ICD9-CM di CF 78031; 78032; 4) numero pazienti con ricovero 0-1 giorno.

RISULTATI. la domanda in PS di pazienti con CF nel periodo considerato è stata pari a 418 casi; di questi 171 sono esitati in ricovero, di cui 17 con durata degenza 0-1 giorno e 247 sono stati dimessi dopo trattamento ed osservazione in PS. La percentuale di CF ricoverate è stata del 41% quella dei dimessi dopo osservazione in PS è stata del 59%. Questi sono i dati di input, che potranno consentire un'analisi successiva del PDTA CF che si andrà a licenziare e verificarne l'impatto assistenziale.

LIMITI. fondamentale è l'analisi di aspetti multifattoriali che determinano l'esito in ricovero o meno della CF in PS. Accanto agli aspetti clinici, vanno considerati: aspetti socio-familiari, l'ambito territoriale di riferimento dell'AORN, il grading di assistenza territoriale, la fruibilità della stessa con una reale comunicazione/integrazione ospedale territorio.

CONCLUSIONI. con la redazione di un PDTA CF, sarà possibile definire con oggettività l' approccio assistenziale a tale patologia e valutare effettivamente come un percorso assistenziale definito ed oggettivo secondo evidenze scientifiche contestualizzate nel territorio di riferimento, possa impattare l' efficienza e l' efficacia assistenziale in ottica efficientamento dei percorsi di cura, partendo dalla rilevazione epidemiologico-clinica che precede l' applicazione sul campo del PDTA CF in fase di futura applicazione per verficarne l' efficacia e ove necessitassero prevedere interventi di implementazione.

Autore per la corrispondenza: Giordano Vincenzo – Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale Santobono Pausilipon – Email: giordanovincenzo1961@gmail.com

116. Gestire la complessità del bisogno assistenziale acuto e ricorrente del paziente pediatrico in UO di Rianimazione in ottica di gestione del rischio clinico dei processi assistenziali con un monitoraggio delle attività assistenziali erogate. Il modello in costruzione in AORN Santobono Pausilipon

Giordano V.[1], Capuano A.[1], Clemente F.[2], Faiella G.[1], Arace P.[1], De Chiara M.[1], Di Franco R.[1], Passaro M.[1], Vetrano F.[1], Conenna R.[1]

[1]Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale Santobono Pausilipon, [2]CNR - Istituto Cristallografia

BACKGROUND. La Rianimazione Pediatrica (RP), è un ambito assistenziale complesso ad alto rischio. I pazienti trattati in RP, vanno considerati per loro specificità assistenziali. Esistono ricoveri in RP di patologie emergenziali classiche e croniche, degenerative, oncologiche, chirurgiche complesse con: degenza protratta; accessi ricorrenti; durata maggiore della degenza con incremento fattori di rischio.

OBIETTIVI. Adottare un metodo di analisi delle attività della RP non considerando solo i dimessi da flusso SDO, bensì tutti i pazienti che transitano in RP: ammessi direttamente in RP, dimessi da RP e trasferiti da RP. La RP è di fatto: "service ospedaliero alta complessità". Monitorare le attività assistenziali consentirà di valutare anche i pazienti che necessitano di approccio assistenziale quali malattie rare, oncoematologici, malattie degenerative, assistenza post chirurgica complessa, con durata degenza protratta, accessi ricorrenti e modalità di dimissione con trasferimento ad altro presidio ospedaliero regionale, di fatto spoke e che usufruiva della RP dell' AORN come Hub per prestazioni particolari ed esitabili in trasferimento al presidio emittente o casi dimessi in assistenza domiciliare integrata (ADI).

METODI. Si è proceduto alla definizione di due setting assistenziali: 1. Setting assistenziale classico del paziente trattato in RP: urgenza emergenza pediatrico internistica e pediatrico traumatolgico-chirurgica; 2. Setting di pazienti affetti da patologie ad andamento cronico/protratto quali: malattie rare, patologie oncoematologiche, malattie degenerative, assistenza post chirurgica complessa neurochirurgica. Con report di analisi si verificheranno le differenze dei setting, in cui il rischio clinico tende ad aumentare per la aumentata degenza o per ricoveri ricorrenti e la casistica tradizionale emergenziale. In una prima fase del programma con monitoraggio di: procedure, tempi e attività assistenziali sui due setting, considerando la complessità implicita del caso ricoverato in RP del setting 1 e le attività assistenziali subentranti e ricorrenti per il paziente da ricovero in RP ricorrente e/o protratto in quanto appartenente al setting 2. In tal modo le procedure assistenziali caratterizzanti l'assistenza in RP sono distinte per il paziente acuto da RP e per paziente con bisogno "cronico assistenziale rianimatorio" e saranno verificate le differenze di impatto clinico e professionale.

RISULTATI. Adottare uno schema di rilevazione di attività infermieristiche e mediche. Le procedure/attività rilevate sul paziente ricoverato in RP da monitorare per setting sono distinte in: 1. Assistenza diretta: pulizia, medicazioni, infusioni ordinarie, più frequenti nel lungodegente pur se di tipo ordinario; procedure per il monitoraggio della pressione cruenta, più frequenti nell' acuto; inserimento pic, cvc, iniezioni intratecali, studi elettrofisiologici per entrambi i setting; attività per isolamento germi funzionali con procedura molto più restrittiva nel cronico in quanto tendenzialmente più infettabile. 2. Assistenza indiretta: controllo e supervisione unità letto e infrastrutture medicali ad impatto protratto nel setting 2. 3. Addestramento del caregiver: che impegna notevolmente per casi del setting 2. Le attività sono sovrapponibili per complessità nei due setting, ma variando per: frequenza, durata e numero di prestazioni con warning/allarmi ipotizzabili superiori per il paziente affetto da patologia cronica-oncologica-degenerativa-malattia rara con ricoveri ripetuti, generano maggior rischio assistenziale e professionale per la ripetitività procedurale, la consuetudine. La definizione del paziente a maggior rischio, per durata della degenza maggiore o frequente ripetitività dei ricoveri in RP, consentirà di richiamare per medico ed infermiere, un'attenzione maggiore sia per degenza protratta o frequente riaccesso e non considerare consuetudine l'assistenza al paziente del setting 2 in cui il rischio è correlato all' incremento di tali attività nel tempo.

LIMITI. In fase di prima applicazione si prevede: analisi della reportistica delle procedure sul paziente ricoverato, con valutazione di criticità. Tale analisi non è un incremento dei controlli, ma, con successivi audit interni e condivisione delle criticità superate o eventi avversi prevenuti, è strumento per ridurre sia rischi che burn out professionale.

CONCLUSIONI. La condivisione delle differenze assistenziali rilevate (numero procedure per turno, durata delle procedure, durata della degenza, ecc.) per i pazienti dei setting 1 e 2, verrà gestita con analisi dei tempi e delle procedure effettuate, evidenziandone le differenze; ciò rappresenterà per i professionisti un'opportunità di miglioramento assistenziale, con gestione del rischio clinico su evidenze rilevate da attività realizzate, verificate sul campo e condivise con audit periodici.

Autore per la corrispondenza: Giordano Vincenzo – Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale Santobono Pausilipon – Email: giordanovincenzo1961@gmail.com

117. Il Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) del bambino con convulsioni febbrili nell'AORN Santobono Pausilipon

Giordano V., Granata A., De Leva M. F., De Marinis C.I., Simeone G., Apicella A., Puzone L., Pennucci F., Mazio F., Conenna R.

Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale Santobono Pausilipon

BACKGROUND. I PDTA sono strumento di gestione clinica per presa in carico della persona ammalata. Rappresentano la contestualizzazione di raccomandazioni validate (Linee Guida) peri bisogni di salute, considerando le risorse disponibili. Obiettivo dei PDTA è perseguire il miglior risultato in termini di salute (efficacia), con utilizzo delle migliori pratiche cliniche (appropriatezza) ed ottimizzazione di risorse e tempistica (efficienza). Mirano a: integrazione fra operatori; riduzione variabilità clinica; diffusione medicina basata sulle evidenze (EBM); utilizzo appropriato risorse; misurazione attività con indicatori. Valori aggiunti dei PDTA: valorizzazione dell'esito "outcome" come obiettivo e non come prodotto; coinvolgimento multidisciplinare; scambio di informazioni e comprensione dei ruoli. L' AORN Santobono Pausilipon ha definito un piano aziendale per: costruzione, validazione e verifica PDTA, PDTA prioritario, quello per la presa in carico in PS del bambino con convulsione febbrile (CF).

OBIETTIVI. Il PDTA ha lo scopo di introdurre criteri clinici di valutazione rigorosi per garantire, dalla presa in carico in Pronto Soccorso, corretta gestione del bambino con CF. Le CF si distinguono in semplici o complesse, per: durata, ricorrenza, presenza di segni di lato, familiarità, presenza di anomalie EEG. Fondamentali sono i criteri EBM che definiscano il bisogno assistenziale del bambino con CF, quali: criteri di appropriatezza per la presa in carico assistenziale in PS; criteri di appropriatezza per il ricovero ospedaliero; diagnosi differenziale tra convulsione febbrile semplice e complessa; esami diagnostici; consulenze; terapia; terapia preventiva e rischio recidive; educazione della famiglia.

METODI. La costruzione del PDTA CF prevede l'identificazione del focus group aziendale con personale di alta competenza dedicato. Il focus groupè composto da: un componente (dirigenza e/o comparto) delle UU.OO capofila del PDTA; un dirigente medico della DMPO; un dirigente medico di Direzione Sanitaria Aziendale. Il focus group provvede la costruzione del PDTA e sul campo: Formazione/informazione del personale afferente alle unità operative coinvolte su contenuti clinico-organizzativi del PDTA; Monitoraggio del PDTA con indicatori di processo e di esito; Programmazione di audit clinici, almeno semestrali, per discussione punti critici e proposta di interventi correttivi. Definito il PDTA le azioni del focus group saranno: Condivisione PDTA con formazione; interessamento dei Responsabili di UO per divulgare il PDTA al personale di riferimento; partecipazione alla formazione del personale tecnico ed infermieristico di PS e UUOO; incontri formativi informativi con DMPO, Referente DMPO, Direzione Sanitaria, Referente Direzione Sanitaria.

RISULTATI. valutati secondo standard ed indicatori. Standard in prima fase del PDTA sono riportati in: 1. Schede di percorso assistenziale con Flow chart completa di nodi assistenziali e percorso organizzativo tra le articolazioni coinvolte: PS/OBI/PED/NEUROLOGIA 2. Schede di definizione ruoli operativi per setting assistenziali interessati: CHI, COSA, DOCUMENTI, OBIETTIVI, RISCHIO. Indicatori in prima fase valutano sensibilità e specificità del PDTA da valutare con riunioni del gruppo di lavoro, sono: indicatori di processo: N° di pz. Valutati secondo PDTA con CF semplice o complessa in PS; standard (>95%); N° Consulenze neurologiche, esami laboratorio, EEG, esami neuro diagnostici pre ricovero in CF semplice o complessa (25% CF Complessa); N° di pz. valutati nel PDTA come CF semplice che presentano complicanze/rientro a 24-48 ore (75%); N° Ricoveri per CF semplice in OBI trasferiti in UO di Pediatria (75%).

LIMITI. per rendere operativo il PDTA, è definita procedura di revisione work in progress: 1. Applicazione sperimentale del PDTA e monitoraggio, durata di 12 mesi dall' attivazione. Si terranno 4 riunioni del gruppo di lavoro secondo il cronoprogramma: A) prima dell'attivazione del PDTA, per stabilire ruoli e funzioni dei soggetti coinvolti; B) a 3, 6 e 12 mesi, per monitorare l'andamento degli indicatori di processo e di esito. 2. Monitoraggio del processo applicato: Le informazioni derivate dagli indicatori riportati, costituiranno flusso informativo ufficiale a cadenza periodica di 3, 6 e 12 mesi, tra UUOO: OBI, Pediatria, Neurologia/referente DMPO/referente DS Aziendale, per verificare l'andamento degli indicatori rispetto agli standard previsti. 3. Interventi correttivi, messa a regime del PDTA e suo monitoraggio continuo: Eventuali interventi correttivi, verranno posti in essere in rapporto all'andamento del processo di monitoraggio indicatori.

CONCLUSIONI. il PDTA CF consentirà di definire: standard distintivi oggettivi per Convulsione febbrile semplice(CFS) e Convulsione febbrile complessa(CFC); fissare criteri di appropriatezza per ricovero ospedaliero e corretta diagnosi; appropriato utilizzo risorse assistenziali quali procedure diagnostico-strumentali: EEG, T.C., Puntura Lombare; gestione rischio clinico: presa in carico del bisogno assistenziale senza sottostima/sovrastima soggettiva; trattamento che fissi criteri secondo E.B.M. per evidenze organizzativo-assistenziali quali: terapia della crisi prolungata in atto in PS/OBI/UO Pediatria; terapia preventiva e rischio recidive; educazione sanitaria familiari, tutti aspetti che impattano su organizzazione ed appropriatezza ospedaliera e sul benessere familiare se carente l' educazione sanitaria fornita.

Autore per la corrispondenza: Giordano Vincenzo – Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale Santobono Pausilipon – Email: giordanovincenzo1961@gmail.com

118. Infermieri e donazione d'organi: uno studio qualitativo fenomenologico

Girotti Susi[1], Paganelli Ilaria[2], Dignani Lucia[1]

[1]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti, [2]Università Politecnica delle Marche

BACKGROUND. Nonostante il trapianto d'organo sia considerato una terapia salvavita, il numero di opposizioni alle donazioni è ancora notevole. Ricerche condotte sul tema della donazione di organi evidenziano scarse conoscenze ed opinioni incerte e discordanti; questo potrebbe compromettere in maniera significativa l'adesione alla donazione. Il professionista infermiere ha un ruolo strategico nel percorso di accompagnamento della persona assistita (potenziale donatore) e del familiare: è importante indagare quale sia l'opinione di infermieri che operano direttamente in setting vicini al percorso della donazione, e quella di infermieri che non gestiscono routinariamente questo aspetto, poiché tutti i professionisti indistintamente dal contesto lavorativo, sono deontologicamente sostenitori della donazione, considerata come atto di solidarietà.

OBIETTIVI. Indagare le opinioni degli infermieri rispetto alla donazione di organi.

METODI. È stato condotto, nel periodo febbraio- marzo 2018, uno studio qualitativo fenomenologico, a due gruppi di infermieri di una azienda ospedaliera della regione Marche: A) Infermieri che gestiscono routinariamente famiglie potenzialmente coinvolte nel percorso di donazione degli organi; B) Infermieri che svolgono la loro attività in setting generalmente non coinvolti in maniera diretta nel percorso di donazione degli organi. Il campionamento, avvenuto secondo una modalità di convenienza, si è protratto fino a saturazione dei dati. Gli infermieri sono stati arruolati su base volontaria, individuati tramite conoscenza diretta o indiretta dai ricercatori. È stato considerato come criterio di inclusione avere almeno sei mesi di esperienza lavorativa nell'unità operativa di appartenenza. La raccolta dati è avvenuta attraverso interviste face to face, condotte da un unico ricercatore, audioregistrate e successivamente ritrascritte. I contenuti delle interviste, sono stati determinati da domande-stimolo specifiche precostituite, rispondenti all'obiettivo dello studio. La domanda iniziale era: "Qual è il suo pensiero rispetto alla donazione d'organi?", "Come si approccia (gruppo A)/si approccerebbe (gruppo B) con il familiare che deve decidere se dare il consenso al prelievo d'organi per il suo caro?" I dati sono stati analizzati con metodo Colaizzi.

RISULTATI. Dalle 14 interviste svolte, emergono per entrambi i gruppi le seguenti tematiche: la donazione di organi è vista come atto di generosità, ed assume un valore catartico, poiché un momento di estrema sofferenza per la morte/perdita di un caro (per il quale non c'è più nulla da fare) può assumere una connotazione positiva, in quanto si dona la vita ad una o più persone; è necessario porre attenzione al percorso del ricevente, che spesso è una persona che ha condotto uno stile di vita poco salutare; la scarsa conoscenza, sia tra il personale sanitario che nella collettività, può contribuire a determinare un minor numero di consensi; Per il Gruppo A l'approccio col familiare del potenziale donatore è molto delicato, ad alta carica emotiva: la prima reazione istintiva è la fuga; essenziali sono i momenti di silenzio/ vicinanza e i momenti informativi. È difficile decidere per conto di un'altra persona, ed è importante il rispetto per la volontà espressa in vita dal potenziale donatore. Il Gruppo B invece, ponendosi come sostenitori del consenso alla donazione, baserebbe l'approccio col familiare del potenziale donatore sul tentativo di convincimento.

LIMITI. È stato evidenziato come limite allo studio, lo svolgersi delle interviste durante l'orario di lavoro, che ha determinato spesso distrazioni dell'intervistato.

CONCLUSIONI. I risultati emersi da questo studio sottolineano la necessità di promuovere la partecipazione ai corsi programmati, e la promozione di campagne informative sul tema. Inoltre andrebbe incentivata nella popolazione generale l'espressione della propria volontà rispetto alla donazione d'organi. Le opinioni favorevoli dei professionisti, insieme alle adeguate informazioni, potrebbero essere un mezzo valido per aumentare il numero dei consensi e ridurre le opposizioni alla donazione.

Autore per la corrispondenza: Girotti Susi – Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti –
Email: susi.girotti@libero.it

119. Il vissuto emotivo degli infermieri in oncoematologia pediatrica: studio qualitativo fenomenologico

Girotti Susi[1], Zillo Lucrezia[2], Tufoni Simona[2], Seccia Lucia[1], Dignani Lucia[1]

[1]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti, [2]Università Politecnica delle Marche

BACKGROUND. L'insorgenza della malattia oncologica in un paziente in età pediatrica segna una violenta frattura nella vita del bambino, associata a intense alterazioni emotive che coinvolgono l'intero nucleo familiare. Il professionista infermiere ha un ruolo fondamentale nella presa in carico del piccolo assistito e dei suoi cari; il setting di oncoematologia pediatrica è caratterizzato da una duplice complessità: l'assistenza a persone con patologie oncologiche è il primo elemento, che si associa alla specificità dell'ambito pediatrico. È pertanto importante che l'infermiere riesca a gestire correttamente il proprio vissuto emotivo rispetto alla malattia, alla sofferenza e alla morte.

OBIETTIVI. Far emergere l'impatto emotivo, il vissuto e gli strumenti di difesa messi in atto dagli infermieri nella gestione assistenziale del bambino affetto da patologia oncoematologica.

METODI. È stato condotto, nel periodo agosto- ottobre 2018, uno studio qualitativo fenomenologico, coinvolgendo un gruppo di infermieri di un reparto di Oncoematologia Pediatrica. Il campionamento, avvenuto secondo una modalità di convenienza, si è protratto fino a saturazione dei dati. Gli infermieri sono stati arruolati su base volontaria, individuati tramite conoscenza diretta o indiretta dai ricercatori. È stato considerato come criterio di inclusione avere almeno sei mesi di esperienza lavorativa nell'unità operativa di appartenenza. La raccolta dati è avvenuta attraverso interviste face to face, condotte da un unico ricercatore, audioregistrate e successivamente ritrascritte. I contenuti delle interviste, sono stati determinati da domande-stimolo specifiche precostituite, rispondenti all'obiettivo dello studio. La domanda iniziale era: "Che tipo di assistenza eroga ai bambini affetti da una patologia oncoematologica?", "Quali sentimenti prova nel momento in cui prende in carico un bambino affetto da una patologia oncoematologica?". Le interviste sono state poi analizzate secondo il metodo Colaizzi, estrapolandone le tematiche più significative.

RISULTATI. Dall'analisi delle 10 interviste condotte, sono emerse le seguenti macro-tematiche: l'assistenza infermieristica è di tipo olistico, oltre all'aspetto tecnico-professionale vi è quello educativo e relazionale educativo, con supporto verso i genitori e il gioco nei confronti del bambino; importante ruolo dell'infermiere nella presa in carico della famiglia, con cui si entra in stretta relazione; coinvolgimento emotivo e l'immedesimazione (con grande carico emotivo nei momenti della diagnosi, del trattamento e del lutto), che sembrano essere inversamente legati all' esperienza professionale specifica (i più giovani con minor esperienza lavorativa in setting onco-ematologico si lasciano coinvolgere maggiormente); si può osservare nei professionisti con maggiore esperienza professionale specifica l'utilizzo del distacco emotivo, come meccanismo di difesa; la gestione del lutto rappresenta un elemento di criticità per tutti i professionisti.

LIMITI. Lo studio monocentrico e il campionamento di convenienza costituiscono i principali limiti dello stesso.

CONCLUSIONI. I risultati emersi dallo studio confermano quanto disponibile in letteratura sul tema trattato. È utile per le organizzazioni sanitarie ragionare sulla stabilità dell'organico, poiché l'esperienza professionale consente di gestire la molteplicità dei sentimenti legati alla presa in carico del bambino oncoematologico, senza dimenticare l'utilità del supporto psicologico.

Autore per la corrispondenza: Girotti Susi – Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti –
Email: susi.girotti@libero.it

120. Change management e sicurezza delle nascite: valutazione pre-post 2013-2017 sugli interventi per la riduzione dei tagli cesarei in un Policlinico Universitario-IRCCS

Giubbini Gabriele[1], Angioletti Carmen[2], Ferrazzani Sergio[2], Lanzone Antonio[2], Neri Caterina[2], Caruso Alessandro[2], Cambieri Andrea[2], Ricciardi Walter[1], De Belvis Antonio Giulio[1]

[1]Università Cattolica del Sacro Cuore, [2]Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli

BACKGROUND. Senza ombra di dubbio, i parti cesarei rappresentano un intervento a rischio di inappropriatezza clinica e di spreco di risorse per il SSN.

OBIETTIVI. Viene riportata la valutazione dell'impatto della definizione di Linee Guida (LG) interne sulla sicurezza della nascita e di interventi bundled di change management, attuati dal 2014 in un Policlinico Universitario, al fine di ridurre la variabilità artificiale nella pratica assistenziale e a disincentivare il ricorso ai cesarei non necessari.

METODI. L'analisi è basata su uno studio pre-post osservazionale retrospettivo, condotto misurando indicatori di fonte istituzionale (Programma Regionale Valutazione Esiti del Lazio), confrontati con le strutture competitors e integrati con la classificazione dei parti secondo Robson. Per le proporzioni, è operato un aggiustamento per fattori di rischio e comorbidità. I dati sono riportati attraverso output tabellari, grafici e carte di controllo.

RISULTATI. Tra il 2013 e il 2017, a fronte di un incremento del 19,76% nel volume annuale di parti – da 3300 a 3952 – la proporzione di parti con taglio cesareo primario si è ridotta dal 26,71% al 15,03% (RR aggiustato rispetto alla media regionale: 0,87 nel 2013 con $p<0,001$, 0,57 nel 2017 con $p<0,001$); tale decremento risulta ancor più evidente nelle classi di Robson a minor rischio clinico. Si è inoltre ridotta la proporzione di ricoveri successivi durante il puerperio nelle pazienti sottoposte a cesareo, dall'1,34% del 2012-2013 allo 0,73% del 2016-2017 (RR aggiustato rispetto alla media regionale: 1,91 nel 2012-2013 con $p<0,001$, 1,05 nel 2016-2017 con $p=0,841$).

LIMITI. I limiti dello studio sono insiti al disegno trasversale che lo caratterizza (impossibilità di dimostrare inoppugnabilmente il rapporto causa-effetto tra interventi e risultati, sebbene la sussistenza dello stesso sia assai evidente).

CONCLUSIONI. Si evidenzia come l'introduzione delle LG interne sia stata seguita da un'importante riduzione del ricorso ai tagli cesarei primari e da un decremento delle riammissioni delle pazienti sottoposte a tale intervento, con intuibili effetti positivi anche sotto il profilo socio-economico. Lo studio testimonia come interventi bundled di change management (gestione per processi, formazione, approccio evidence based, multiprofessionalità e multidisciplinarietà, sviluppo di sistemi di programmazione e controllo, audit e feedback) possano consolidare i risultati ottenuti secondo un approccio di miglioramento continuo della qualità.

Autore per la corrispondenza: Giubbini Gabriele – Università Cattolica del Sacro Cuore –
Email: gabriele.giubbini@gmail.com

121. Applicazione di logiche Lean nella gestione del paziente oncologico: sperimentazione in un Policlinico Universitario IRCCS

Giubbini Gabriele[1], Angioletti Carmen[2], Ghirardini Gaia[2], Barbara Andrea[1], Specchia Maria Lucia[1], Bria Emilio, Valentini Vincenzo[2], Ricciardi Walter[1], Cambieri Andrea[2], De Belvis Antonio Giulio[1]

[1]Università Cattolica del Sacro Cuore, [2]Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli

BACKGROUND. Lo studio nasce dalla necessità di mappare il percorso del paziente nel setting di Day Care oncologico (Day Hospital e ambulatori) di un Policlinico Universitario IRCCS.

OBIETTIVI. I Key Performance Indicators (KPIs) utilizzati per valutare la situazione quo ante si sono incentrati su: tempi di attesa; tempi di svolgimento delle singole attività; risorse impiegate. Il fine ultimo è quello di intervenire su eventuali "colli di bottiglia.

METODI. La rilevazione risale al periodo 17-30 gennaio 2018, nel quale è stata inclusa la totalità delle prestazioni erogate, suddivise in varie tipologie: prima visita; erogazione terapia; visita + adeguamento piano terapeutico; visita + terapia e.v.; visita + terapia per os; follow-up; altro (posizionamento PICC, ecc.). Gli accessi ammontano a 1351, di cui 422 per sola terapia. Per la raccolta dati sono stati somministrati questionari a pazienti e personale medico, detti rispettivamente Patient Journey (PJ) e Medical Journey (MJ). Nelle fasi di analisi ed elaborazione dati sono stati applicati i principi Lean ai seguenti fini: mappatura visuale del processo e definizione della catena del valore per il paziente; identificazione di elementi di variabilità artificiale, sprechi e attività non a valore aggiunto; definizione di azioni di miglioramento e ridisegno del processo coinvolgendo professionisti e pazienti.

RISULTATI. Per le visite, tra orari pianificati e di effettiva erogazione si ha un gap medio di 50 minuti ($p<0,001$) con ritardi molto maggiori al mattino, allorquando erano effettuate il 70% di tali prestazioni. Inoltre, nel periodo sono state perse 76 terapie per slittamenti dovuti a ritardi accumulati nonché al quadro clinico del paziente, le quali - unite alle 66 annullate - hanno determinato un 25% di farmaci non somministrati. Il gruppo di audit costituitosi ha definito una serie di azioni di miglioramento: separazione dei flussi di visita tra mattina e pomeriggio (dedicando quest'ultimo a follow-up e fuori lista); regole - cliniche e organizzative - di prioritizzazione nella messa in lista e di assegnazione degli orari di visita; valorizzazione delle fasi di attesa di pazienti e caregiver, anche impiegando volontari e supporti multimediali; caratterizzazione dei singoli ambulatori per problema di salute, con continuità assistenziale da parte dello stesso medico; previsione giornaliera di liste di overbooking.

LIMITI. I limiti dello studio sono principalmente legati alla relativa brevità del periodo di osservazione.

CONCLUSIONI. La metodologia Lean – approccio organizzativo-gestionale volto a massimizzare il valore per il paziente – si è dimostrata un valido strumento per eliminare sprechi e attività non a valore aggiunto, in un'ottica di miglioramento continuo.

Autore per la corrispondenza: Giubbini Gabriele – Università Cattolica del Sacro Cuore –
Email: gabriele.giubbini@gmail.com

122. Applicazione di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale dedicato al paziente con infezione da Clostridium difficile, in un Policlinico Universitario IRCCS. Analisi pre-post

Giubbini Gabriele[1], Barbara Andrea[1], Cammarota Giovanni[2], Ianiro Gianluca[2], Gasbarrini Antonio[2], Sanguinetti Maurizio[2], Laurenti Patrizia[1], Cambieri Andrea[2], Ricciardi Walter[1], De Belvis Antonio Giulio[1]

[1]Università Cattolica del Sacro Cuore, [2]Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli

BACKGROUND. Clostridium difficile è un batterio a elevata contagiosità, agente eziologico della colite da antibiotici, frequente negli anziani ricoverati e causa di notevole impatto socio-assistenziale ed economico.

OBIETTIVI. Obiettivo dello studio è valutare gli effetti dell'applicazione di uno specifico Percorso diagnostico terapeutico assistenziale (PDTA) in un Policlinico Universitario IRCCS. Con il PDTA si definiscono criteri uniformi di diagnosi, si istituisce un team di consulenza polispecialistico, si garantisce la continuità assistenziale; inoltre, si predispongono azioni di formazione degli operatori e di sensibilizzazione dei pazienti sulle misure preventive, valorizzando i contenuti della procedura redatta dall'UOC Igiene Ospedaliera dello stesso Policlinico per la verifica della sanificazione delle superfici nei reparti a rischio.

METODI. È stato condotto uno studio pre-post, osservazionale retrospettivo, analizzando le Schede di Dimissione Ospedaliera con ICD-9-CM 008.45 (infezione da Clostridium difficile) relative a 2° semestre del 2013 e analogo periodo del 2016, rispettivamente precedente e successivo all'applicazione del PDTA. Sono stati valutati degli indicatori di volume, di processo (% accessi da PS, % di ricoveri nei vari reparti, degenza media) e di esito (tipo di dimissione, mortalità).

RISULTATI. La casistica ammonta a 64 pazienti nel primo periodo e a 50 nel secondo. Nel confronto pre-post si ha un aumento della % di accesso da PS (+13,2%, p=0,10); si rileva un incremento della % di ricoveri in reparti appropriati per il problema specifico, segnatamente di Gastroenterologia (+386,4%, p<0,001) e di Clinica Medica (+181,6%, p=0,03), e un contestuale calo della % di ricoveri in Geriatria (-74.4%, p=0,01) e nei restanti reparti (-44,2%, p=0,004). La degenza media si è ridotta da 24,4 a 20,7 giorni. Aumentano le dimissioni a domicilio (+31,8%, p=0,06) e si riducono i trasferimenti verso istituti e altri regimi assistenziali (-39,8%, p=0,17). Benché senza significatività statistica, si riduce inoltre la mortalità (-22,8%).

LIMITI. I limiti dello studio sono legati al disegno trasversale che lo caratterizza (impossibilità di dimostrare inoppugnabilmente il rapporto causa-effetto tra azioni implementate e risultati, benché vi siano elementi assai fondati che ne suggeriscano la sussistenza), alla mancata disponibilità di dati sull'esperienza di pazienti e professionisti, alla relativa esiguità del set di indicatori.

CONCLUSIONI. Lo studio evidenzia come il PDTA abbia favorito un incremento dell'appropriatezza clinica e organizzativa nella gestione di questi pazienti, con intuibili effetti positivi anche sotto il profilo socio-economico.

Autore per la corrispondenza: Giubbini Gabriele – Università Cattolica del Sacro Cuore –
Email: gabriele.giubbini@gmail.com

123. Lean Healthcare Management – sicurezza, salute e valore per il paziente: riduzione dei rischi di infezioni ospedaliere nel paziente chirurgico urologico di un IRCCS oncologico

Giubbini Gabriele[1], De Luca Assunta[2], Vaia Francesco[2], Forastiere Ester[2], Marchesini Elisa[2], Pignatelli Adriana Concetta[2], Pronesti Carmelina[2], Spano Alessandro[2], Gallucci Michele[2], Vujovic Branka[2]

[1]Università Cattolica del Sacro Cuore, [2]Istituti Fisioterapici Ospitalieri - IFO

BACKGROUND. La Lean Healthcare è un approccio organizzativo-gestionale volto a massimizzare il valore per il paziente eliminando sprechi e attività non a valore aggiunto, in un'ottica di miglioramento continuo. Essa può essere adottata anche nella prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), le quali costituiscono un importante problema di sanità pubblica, dalle notevoli ripercussioni socio-economiche.

OBIETTIVI. Nello studio si descrivono caratteristiche e impatto dell'applicazione, in collaborazione con Telos Management Consulting, di principi Lean nel percorso del paziente chirurgico urologico in un IRCCS oncologico, al fine di ridurre il rischio di tale fenomeno.

METODI. Le attività si sono aperte nel febbraio del 2018, con una giornata formativa per équipe assistenziali coinvolte, biologi e responsabili qualità e rischio clinico. A seguire, è stato mappato il processo as is tramite brainstorming e osservazione sul campo, individuando sprechi e ambiti a rischio di infezioni (e.g.: indicazioni in fase di prericovero-PreH, identificazione e isolamento pazienti infetti, igiene mani e uso di dispositivi, sicurezza nel blocco operatorio). È stata poi realizzata una matrice FMECA – individuando cause ed effetti di errori/rischi e definendo per ognuno l'Indice di Priorità di Rischio – e sono state analizzate le cause radice (RCA) tramite diagramma di Ishikawa. Si è proceduto quindi (giugno 2018) ad individuare contromisure Lean nel processo, tra cui: gestione visuale di informazioni, ordine e "pulizia" nelle attività (5S), standardizzazione delle azioni. In concreto, vale la pena citare: introduzione di checklist per esami in PreH, brochure per pazienti e caregiver, formazione degli operatori, reperibilità costante dell'alcol-gel nei reparti, revisione del regolamento di accesso a luoghi comuni e blocco operatorio, ridefinizione delle modalità programmatorie del blocco e della logistica in senso just in time, individuazione di una farmacista dedicata all'organizzazione del magazzino, aggiornamento del protocollo per antibioticoterapia in dimissione, integrazione degli applicativi informatici per la cartella clinica, sala operatoria e farmacia.

RISULTATI. Le azioni di miglioramento, in corso di implementazione, ci hanno permesso di registrare i primi effetti positivi sull'incidenza delle ICA.

LIMITI. I benefici riscontrati necessitano di una conferma, a seguito di un periodo di osservazione maggiormente protratto.

CONCLUSIONI. La metodologia Lean potrebbe costituire un valido strumento per reingegnerizzare i processi anche ai fini della gestione del rischio clinico.

Autore per la corrispondenza: Giubbini Gabriele – Università Cattolica del Sacro Cuore –
Email: gabriele.giubbini@gmail.com

124. Impatto di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per Ictus Ischemico in un Policlinico Universitario IRCCS

Giubbini Gabriele[1], Lohmeyer Franziska Michaela[1], Specchia Maria Lucia[1], Barbara Andrea[1], Angioletti Carmen[2], Frisullo Giovanni[2], Rossini Paolo Maria[2], Cambieri Andrea[2], Ricciardi Walter[1], De Belvis Antonio Giulio[1]

[1]Università Cattolica del Sacro Cuore, [2]Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli

BACKGROUND. Un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per pazienti con Ictus Ischemico acuto è stato implementato nel 2014 in un Policlinico Universitario IRCCS (Centro Hub regionale con circa 75.000 ricoveri annui al Dipartimento di Emergenza), al fine di garantire cure tempestive ed appropriate, favorire l'assistenza centrata sul paziente e assicurare interventi integrati multidisciplinari e multiprofessionali, garantendo continuità nel processo di cura.

OBIETTIVI. L'obiettivo dello studio è determinare se il PDTA abbia avuto un impatto positivo sulla qualità della gestione dei pazienti affetti da tale problema di salute, confrontando alcuni dati di perfomance tra la fase pre- e la fase post-implementazione dello stesso.

METODI. È stato condotto uno studio osservazionale retrospettivo pre-post. Per valutare l'impatto dell'implementazione del PDTA sono stati analizzati indicatori di volume, di processo e di esito/outcome. Sono state calcolate le frequenze assolute e relative e per definire la significatività statistica si è fatto ricorso al test del Chi quadrato e al test esatto di Fisher.

RISULTATI. Sono stati inclusi in totale 1009 pazienti: 483 nel 2013 e 526 nel 2015. Accanto a tale aumento nel volume dei pazienti dimessi (+ 8,9%), si è registrata una diminuzione dei casi di attacco ischemico transitorio (TIA) (-89%, p <0,001) e un aumento di casi di ictus (+ 34,7%, p <0,001); inoltre, è stato osservato un aumento della quota di pazienti trattati nella Stroke Unit (+ 46,6%, p <0,001) e della quota di pazienti trasferiti dalla Stroke Unit ai reparti di Neurologia entro 3 giorni (+ 70%, p <0,001). Sebbene sia stata registrata una riduzione del tasso di riammissione entro 30 giorni (-5,7%), essa non è risultata statisticamente significativa.

LIMITI. I limiti dello studio sono legati al disegno trasversale che lo caratterizza, in cui si descrive l'associazione tra esposizione ed esito senza determinare la causalità. In secondo luogo, i dati sono stati rilevati dalle cartelle cliniche, escludendo quei casi relativamente ai quali esse non erano state compilate correttamente.

CONCLUSIONI. L'implementazione del PDTA per l'ictus ischemico ha mostrato un effetto complessivamente positivo sulla gestione dei pazienti affetti da questo problema di salute, con un'incrementata efficienza del processo assistenziale.

Autore per la corrispondenza: Giubbini Gabriele – Università Cattolica del Sacro Cuore –
Email: gabriele.giubbini@gmail.com

125. L'innovazione a salvaguardia della qualità: esperienza di una farmacia ospedaliera pubblica con il registro informatizzato di entrata/uscita stupefacenti, vantaggi, limiti e prospettive

Giusto Maria Luigia, Vecchia Stefano, Bazzoni Elena, Ferrari Sara, Fiazza Caterina, Gatti Francesca Chiara, Lapadula Silvia, Mazzari Martina, Sartori Alessia, Seccaspina Chiara

AUSL Piacenza

BACKGROUND. Il DM 11 maggio 2010 ha approvato l'adozione del registro informatico delle sostanze stupefacenti e psicotrope e dei medicinali presenti nelle tabelle allegate al DPR 309/90. È resa sostituibile la registrazione cartacea delle movimentazioni con una informatica su software dedicato.

OBIETTIVI. Scopo del lavoro è analizzare i vantaggi e i limiti derivati dall'adozione della nuova metodica per migliorare la governance ed il monitoraggio di una funzione essenziale della farmacia ospedaliera.

METODI. Da novembre 2017 la Farmacia Ospedaliera, e successivamente le UUOO di Rianimazione e Comparto Operatorio, hanno adottato il registro informatico. È realizzato in modo da registrare separatamente ogni sostanza o medicinale. È possibile visualizzare le registrazioni in ordine cronologico o relativamente al medicinale. Sono sempre specificate l'origine, la destinazione e la giacenza con i riferimenti ai documenti giustificativi. Il programma espone un alert per i farmaci sotto-scorta e invita al controllo delle giacenze ed al riordino contestuale. Le registrazioni sono suddivise per UO, persona fisica e fornitori. Dall'interfaccia iniziale si può entrare nel percorso scarico, selezionando il destinatario con la richiesta di dati quali tipo, numero e data del documento di uscita. Compare una lista dei lotti dei medicinali precedentemente caricati con scadenza, giacenza e sotto-scorta da cui si seleziona il farmaco in uscita. Si può poi procedere al riordino tramite buono acquisto. In caso di errore si effettua la correzione nella sezione storno motivando il movimento. I movimenti sono costantemente monitorati alla pagina registro tramite lo storico delle operazioni di carico/scarico. La sezione prospetti permette di visualizzare le movimentazioni di farmaci in un periodo o l'elenco dei soggetti trattati. Il registro informatico prevede una "registrazione di chiusura annuale" e una "di periodo" da effettuarsi con frequenza almeno mensile. La chiusura di sistema avviene a fine giornata con un test di chiusura per ogni movimento effettuato suscettibile di intervento correttivo del farmacista. La chiusura annuale si svolge con identica modalità.

RISULTATI. L'accelerazione delle pratiche di riordino e chiusura, il monitoraggio costante di carichi/scarichi e scadenze dei lotti, consente di ridurre i tempi esecutivi, garantisce una maggiore accuratezza ed un'effettiva riduzione delle probabilità di errore. L'uso presso i reparti presenta gli stessi vantaggi, l'attribuzione a lotti permette di monitorare e mobilitare quelli in scadenza. Infatti non risultano stupefacenti scaduti nei reparti che hanno adottato il registro informatico. Inoltre le attività ispettive della farmacia sono facilitate dalla visualizzazione elettronica.

LIMITI. Limite del presente lavoro è l'identificazione di indicatori che permettano di quantificare l'ottimizzazione dei tempi operativi. Limite dell'estensione del processo di informatizzazione è la formazione degli operatori sanitari che richiede tempi dedicati e feedback in progress.

CONCLUSIONI. Il bilancio dell'esperienza di trasformazione digitale risulta positivo in quanto ha ottimizzato le attività del farmacista e dei sanitari in termini di efficienza, praticità d'uso e nuovi campi applicativi. Prospettiva futura è la creazione di una piattaforma informatica integrata tra farmacia e tutti i reparti che utilizzano stupefacenti per conoscere in tempo reale le movimentazioni e le seguenti necessità di approvvigionamento. La registrazione informatica di questi dati apre la possibilità d'implementare analisi precise dell'utilizzo del farmaco stupefacente.

Autore per la corrispondenza: Giusto Maria Luigia – AUSL Piacenza – Email: marialuigiagiusto@gmail.com

126. Prostatectomia radicale in One Day Surgery: deospedalizzazione precoce in area chirurgica e monitoraggio in remoto delle condizioni cliniche del paziente dimesso

Guercio Stefano[1], Coggiola Nadia[2], Giacometti Marika[1], Presutti Michele[1], Morelli Pamela[1], Bellina Maurizio[1], Minniti Davide[1], Boraso Flavio[1]

[1]ASL TO3, [2]Università degli Studi di Torino

BACKGROUND. La prostatectomia radicale open può oggi essere condotta con tecnica mini-invasiva che prevede il risparmio di alcune strutture anatomiche e, inoltre, l'utilizzo di moderni presidi medicali permette di ridurre al minimo i rischi di sanguinamento intraoperatorio e le complicanze post-operatorie. Tale intervento consente risultati, sia oncologici sia funzionali, sovrapponibili alle altre tecniche mini-invasive (laparoscopia, robot-assisted, etc..) ma, essendo condotto in anestesia locale, permette la dimissione in 1° giornata post-operatoria. I principali vantaggi di una prostatectomia radicale condotta in D.S. (PRDS) sono rappresentati da: • rapida dimissione con precoce mobilizzazione del paziente • impatto psicologico positivo • minore probabilità di contrarre infezioni nosocomiali • riduzione dei costi • aumento della disponibilità della "risorsa posto-letto".

OBIETTIVI. Gli obiettivi attesi sono: la riduzione delle giornate di degenza e il controllo in remoto dei parametri vitali del paziente dimesso precocemente al domicilio.

METODI. I presupposti fondamentali alla pianificazione di una PRDS sono: – Selezione del paziente (es. età, ASA, contesto sociale, ecc.); – Procedura chirurgica "mini-invasiva" (nerve-neck-seminal sparing con idrodissettore Erbe-jet, eseguita in rachianestesia con schema di analgesia peri e post-operatoria concordato); – Mobilizzazione precoce e alimentazione del paziente la sera del giorno dell'intervento; – Dimissione protetta in 1° giornata post-operatoria con attivazione dell'ADI (il medico urologo condivide le informazioni con il MMG e con l'equipe del Servizio di Cure Domiciliari); – Presa in carico territoriale (prima della dimissione del paziente: visita congiunta tra il personale medico e infermieristico dell'Urologia e quello delle cure domiciliari per il passaggio delle informazioni clinico-assistenziali. A tale incontro è fortemente auspicabile la presenza del paziente e del caregiver al quale verranno consegnate informazioni utili per la condivisione del percorso di cura e l'addestramento all'uso dei dispositivi per il controllo da remoto); – Valutazione di una check list di dimissibilità da parte dell'Urologo, dell'Infermiere di reparto e dell'Anestesista; – Fornitura di farmaci e presidi; – Visite domiciliare da parte dell'urologo e dell'equipe infermieristica territoriale fino alla terza giornata post operatoria (e chiusura dell'ADI); – In quarta giornata il paziente si reca autonomamente a visita presso il DH ospedaliero. È prevista, inoltre, l'implementazione di un monitoraggio a distanza con l'utilizzo di una tecnologia di teleassistenza per il controllo delle condizioni cliniche del paziente, al fine di rendere immediatamente condivisibili tra paziente e medico tutti i dati raccolti.

RISULTATI. Attualmente il percorso descritto è stato attivato per venti pazienti. L'analisi eseguita ha evidenziato: • una riduzione dei costi: la Prostatectomia in RO costa 3174,31€, in RB: 2326€ (5619€ con robot), mentre in DSP: 1971,06€. Il relativo DRG varia da 3105€ a 5997€ • l'importanza della sinergia Ospedale-Territorio tra il Comparto infermieristico dell'Ospedale e quello del Territorio, per la realizzazione di una continuità assistenziale dal ricovero alla dimissione protetta. • l'impiego ottimale dei posti letto.

LIMITI. È necessario condurre un'attenta valutazione delle risorse necessarie al fine di definire la sostenibilità o meno del progetto a lungo termine.

CONCLUSIONI. Si tratta di un progetto innovativo reso possibile grazie ad un percorso che si svolge all'interno dell'ASL TO3 e grazie all'impegno dei diversi attori coinvolti. Fondamentale, per l'ottima riuscita dell'intervento, il lavoro del Team chirurgico e anestesiologico che deve valutare il paziente selezionato e consentire la precoce dimissibilità dopo un'attenta valutazione di criteri clinici predefiniti. Numerose figure professionali del territorio sono poi state coinvolte in quello che è un eccellente esempio di sinergia fra Ospedale e Territorio: medici specialisti, MMG e infermieri dell'Assistenza domiciliare collaborano tra loro con il supporto delle moderne tecnologie oggi a disposizione. La prostatectomia radicale " mini-invasiva" con dimissione del paziente in 24 ore e monitoraggio al domicilio si propone, quindi, come la risposta moderna al carcinoma prostatico, in pazienti giovani e selezionati, e si pone in linea con quanto viene eseguito in pochi centri al mondo, garantendo nel contempo una migliore qualità di vita nei giorni successivi all'intervento per i pazienti (fattore domiciliarità) e sostenibilità (in media un risparmio di circa 2000€ per ogni intervento effettuato rispetto allo standard).

Autore per la corrispondenza: Coggiola Nadia – Università degli Studi di Torino – Email: n.coggiola@unito.it

127. Diamoci una Mossa! L'autonomia del paziente in ospedale

Guerrieri Carolina, Dalli Valeria, Falcinella Rossana, Fontana Sabrina, Gherardi Paolo, Guerzoni Riccardo, Lacava Raffaella, Spessotti Laura Laura, Tabanelli Claudia, Vincenzo Manigrasso

Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna – Policlinico S. Orsola-Malpighi

BACKGROUND. Un recente studio ha dimostrato che fino al 65% di soggetti anziani indipendenti nel cammino rischia di perdere tale capacità funzionale durante un ricovero ospedaliero, in seguito ad un episodio acuto. La perdita dell'autonomia nel cammino aumenta la durata del ricovero, il bisogno di riabilitazione, il rischio di caduta durante e dopo il ricovero e la mortalità nei pazienti anziani. Inoltre aumenta la probabilità che si presenti la necessità di un ulteriore ricovero in una struttura socio-sanitaria. Sulla base di queste premesse, e per prevenire gli eventi avversi precedentemente descritti, la Direzione delle Professioni Sanitarie dell'Azienda Ospedaliero Universitaria S. Orsola-Malpighi di Bologna ha sviluppato un progetto di implementazione delle buone pratiche assistenziali.

OBIETTIVI. 1. Conservare e/o recuperare l'autonomia di movimento del paziente; 2. Sensibilizzare e coinvolgere attivamente il caregiver nel mantenimento delle autonomie del paziente; 3. Sensibilizzare e formare il personale di reparto al mantenimento delle autonomie motorie del paziente.

METODI. È stato elaborato un progetto di miglioramento denominato Progetto Riabilitativo di Iniziativa che ha previsto, il coinvolgimento di coordinatori, infermieri, fisioterapisti, personale di supporto e caregiver, ciascuno con ambiti e gradi di responsabilità specifici. Nel progetto sono stati arruolati pazienti con scala Rankin pre-ricovero da 2 a 3, quindi in possesso di un buon grado/livello di autonomia al movimento e nelle ADL e che per problemi clinici acuti hanno subito un allettamento momentaneo. Il progetto ha previsto un intervento finalizzato alla protezione ed alla stimolazione delle capacità funzionali e relazionali di tutti i pazienti seguendo i seguenti step: • formazione ed informazione degli operatori e adattamento delle modalità operative di tutta l'équipe; • individuazione di spazi adeguatamente attrezzati; • monitoraggio periodico della disponibilità di attrezzature ed ausili adeguati per facilitare la deambulazione e la movimentazione dei pazienti (per es. girelli, deambulatori, bastoni, poggiapiedi, carrozzine e supporti per la postura...); • coinvolgimento e arruolamento di pazienti e caregiver (previa sottoscrizione del consenso informato); • consegna a pazienti e caregiver di un opuscolo illustrativo del progetto; • istituzione di un evento pianificato settimanale dedicato ai pazienti e ai caregiver in cui il fisioterapista e l'infermiere hanno collaborato nell'addestramento finalizzato al mantenimento e/o al recupero precoce delle attività motorie.

RISULTATI. L'applicazione sperimentale del progetto è partita ad ottobre 2018 con un limite massimo di 5 pazienti/settimana (di cui almeno 3 con caregiver) e si concluderà a fine dicembre 2018. La durata della seduta settimanale (il Pomeriggio del Paziente e del Caregiver) è di circa 1 ora e 30 minuti (dalle 14 alle 15,30) nei giorni di mercoledì (chirurgia) e giovedì (medicina). L'analisi complessiva dei risultati avverrà a gennaio al temine del primo periodo di sperimentazione.

LIMITI. Il limite di questo progetto è l'impossibilità organizzativa (per il momento) di estendere la sua applicazione in tutti i setting assistenziali.

CONCLUSIONI. Questo progetto ha presentato diversi punti di forza: la creazione di un team multiprofessionale che ha creato un clima collaborativo finalizzato al raggiungimento degli stessi obiettivi. Il coinvolgimento attivo del paziente e dei prestatori di cura nel processo assistenziale. L'analisi dei risultati dimostrerà se anche l'applicazione pratica ha aiutato i prestatori di cura a prevenire quella che in letteratura è definita "disabilità correlata all'assistenza".

Autore per la corrispondenza: Peghetti Angela – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna – Policlinico S. Orsola-Malpighi – Email: angela.peghetti@aosp.bo.it

128. Handover: introduzione della scheda SBAR per la sicurezza nel passaggio di informazioni in sanità

Guerrini Gisella, Stuani Nadia

Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Bergamo Ovest

BACKGROUND. Dai dati di letteratura è emerso l'alto rischio insito nel mancato o errato passaggio di informazioni tra professionisti sanitari. Inoltre sia le raccomandazioni dell'OMS che le indicazioni della JCI in termini di sicurezza delle cure indicano, nell'errato passaggio di informaziomni tra professionisti sanitari, uno dei maggiori fattori che contribuiscono ad errori e near miss in sanità. Partendo da queste informazioni, lo scorso anno, è stato creato, validato e poi somministrato agli infermeiri un questionario per verificare modalità, tempi e contenuti delle consegne infermieristiche nell'ASSTBgOvest. Dal questionario è emersa la presenza di criticità rispetto sia ai tempi della consegna che ai suoi contenuti, spesso ridondanti, superflui o mancanti.

OBIETTIVI. Ottimizzare il passaggio di informazioni durante le consegne infermieristiche per ridurre il rischio di errori.

METODI. A gennaio 2018 si è costituito un gruppo di lavoro per la ricerca e progettazione di soluzioni a questo problema. Il gruppo ha individuato, nell'introduzione della scheda SBAR per il passagio di informazioni, la soluzione migliore, raccomandata peraltro sia dall' OMS che dalla Regione Lombardia. Il Gruppo ha poi provveduto alla definizione delle fasi e delle modalità di svolgimento del progetto. A marzo il gruppo di lavoro ha coinvolto (tramite mail ai coordinatori delle Professioni) tutte le Unità Operative/Servizi dell'Azienda chiedendo la loro disponibilità a partecipare alla sperimentazione dell'utilizzo di una scheda apposita durante il passaggio di consegne. Tutte le UUOO e molti dei Servizi interpellati hanno risposto positivamente. I servizi e le UUOO coinvolte sono state 28 nei due ospedali facenti parte dell'ASSTBgOvest (Ospedale di Treviglio e Ospedale di Romano di Lombardia). In particolare: 3 chirurgie, 3 medicine, 2 ortopedie, Cardiologia/Utic, Emodinamica, 2 Pronto Soccorso, 2 Sale operatorie, Nefrologia, Dialisi, Poliambulatori di Treviglio, Riabilitazione (reparto) di Romano, SPDC, CRA, CD, CPS, Oculistica (reparto), Prericovero Treviglio, Rianimazione, 2 Servizi di Radiologia. Tra aprile e maggio 2018 sono state organizzate 4 edizioni di un corso di formazione di 4 ore. Il corso comprendeva una parte in lezione frontale di spiegazione dei dati di letteratura sui rischi di un inadeguuato scambio di informazioni, motivazione della scelta dello strumento e benefici e modalità di costruzione e utilizzo dello strumento SBAR, seguita da un momento di discussione e da due prove pratiche di compilazione di una SBAR preimpostata, Al corso hanno partecipato 296 infermieri e tutti i Coordinatori. Tra maggio e giugno 2018 ogni Unità Operativa ha provveduto, tramite riunioni di reparto e con il supporto del referente DPSS Area Ricerca e Innovazione, alla costruzione della propria scheda SBAR. Tutte le schede prodotte sono state sperimentate per 4 mesi, da giugno ad ottobre 2018. Alla fine del periodo di sperimentazione ogni Unità Operativa ha provveduto, con il supporto del DPSS Area Ricerca e Innovazione, a tenere una riunione per definire l'eventuale revisione delle schede prodotte e/o delle modalità di utilizzo delle stesse. A fine ottobre la versione definitiva delle schede SBAR è stata inviata alla Direzione delle Professioni Sanitarie e Sociali. Sempre durante il mese di ottobre 2018 è stato risomministrato agli infermieri il questionario. I dati raccolti sono stati analizzati ed è in fase di redazione un report che verrà inviato alle Direzoni dell'Azienda e diffuso a tutto il personale coinvolto nel progetto Alla fine di ottobre 2018 il gruppo di lavoro originale si è riunito ed ha redatto una Istruzione Operativa sulla gestione delle SBAR che raccoglie tutti i documenti prodotti dalle diverse UUOO. Il documento è stato pubblicato in Qualità.

RISULTATI. Ogni UUOO ha costruito uno strumento idoneo alle proprie necessità nel rispetto dei campi previsti dalla SBAR. Tutte le UUOO/Servizi hanno deciso di continuare ad utilizzare lo strumento per il passaggio di consegne Dal questionario sono emersi: 1) una maggiore soddisfazione e sicurezza dei professionisti rispetto all'adeguatezza delle informazioni ricevute 2) un netto miglioramento sia della completezza che della correttezza delle informazioni trasmesse 3) una, decisamente modesta, non sempre presente, riduzione dei tempi di consegna.

LIMITI. • Mancata riduzione dei tempi di consegna • Difficoltà nel rilevare l'esito sui pazienti (diminuzione del rischio di errore), item non previsto nel progetto.

CONCLUSIONI. Alla fine della sperimentazionenon solo tutte le Unità Operative hanno deciso di continuare ad utilizzare la scheda, ma molte di esse hanno chiesto di poter creare una scheda anche per il personale di supporto e alcuni medici hanno hciesto di poter utilizzare lo strumento anche nelle proprie consegne. Sarà necessario, il prossimo anno, confrontare i dati delle denunce di errori o near miss dell'anno 2017 con quelli del 2018 e 2019 per verificare la ricaduta sui pazienti in termini di riduzione del rischio.

Autore per la corrispondenza: Stuani Nadia – Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Bergamo Ovest –
Email: nadiastuani@yahoo.it

129. Riduzione dei ricoveri potenzialmente evitabili – Risultati di un progetto di miglioramento del Consorzio Sol.Co

Hoxha Eris, Emaldi Costante, Piolanti Silvana, Hoxha Albina, Ciontu Vasilica

Consorzio SolCo Ravenna

BACKGROUND. I ricoveri ospedalieri espongono gli assistiti (anziani con pluripatologie croniche) delle CRA/RSA ad una interruzione del piano di assistenza individuale (PAI), a potenziali eventi avversi e relativa morbilità, che comportano un aumento dei rischi dovuti al trasferimento e costi sanitari eccessivi per il SSN. La ricerca ha dimostrato (Saliba D, Kington R, Buchanan J et al, 2000) che un sostanziale numero di questi ricoveri può essere prevenibile ed evitabile, e che la riduzione di tali ricoveri potrebbe far risparmiare risorse, che potrebbero essere reinvestite per migliorare la qualità dell'assistenza nella CRA/RSA.

OBIETTIVI. Obiettivo di questo progetto era di implementare strumenti e strategie, progettate per aiutare i professionisti delle CRA/RSA a migliorare la qualità della vita degli Ospiti e le loro famiglie, riducendo i ricoveri e trasferimenti potenzialmente evitabili, e i rischi di eventi avversi a loro correlati.

METODI. Il setting del progetto è una Casa Residenza Anziani Maccabelli che ospita anziani con pluripatologie croniche, offerta volontariamente e gestita completamente dal consorzio SOL.CO. Ai professionisti della CRA partecipante nel progetto di miglioramento, sono stati forniti degli strumenti e strategie di pratica clinica, organizzazione e di comunicazione, progettate per migliorare la qualità dell'assistenza attraverso la presa in carico assistenziale e riduzione dei ricoveri potenzialmente evitabili. La presa in carico provvede che all'ingresso in struttura il medico e l'Infermiere valutano non solo la malattia e i problemi di salute ma anche tutti i fattori di rischio che possono portare a una nuova re-ospedalizzazione. I dati sui ricoveri raccolti e analizzati (2015-2017) sono stati confrontati con il triennio precedente della stessa CRA (2012-2014) e con tutte le altre CRA della rete Sol.Co nel triennio 2015-2017. Come base per il tasso dei ricoveri sono stati considerati i dati pre-esistenti sul nr annuale dei ricoveri. La raccolta strutturata dei dati iniziata nel 2015 di: chiamate alla Guardia Medica, chiamate 118 e tutti i ricoveri Ospedalieri. È stato analizzato ogni evento 118 e ricovero per conoscere le cause che lo hanno determinato, quali potevano essere gli interventi appropriati per evitare l'evento, ed in fine attuare e/o progettare azioni preventive e/o correttive e/o di miglioramento per gli eventi futuri.

RISULTATI. Nonostante l'implementazione parziale di tutti i strumenti, l'iniziativa di miglioramento della qualità è stata associata ad una riduzione del 40% del tasso dei ricoveri durante il periodo in osservazione (Ricoveri/Anno (25)2015, (17)2016, (18)2017). Anche il numero degli accessi in PS è stato ridotto notevolmente (40%) nello stesso periodo. L'analisi dei dati ha dimostrato che le cause più frequenti dei ricoveri erano: cadute, disidratazione, disturbi metabolici, riacuttizzazioni BPCO, polmonite da ab-ingestis e dalla mancanza di personale infermieristico nel turno notturno. Sebbene il personale Infermieristico della CRA ha accolto il cambiamento e i nuovi strumenti in modo favorevole, ancora oggi non sono stati implementati pienamente tutti gli strumenti e/o il programma relativo alla riduzione dei ricoveri.

LIMITI. La CRA dal punto di vista d'infrastruttura è inserita all'interno della Casa Della Salute di Russi (RA) e gode di tutta l'area specialistica ambulatoriale senza riccorere al trasferimento degli ospiti per raggiungere i specialisti. Inoltre gode di ossigeno disponibile h24 in ogni camera, servizio CUP al piano terra, farmacia interna AUSL Romagna al piano terra 2 volte a settimana.

CONCLUSIONI. Le strategie e gli strumenti di miglioramento della qualità testati in questo progetto mostrano la promessa che le CRA/RSA hanno tutta la potenzialità per la riduzione dei ricoveri potenzialmente evitabili. L'uso appropriato delle risorse risparmiate possono migliorare ulteriormente la qualità investendo sull'infrastruttura delle CRA e sulle competenze del personale. I risultati devono essere interpretati con cautela perché non si trattava di uno studio controllato, ed è stato condotto solo in 1 CRA altamente selezionata e senza nessun finanziamento o supporto esterno. È in corso il perfezionamento degli strumenti e delle strategie di implementazione in un campione più ampio e diversificato delle CRA e si attendono eventuali stakeholder per poter implementarlo ad una scala più ampia nelle CRA della rete Solco e/o della provincia di Ravenna.

Autore per la corrispondenza: Hoxha Eris – Consorzio SolCo Ravenna – Email: eris.hoxha@studio.unibo.it

130. Strategia di miglioramento continuo basata su applicazione del metodo lean ed analisi FMEA/FMECA, coniugata alla integrazione multi-professionale

Ianni Andrea[1], Virgili Roberto[1], Cappotto Riccardo[2], Picchia Antonio[1], Piredda Michela[1], De Marinis Maria Grazia[1], Petitti Tommasangelo[2]

[1]Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, [2]Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

BACKGROUND. Migliorare la performance delle organizzazioni sanitarie, insieme a qualità e sicurezza delle cure, costituisce un obiettivo di miglioramento continuo in sanità pubblica, in linea con le evidenze scientifiche più aggiornate e con le indicazioni internazionali. Il contributo delle diverse professioni sanitarie nella realizzazione di programmi di cambiamento dei processi, basati su standardizzazione ed analisi delle attività di valore, si rivela cruciale per ottenere dei risultati di provata efficacia.

OBIETTIVI. Obiettivo dello studio è quello di predisporre un modello di organizzazione innovativo, basato su metodologia "lean" e su tecniche di analisi proattiva del rischio, con il contributo di differenti professionisti, rivolto ad una applicazione in due ambienti di attività sanitaria diversi ma accomunati da alcune caratteristiche, quali la complessità e l'orientamento al risultato: un servizio di Anatomia Patologica; una struttura di Riabilitazione.

METODI. Sono state analizzate le diverse attività ed il contributo delle diverse figure professionali nei due ambienti scelti per la applicazione del modello di cambiamento basato su attività di valore, qualità e sicurezza dei processi e delle cure fornite. È stato quindi elaborato, con il confronto tra programmi internazionali di sviluppo ed analisi di valore e l'esperienza di una equipe multi-disciplinare, un modello integrato di revisione dei processi assistenziali, in due versioni: la prima specificamente dedicata alle attività di un servizio di Anatomia Patologica, con tutte le fasi aggiornate di lavoro e di erogazione del servizio agli utenti; la seconda rivolta ai processi in atto in una struttura di Riabilitazione, sia per la parte diurna (outpatient) che per le attività di tipo residenziale. Il modello, in entrambi i casi, contiene la rilettura dei processi assistenziali secondo la metodologia lean e l'applicazione della metodica FMEA/FMECA per l'analisi proattiva del rischio.

RISULTATI. È stato predisposto un primo modello di miglioramento basato sulla metodologia lean, applicato ad un servizio di Anatomia Patologica: l'applicazione permette, oltre che ottenere un risparmio di risorse significativo, una migliore gestione del rischio professionale (clinico e chimico-biologico), tutti risultati di cui viene proposta una modalità di calcolo, sulla base delle dimensioni del servizio di Anatomia Patologica su cui si programma l'applicazione del modello. Accanto a questo, la metodica FMEA/FMECA si concentra sulle fasi più critiche dell'intero processo, da quella pre-analitica alla fase intra-laboratorio, permettendo di individuare i punti a maggior rischio, che viene inoltre quantificato, permettendone così un più ampio controllo. Il secondo modello di miglioramento è stato applicato ad un servizio di Riabilitazione: la metodica lean ha permesso di leggerne i processi con un significativo miglioramento in termini di resa ed anche di numero di trattamenti erogati, a parità di professionisti coinvolti. È possibile anche misurare il livello di soddisfazione degli operatori e degli utenti e coglierne le positive differenze. La metodologia FMEA/FMECA è stata applicata anche a questo secondo tipo di attività sanitaria, mostrando in particolare risultati di prevenzione del rischio in alcuni momenti assistenziali più critici, quali la riconciliazione terapeutica, il momento dell'ingresso in Riabilitazione provenendo da tipologie di assistenza differenti e le procedure di handover.

LIMITI. L'applicazione di un modello di questo tipo richiede un adattamento profondo alle caratteristiche della singola struttura sanitaria a cui viene rivolto e contemporaneamente il coinvolgimento dei professionisti che vi operano: si rivela necessario il contributo attivo delle diverse figure professionali, che occorre coinvolgere fin dalle prime fasi e rendere parte integrante della proposta di miglioramento. Il commitment manageriale deve essere altrettanto forte, per la buona riuscita del cambiamento.

CONCLUSIONI. L'applicazione di una metodologia lean per la revisione dei processi ed il potenziamento delle attività di valore, insieme all'inserimento di metodiche di analisi proattiva del rischio, può contribuire a realizzare un miglioramento dei risultati in termini di servizio erogato agli utenti, accanto ad un sostanziale incremento nei livelli di qualità e sicurezza delle cure fornite. Si può quindi affermare che l'applicazione delle tecniche "lean", oltre che ad ottimizzare i processi, eliminare gli sprechi, minimizzare gli errori, è un ottimo strumento proattivo di risk management, in aggiunta alle ben note tecniche di analisi e trattamento dei rischi (FMEA-FMECA). La sua applicazione oltre agli aspetti evidenziati consente come valore aggiunto il coinvolgimento ed il contributo di tutto il personale coinvolto al fine del miglioramento continuo.

Autore per la corrispondenza: Ianni Andrea – Policlinico Universitario Campus Bio-Medico –
Email: a.ianni@unicampus.it

131. Il modello HTA dell'AORN Pediatrica Santobono Pausilipon: dalla costituzione del Nucleo nel 2016 alla programmazione 2019-2020

Iuppariello Luigi[1], Faiella Giuliana[1], Arace Pasquale[1], Ferri Erica[1], Sirico Gennaro[1], Clemente Fabrizio[2]

[1]Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale Santobono Pausilipon, [2]CNR-IC

BACKGROUND. L'HTA è un processo multidisciplinare che studia le implicazioni di natura clinica, economica, organizzativa, sociale, etica e di sicurezza nell'introduzione di tecnologie sanitarie in ambito clinico. L'Hospital Based HTA (HB-HTA) è un modello razionalizzato diretto a supportare i processi gestionali aziendali e promuovere l'adozione di tecnologie appropriate nelle singole aziende ospedaliere.

OBIETTIVI. L'AORN Santobono – Pausilipon ha sviluppato un modello personalizzato di HB-HTA.

METODI. A fine di rispondere alle normative in materia di HTA, nel 2016 è stato costituito il nucleo HTA dell'AORN Santobono-Pausilipon. Inizialmente il nucleo HTA ha steso un regolamento interno, esaminato alcune pratiche urgenti di acquisizione di nuove tecnologie, spesso anche innovative per il SSN, ed ha iniziato a pensare a specifica modulistica aziendale. È stata quindi approvato un modulo di richiesta di acquisizione di apparecchiature biomediche che, ancorché in fase sperimentale, è stato fatto proprio dalla direzione aziendale. La modulistica prevedeva 7 sezioni complessive: Dati del Richiedente, Dettagli sulla tecnologia, Motivazioni, Caratteristiche organizzative (prestazioni attese, personale, ecc.), Logistica (lavori di adeguamento, impianti, ecc.), Evidenza scientifica, Analisi dei costi. Nel 2017, grazie alle nuove sensibilità aziendali in ambito HTA e al reclutamento di due ingegneri biomedici, è stato costituito un gruppo di lavoro informale composto dalle Direzioni Mediche, dal Provveditore con la supervisione del Direttore Sanitario Aziendale. Tale gruppo (Team HTA) ha da subito svolto attività di interfacciamento e supporto ai richiedenti di nuove tecnologie per elaborare e validare le richieste di acquisto delle apparecchiature. Il Team ha fatto proprio, rielaborando secondo le specifiche necessità aziendali, i metodi e la modulistica messi a punto dal Nucleo. In parallelo sono stati studiati i diversi flussi decisionali attivati per la programmazione e acquisizione delle tecnologie. Fermo restando l'impostazione generale, si è reso necessario integrare la modulistica originale individuando puntualmente la necessità dell'acquisto (sostituzione, integrazione, innovazione, ecc.) nonché ampliare le informazioni relative a: impatto logistico, organizzativo, economico e di sostenibilità dell'offerta sanitarie.
Il nuovo documento è stato utilizzato, in via sperimentale, per la definizione del fabbisogno di apparecchiature elettromedicali per il biennio 2018-2019 permettendo la stesura di una dettagliata programmazione acquisti ed una visione completa secondo tecniche gestionali avanzate ed "HB-HTA Based". Sulla base dei risultati conseguiti nel 2017, Direzione Aziendale nel 2018 ha recepito in due successive fasi una nuova "Procedura interna per l'acquisizione di apparecchiature biomediche" proposta dal Team HTA e validata dal Nucleo HTA. Lo scopo dalla procedura è stato quello di formalizzare il processo aziendale secondo un approccio di sistema. L'obiettivo generale del nuovo modello di acquisizione delle tecnologie è quello di permettere alle Unità Operative Richiedenti, alle Direzione Sanitarie di Presidio, alla UOC Acquisizione Beni e Servizi ed alla Direzione Strategica di (i) Formulare la richiesta di acquisizione di apparecchiature biomediche, (ii) Supportare la redazione del piano dei fabbisogni di apparecchiature biomediche in fase di programmazione degli investimenti aziendali, (iii) Fornire un supporto per la redazione dei capitolati tecnici. In linea con tale procedura, è stato poi adeguato il regolamento del nucleo HTA che ora è coinvolto dalla Direzione Strategica o Medica per consulenze in materia di acquisizioni di apparecchiature elettromedicali innovative aventi comunque un valore superiore alla soglia economica che abilita all'affidamento diretto.

RISULTATI. Le sensibilità emerse dall'applicazione del modello HTA hanno fatto emergere nuove proposte. Per il settore amministrativo-gestionale si evidenziano la stesura di nuove procedure per la gestione delle tecnologie quali ad es. il fuori uso, acquisti di beni infungibili, le donazioni. Per gli aspetti clinici il nuovo contesto operativo diretto ad una gestione efficace ed efficiente delle tecnologie ha portato alla definizione di due nuovi PDTA "technology based" per la riabilitazione motoria.

LIMITI. Necessità di continua sensibilizzazione alla cooperazione del personale nella stesura delle procedure proposte.

CONCLUSIONI. È stato introdotto in Azienda un processo decisionale condiviso per la programmazione acquisti che permette una visione completa secondo tecniche gestionali avanzate.

Autore per la corrispondenza: Clemente Fabrizio – CNR-IC – Email: clemente@ic.cnr.it

132. Percezione del rischio e conoscenze riguardo l'epatite A nella popolazione omosessuale residente nella Regione Veneto

Lardiello Mattia[1], Pierbon Marco[1], Bonamin Mario Antonio[1], Spedicato Daniele[2], Bosco Oliviero[3], Brioni Alessandro[3]

[1]Università degli Studi di Padova, [2]Università degli Studi di Verona, [3]Azienda ULSS 9 Scaligera

BACKGROUND. In Europa a partire dal 2016 si sono osservati diversi focolai di epatite A (HAV) a carico di soggetti con comportamenti a rischio, in particolare tra gli MSM (men who have sex with men). La mancanza di informazione riguardo a questa malattia infettiva, ed alle strategie di prevenzione attualmente utilizzabili come la vaccinazione antiepatite A, hanno contribuito alla diffusione di questo virus a livello europeo. Lo scopo principale della ricerca è di rilevare negli MSM del campione preso in esame, la conoscenza e la percezione dei rischi infettivi e comportamentali legati al virus dell'Epatite A.

OBIETTIVI. Definire il livello di conoscenza nei riguardi dell'infezione da HAV e le misure di prevenzione, nella popolazione degli MSM residenti nella regione Veneto. In secondo luogo, si è voluto indagare sul reale rischio presente in questa popolazione in riferimento alle abitudini sessuali e alla percezione del rischio.

METODI. È stato condotto uno studio trasversale su un campione appartenente alla popolazione di MSM residente nella regione Veneto, che includesse solo i soggetti di età compresa tra i 18 e i 65 anni, che non avessero mai contratto la malattia e che non fossero stati mai vaccinati contro il virus dell'epatite A. A questo campione è stato somministrato un questionario, con 35 domande a risposta multipla. Per reclutare il maggior numero di soggetti nel campione oggetto di studio, sono stati sfruttati i canali comunicativi dei social network e le piattaforme di incontri già esistenti.

RISULTATI. Complessivamente sono stati somministrati 247 questionari, di questi 97 non presentavano i requisiti d'inclusione allo studio. I soggetti rientranti nel campione oggetto sono stati 150. L'età media del campione in esame è compresa tra i 18 e i 32 anni d'età. Per quanto concerne le abitudini comportamentali a rischio l'86.6% del campione in esame ha riferito di avere dei comportamenti sessuali definiti a rischio, ed il 52.4% ha dichiarato di aver avuto più di 5 partner negli ultimi 6 mesi. Per quanto riguarda le conoscenze nei confronti dell'infezione da virus dell'epatite A e le sue modalità di trasmissione, solo una piccola porzione del campione (circa il 3%) ha dimostrato di conoscere correttamente le modalità di trasmissione e i principali presidi per una corretta profilassi. Infatti, quasi l'80% del campione non considera metodi validi ed efficaci di prevenzione della trasmissione dell'epatite A l'uso corretto del profilattico, la vaccinazione antiepatite A ed il lavaggio delle mani.

LIMITI. Ridotta numerosità del campione.

CONCLUSIONI. Questo studio ha potuto dimostrare le scarse conoscenze sull'infezione e sulle modalità di trasmissione dell'epatite A nella popolazione degli MSM. Viste le scarse conoscenze di questa popolazione, che attualmente risulta maggiormente esposta al rischio di contrarre l'HAV, è di fondamentale importanza implementare efficaci programmi di educazione sanitaria, condotti da personale sanitario adeguatamente formato, in modo da creare un background di conoscenze corrette. Questo studio inoltre, mette in luce le potenzialità comunicative dei social network e delle piattaforme di incontri, che in un'ottica di contenimento dei costi, potrebbero rappresentare un canale comunicativo privilegiato per fare educazione sanitaria raggiungendo così un più ampio gruppo di soggetti a rischio.

Autore per la corrispondenza: Brioni Alessandro – Azienda ULSS 9 Scaligera – Email: alessandrobrioni@hotmail.it

133. La riorganizzazione dei laboratori di microbiologia tra le opportunità di tecnologie innovative e la necessità di rispondere ad attuali emergenze

Laurino Mariapina[1], Gemmi Fabrizio[1], Agnetis Alessandro[2], Pranzo Marco[2], Tulli Giorgio[1], Rossolini Gian Maria[3], Forni Silvia[1]

[1]Agenzia Regionale della Sanità Toscana, [2]Università degli Studi di Siena, [3]Università degli Studi di Firenze

BACKGROUND. Negli ultimi dieci anni nei paesi ad alto reddito, la sepsi è aumentata ad un tasso annuo compreso tra l'8 e il 13% e lo sviluppo di microrganismi aggressivi e resistenti ai farmaci antibiotici rende il trattamento di questa patologia sempre più complesso. Per migliorare l'outcome clinico dei pazienti con sepsi è determinante diagnosticare e trattare tempestivamente questa condizione; per questo possiamo ritenere che tale patologia rientri tra quelle tempo – dipendenti e, come tale, bisogna organizzare un piano di lotta alla sepsi mirato ad ottimizzare i tempi tra sospetto di sepsi, terapia antibiotica empirica e terapia mirata, anche sfruttando le nuove tecnologie diagnostiche rapide (fast microbiology) oggi disponibili.

OBIETTIVI. L'obiettivo del lavoro è individuare i fattori tecnologici e organizzativi utili a definire un percorso equo e sostenibile per la diagnosi microbiologica della sepsi in Regione Toscana attraverso la simulazione del workflow delle emocolture.

METODI. Per l'inquadramento degli scenari viene utilizzato il software di simulazione ARENA che permette di creare modelli ed eseguire simulazioni del modello stesso. La simulazione del workflow delle emocolture parte dal momento del prelievo e termina con la refertazione dell'antibiogramma da parte del laboratorio ai reparti e comprende le seguenti fasi: prelievo; trasporto (se l'ospedale non ha il laboratorio al suo interno); incubazione; esame batterioscopico; identificazione; antibiogramma; refertazione. In Toscana sono presenti 14 laboratori di microbiologia che servono tutti e 49 gli ospedali pubblici presenti. Solo 5 laboratori usano metodiche rapide per la determinazione della sensibilità agli antibiotici, quando il livello di rischio del paziente è alto. Le ipotesi alla base della simulazione comprendono: la possibilità di inserire i flaconi nell'incubatore (se presente nell'ospedale) garantita in regime H24, la disponibilità di disporre nelle ore di apertura del laboratorio di 4 tecnici e 2 medici per il processamento di 350 flaconi e la presenza di tecnologie di fast microbiology. Gli scenari possibili si differenziano per: – Il laboratorio serve pazienti interni al proprio ospedale e esterni provenienti da ospedali localizzati ad una e tre ore di distanza; – possibilità di incubazione centralizzata (ovvero trasporto presso i laboratori di tutti i flaconi prelevati negli ospedali periferici) o decentrata (ovvero incubazione nell'ospedale di prelievo e successivo trasporto al laboratorio di microbiologia solo delle emocolture positive); – frequenza del trasporto (2 o 3 servizi di navetta al giorno, che portano i flaconi da ospedali periferici al laboratorio); – apertura del laboratorio H12 o H24. Gli scenari sono stati messi a confronto in termini di tempo di positivizzazione del flacone e tempo di refertazione, ovvero ore tra prelievo e refertazione al reparto dell'esame da parte del dirigente medico.

RISULTATI. Il tempo di positivizzazione nel caso di incubazione centralizzata comprende anche il tempo di trasporto: più tempo intercorre tra il prelievo e l'inizio dell'incubazione più è lenta la crescita batterica e più diminuisce l'accuratezza e la velocità dei risultati. L'incubazione decentrata presso l'ospedale di prelievo permette di ridurre i tempi di positivizzazione di circa 30 ore (passando da 50 a 20 ore). Il tempo di refertazione si riduce nel caso: apertura del laboratorio H24 rispetto H12 di circa 10 ore; tre trasporti rispetto a due dei flaconi prelevati in ospedali senza laboratorio, in particolare se l'incubazione viene effettuata nell'ospedale che ha al suo interno il laboratorio; l'utilizzo di metodiche rapide porta ad un guadagno di 10-15 ore rispetto all'utilizzo delle tecnologie classiche, in particolare se il laboratorio lavora H24.

LIMITI. Il modello di simulazione si basa su ipotesi che semplificano necessariamente la reale complessità del workflow delle emocolture all'interno di un laboratorio di analisi. Inoltre il caso simulato non riesce a misurare il tempo per instaurare una terapia antibiotica ottimale, ovvero il tempo necessario ai clinici di reparto per rivedere la terapia empirica.

CONCLUSIONI. I risultati della simulazione forniscono utili indicazioni per il ridisegno della rete microbiologica regionale, in un'ottica di sostenibilità ed equità del sistema. La scelta di rivedere dotazioni tecnologiche e orari di lavoro dei laboratori si deve accompagnare ad una riorganizzazione logistica dei trasporti, specie in caso dell'incubazione centralizzata. Inoltre va evidenziato che, sulla base della simulazione, il 47% dei referti è disponibile in orario notturno: al fine di ridurre il tempo per la terapia ottimale è necessario un cambiamento culturale da parte dei clinici che intervengano immediatamente per rivedere la terapia antibiotica. Quanto evidenziato può fornire un supporto al management della sanità e ai responsabili politici per guidare l'organizzazione e quindi la pianificazione del processo migliorandone l'efficienza e la sostenibilità.

Autore per la corrispondenza: Laurino Mariapina – Agenzia Regionale della Sanità Toscana –
Email: mariapina.laurino@ars.toscana.it

134. Prescrizione di immunoglobuline umane: analisi di potenziali inappropriatezze e sprechi

Lissandri Davide[1], Gallo Umberto[2], Giron Maria Cecilia[1], Grion Anna Maria[2], Mannucci Francesca[2]

[1]Università degli Studi di Padova, [2]Azienda ULSS 6 Euganea

BACKGROUND. Le immunoglobuline umane normali aspecifiche (Ig) rappresentano un'importante risorsa terapeutica per il trattamento di importanti patologie (es. immunodeficienze primarie). In questi ultimi anni si è registrato un continuo aumento del loro utilizzo spesse volte anche per indicazioni non ricomprese nella scheda tecnica (usi "off-label").

OBIETTIVI. Il presente studio si propone di valutare l'utilizzo delle Ig nei pazienti residenti nell'ULSS 6 Euganea sia a livello territoriale che ospedaliero nel corso del 2017, allo scopo di evidenziare e quantificare i possibili usi off-label e le relative evidenze scientifiche a sostegno.

METODI. Per identificare i pazienti territoriali trattati con Ig sono stati utilizzati i comuni flussi farmaceutici utilizzati a scopo amministrativo. I pazienti che hanno ricevuto Ig nel corso di un ricovero, presso i cinque Presidi ospedalieri dell'Ulss 6, sono stati invece identificati tramite l'analisi delle richieste motivate. Per ciascun paziente è stata individuata la possibile motivazione del ricorso alla terapia con Ig attraverso il record-linkage con altre banche dati sanitarie (es. esenzioni per patologia cronica o rara, schede di dimissione ospedaliera) al fine di valutare se l'utilizzo del farmaco era stato effettuato per indicazioni off-label. In questi casi, è stata effettuata una puntuale ricerca bibliografica in PubMed per reperire le evidenze disponibili e valutare la qualità delle stesse. A questo proposito il livello di evidenza di ciascun studio è stato classificato secondo il sistema di grading adottato dal Piano Nazionale Linee Guida.

RISULTATI. Nel corso del 2017 sono state somministrate Ig a 206 pazienti sul territorio e a 118 nel corso di un ricovero. L'analisi dei dati ha rilevato un esteso uso off-label delle Ig sia a livello territoriale (23%) che ospedaliero (30,5%). In entrambi i setting assistenziali il ricorso off-label delle Ig ha riguardato nel 63% dei casi un loro utilizzo nella terapia immunomodulante in patologie autoimmunitarie di pertinenza neurologica (es. miastenia grave) o reumatologica (es. dermatomiositi). L'uso off-label è stato inoltre associato ad un uso occasionale del farmaco [OR 2.75 (IC95% 1.32-5.73)] e a un maggior ricorso della via endovenosa [OR 3.30 (IC95% 1.40-8.71)]. L'analisi della letteratura a supporto dell'impiego off-label ha evidenziato che solo nel 37% dei casi esistono forti evidenze a sostegno dell'uso (grado IA e IB) mentre rispettivamente nel rimanente 19% e 44% degli usi le evidenze sono deboli (grado IIA, III o IV) o addirittura assenti.

LIMITI. Il limite di questa indagine è dovuto alle fonti informative utilizzate, soprattutto per quanto riguarda i pazienti territoriali. Per questi assistiti, infatti, i dati clinici sono stati estrapolati da banche dati sanitarie utilizzate a scopo amministrativo che, per loro stessa natura, non possono essere considerate esaustive.

CONCLUSIONI. Lo studio ha evidenziato un rilevante ricorso all'uso off-label delle Ig, poche volte suffragato da forti evidenze di letteratura. Tale utilizzo, oltre a rappresentare uno "spreco" di risorse economiche per il SSN potrebbe determinare, nel tempo, problemi di disponibilità a discapito di patologie per le quali questo trattamento è considerato di prima scelta in qualità di terapia salvavita. I risultati del presente lavoro verranno pertanto utilizzati nell'ambito di un audit con gli specialisti ospedalieri, al fine di confermare i dati e decidere le modalità per un miglioramento prescrittivo.

Autore per la corrispondenza: Lissandri Davide – Università degli Studi di Padova – Email: lissandri93@gmail.com

135. Dal “Problem Based Learning” al Bundle di lavoro: un percorso innovativo della Medicina Interna

Lo Burgio Ignazia

Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia - Cervello

BACKGROUND. La sicurezza del paziente ospedalizzato è strettamente legata alle competenze del personale sanitario che opera in quel contesto. Come accrescere le competenze uscendo dagli schemi dei comuni corsi ECM? Tale progetto nasce dalla necessità di migliorare la pratica clinica quotidiana relativamente alla gestione del catetere vescicale a permanenza, contestualmente alla necessità di sperimentare nuovi modelli di formazione “adult oriented” che possano stimolare la curiosità del discente, la sua partecipazione attiva e migliorare la forza di coesione del gruppo di lavoro e la comunicazione tra i membri del gruppo, elementi chiave per favorire la sicurezza della persona ospedalizzata. In seguito ad un’attenta analisi della letteratura, si è sperimentato un nuovo metodo formativo “adult-learner–oriented”. Tale percorso è conosciuto come “Problem Based Learning” (PBL), in cui il discente diventa docente di se stesso, per giungere alla formulazione di uno strumento di lavoro da adottare nell’Unità Operativa di Medicina Interna.

OBIETTIVI. Obiettivo principale: aggiornare gli Infermieri di Medicina Interna su tematiche che riguardano la pratica quotidiana e l’acquisizione di competenze sulla pratica clinica basata sulle evidenze al fine di ridurre le complicanze infettive legate all’uso del catetere vescicale, utilizzando strategie formative nuove ed efficaci. Obiettivi secondari: sviluppare competenze e capacità critiche dei partecipanti allo scopo di incrementare le potenzialità individuali di ideazione ed organizzazione nella pratica quotidiana. Acquisire e/o potenziare le capacità di relazionarsi all’interno del gruppo lavoro. Migliorare la comunicazione.

METODI. Il progetto è stato proposto all’interno del piano formativo ECM aziendale per l’anno 2018. Si sono quindi tenute tre giornate “formative” della durata di due ore ciascuna sul tema “cateterismo vescicale”. Al primo incontro ogni componente del gruppo ha esposto, sollecitato dal moderatore, le proprie conoscenze in materia, evidenziando le proprie lacune. In tale sede il moderatore ha fornito il materiale informativo, tratto dalla più autorevole e recente letteratura (NICE, RNAO, Cochrane, etc.). Il secondo incontro è servito a rielaborare il tema alla luce delle nuove conoscenze acquisite attraverso la lettura della letteratura fornita. Al terzo incontro l’intero gruppo ha lavorato sull’elaborazione del Bundle Cateterismo Vescicale a permanenza, che è diventato in seguito strumento di lavoro.

RISULTATI. I risultati riguardano due campi: la formazione continua degli infermieri, il miglioramento della pratica clinica. In atto il dato emerso è sicuramente un rafforzamento dell’autostima (empowerment), una maggiore consapevolezza da parte del gruppo infermieri sulla loro autoefficienza e sulla loro capacità di fare ricerca e migliorarsi. Riguardo la pratica clinica, i risultati attesi saranno il miglioramento degli esiti attraverso l’utilizzo dei Bundle. Il Bundle come strumento di lavoro è in uso da tre mesi, il primo dato emerso è una netta riduzione delle cateterizzazioni, 20% in meno rispetto al periodo precedente, dovuto al controllo quotidiano da parte del medico e dell’infermiere sulla necessità di tenere *in situ* il presidio. Le infezioni catetere correlate sono attualmente sotto monitoraggio.

LIMITI. Il turn over del personale infermieristico, potrebbe essere un limite, poiché tutto il personale attualmente assegnato alla U.O.C. di Medicina Interna ha preso parte in varie sezioni alla formazione secondo con metodologia Problem Based Learning, come previsto dal progetto.

CONCLUSIONI. L’esperienza formativa degli infermieri di Medicina Interna, ha dimostrato che qualora l’ECM viene pianificato attraverso strategie efficaci che rendano i discenti attori del loro processo di aggiornamento continuo, i risultati in termini di efficacia sono sorprendentemente maggiori. L’ECM, per non rimanere fine a se stesso, deve essere integrato con strategie efficaci nel modificare i comportamenti, e soprattutto occorre valutare l’efficacia della formazione sugli esiti assistenziali, nel nostro caso il monitoraggio degli esiti attraverso l’utilizzo del Bundle. Le Direzioni Aziendali possono trarre degli outcome positivi investendo sulla formazione continua improntata sul modello andragogico, in quanto risulta essere versatile e di facile applicazione.

Autore per la corrispondenza: Lo Burgio Ignazia – Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Villa Sofia – Cervello –
Email: iloburgio68@hotmail.com

136. Uno studio pre-post sulla riduzione delle interruzioni durante il ciclo di terapia: efficacia della segnalazione luminosa in una terapia intensiva neonatale

Logrippo Federica, Ariotti Maria Chiara, Dematteis Francesca, Vignali Federica, Luciano Mattia, Coscia Alessandra

Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino

BACKGROUND. Gli errori durante la gestione della terapia farmacologica sono la prima causa di eventi avversi da farmaco. Molti autori concordano nell'affermare che gli errori terapeutici spesso sono dovuti a disattenzione o interruzione dell'infermiere durante la gestione della terapia farmacologica. Un ampio lavoro australiano di Westbrook et al. ha dimostrato come ogni interruzione è associata all'aumento del 12,7% di errore farmacologico.

OBIETTIVI. Indagare l'efficacia della strategia di segnalazione luminosa del processo di gestione della terapia nel ridurre le interruzioni nella Terapia Intensiva Neonatale dell'Ospedale Ostetrico-Ginecologico Sant'Anna di Torino.

METODI. È stato condotto uno studio quasi-sperimentale pre-post intervento. Sono stati osservati i cicli di terapia effettuati dagli infermieri prima e dopo l'introduzione di un bracciale luminoso di segnalazione del processo di terapia indossato dagli infermieri. L'utilizzo del bracciale luminoso è stato preceduto da momenti di informazione e sensibilizzazione dello staff medico-infermieristico e dei genitori dei neonati ricoverati. Lo strumento utilizzato per la raccolta dati è stato il MADOS-P.

RISULTATI. Lo stesso gruppo di 30 infermieri è stato osservato nel pre e nel post intervento. Nella fase di preparazione, i rate ratio per le variabili interruzioni/farmaci e interruzioni/paziente si riducono in modo statisticamente significativo dalla fase T0 alla T1 rispettivamente del 34% e del 33%. Nella fase di pre-intervento la fonte più frequente di interruzione è rappresentata dallo staff medico-infermieristico, dalle conversazioni di natura non lavorativa e dai genitori (75,5%), mentre per il 24,5% le interruzioni sono dovute a cause tecniche lavorative (suoni dei monitor e delle pompe infusionali, telefonate, emergenze). Nella fase di post-intervento, le cause di interruzione legate all'azione umana si riducono al 48,1%, mentre aumentano (51,9%) quelle causate da motivi tecnici-lavorativi.

LIMITI. I limiti di questo studio sono la ridotta numerosità campionaria, la presenza dell'osservatore che può aver influenzato il comportamento degli infermieri e l'impossibilità di valutare gli esiti delle interruzioni, come ad esempio gli errori effettivamente commessi dagli infermieri.

CONCLUSIONI. Questo studio conferma l'alto numero di interruzioni che subiscono gli infermieri durante il processo di gestione della terapia farmacologica in una Terapia Intensiva Neonatale. Conferma inoltre che le strategie preventive possono essere efficaci a proteggere gli infermieri dalle interruzioni se associato ad un valido e strutturato processo di sensibilizzazione dello staff medico-infermieristico e dei caregivers.

Autore per la corrispondenza: Logrippo Federica – Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino – Email: federica@logrippo.it

137. Valutazione motoria dell'atassia residua in bambini/adolescenti affetti da tumore cerebrale in fase sub-acuta e cronica

Longo Lucia[1], Rossi Francesca[2], Zucchetti Giulia[2], Ricci Federica[2], Bertin Daniele[2], Bazzano Daniela[1], Fagioli Franca[2]

[1]Università degli Studi di Torino, [2]Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino

BACKGROUND. Le neoplasie del SNC rappresentano i tumori solidi più frequenti in età pediatrica. La semeiotica neuromotoria in fase subacuta si differenzia in base al sito di lesione ed alla tipologia di trattamenti effettuati. Uno dei segni motori peculiari di questa patologia è l'atassia. In letteratura sono riportate 3 scale per valutare l'atassia nella popolazione di interesse: la Scale for the Assessment and Rating of Ataxia (SARA), l'International Cooperative Ataxia Rating Scale (ICARS) e la Brief Ataxia Rating Scale (BARS). Non sono presenti studi comparativi di questi 3 strumenti.

OBIETTIVI. 1) Valutare l'impatto dell'atassia sulle funzioni motorie di un gruppo di soggetti con tumore della fossa cranica posteriore in fase subacuta 2) Individuare lo strumento di valutazione più sensibile nella popolazione considerata.

METODI. • Campione composto da 16 bambini/adolescenti (età media 10,4 aa) affetti da tumore della fossa posteriore in fase sub-acuta e cronica (range di distanza dall'intervento: da 3 mesi a 7 anni) • Valutazione riabilitativa videoregistrata effettuata tramite la somministrazione delle scale SARA, ICARS e BARS • Attribuzione dei punteggi e analisi qualitativa delle funzioni indagate effettuata da 2 terapisti.

RISULTATI. 1) Gli ambiti maggiormente deficitari sono risultati essere cammino, statica eretta, diadococinesie, grafomotricità e funzioni cinetiche degli arti inferiori 2) La scala ICARS è risultato essere lo strumento più sensibile nella valutazione dell'atassia nel gruppo di soggetti considerato in quanto offre un'analisi quali-quantitativa completa del disturbo.

LIMITI. • Assenza di completa oggettività nella scelta della scala • Ridotta numerosità e variabilità del campione • I due operatori hanno operato insieme nell'attribuzione dei punteggi.

CONCLUSIONI. Gli sviluppi futuri saranno un ampliamento della casistica e una rivalutazione a un anno di distanza del campione.

Autore per la corrispondenza: Longo Lucia – Università degli Studi di Torino – Email: longo.lucia95@gmail.com

138. Il Governo dei tempi di attesa: strategie qualitative e quantitative in un modello etico. L'esperienza dell'ASL TO3

Lovato Emanuela[1], Rebora Monica[1], Minniti Davide[1], Gatti Paola[1], Fasano Paola[1], Bisanti Francesca[2], Alesina Marta[3], Boraso Flavio[1]

[1]*ASL TO3,* [2]*ASL TO4,* [3]*Università degli Studi di Torino*

BACKGROUND. Il governo dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie rappresenta uno degli obiettivi prioritari e più attuali in ambito sanitario. L'erogazione di prestazioni entro i tempi appropriati rispetto alla patologia e alla necessità di cura, oltre ad essere un elemento strutturale dei LEA, risponde a principi etici, di trasparenza, di equità e di corretto uso e distribuzione delle risorse disponibile Nel controllo delle liste d'attesa non esistono strategie univoche ma vanno intraprese azioni talvolta complesse e articolate, adattate alle realtà locali aziendali, finalizzate alla promozione dell'appropriatezza nelle sue dimensioni clinica, prescrittiva ed organizzativa Tale tematica è inoltre percepita dai cittadini e dai pazienti come ostacolo all'accessibilità e alla fruibilità delle prestazioni, con conseguente sfiducia nel sistema

OBIETTIVI. Il presente lavoro riassume le strategie intraprese negli ultimi 3 anni dall'ASL TO3, in ottemperanza alle disposizioni nazionali e regionali, per l'abbattimento dei tempi d'attesa, nell'ambito del progetto straordinario concordato nell'area omogenea di riferimento e finalizzate a: – Erogazione di prestazioni in tempi appropriati – Ottimizzazione e corretta distribuzione delle risorse sulla base del fabbisogno, considerata la peculiarità geografica dell'Azienda, a garanzia di equità di accesso ai servizi – Miglioramento nel percepito da parte dell'utenza con conseguente riduzione della mobilità passiva e rivalorizzazione della sanità pubblica – Uniformare i comportamenti a garanzia di un'equa distribuzione ed accessibilità dei servizi in tutta l'Azienda.

METODI. Le strategie adottate, messe in atto con la collaborazione e la sinergia di tutti gli attori, comprendono: – azioni rivolte alla razionalizzazione e al miglioramento dell'appropriatezza della domanda: (differenziazione tra prima prestazione/prestazione successiva, corretta gestione delle classe di priorità, arruolamento dei pazienti in PDTA di riferimento per patologie croniche) – azioni rivolte all'offerta: aumento delle prestazioni, offerta in orari serali e di sabato, accordi di prestazioni aggiuntive da parte di strutture private convenzionate e specialisti convenzionati, aumento prestazioni in service, incremento del numero di attrezzature. – azioni di carattere clinico organizzativo: riorganizzazione di spazi ed attrezzature, riorganizzazione di orari, – azioni di carattere informatico/analitico: introduzioni della possibilità di rilevare rifiuto della prima disponibilità in ambito distrettuale e aziendale, rilevazione di prestazioni successive/ripetute, flessibilità delle agende di prenotazione al fine di calibrare correttamente il fabbisogno.

RISULTATI. Per quanto riguarda le prestazioni oggetto di monitoraggio confrontando l'attesa media (calcolata dalla prenotazione all'erogazione) 2017-2018, periodo di riferimento gennaio-ottobre, i risultati evidenziano una riduzione del tempo medio di attesa nel 64,2% delle visite specialistiche (9 prestazioni su 14) e nel 62,5% di prestazioni diagnostiche (10 prestazioni su 16), esclusi esami tomografici e risonanze magnetiche, per le quali la situazione si è mantenuta costante. I risultati più eclatanti si sono raggiunti per visite oculistiche (-26,6 gg), visite cardiologiche (-29 gg), visita endocrinologica (-18,9 gg), visita neurologica (-15 gg). Per quanto riguarda la rilevazione puntuale, simulando una prenotazione in un giorno indice, l'Azienda risponde con prima disponibilità a 1 giorno per visita cardiologica, visita ortopedica, visita gastroenterologia, a 5 giorni per visita oculistica, spirometria, ecografia addome, 4 giorni per fundus oculi, 6 giorni per ecografia capo-collo mentre restano critiche prestazioni quali la colonscopia e l'Holter. Tali risultati si sono ottenuti mantenendo fermo un principio di equità ed eticità per i pazienti, ovvero laddove disponibili prestazioni aggiuntive, le stesse sono state prioritariamente proposte alle persone già in lista d'attesa, riducendone il tempo, sulla base della loro scelta.

LIMITI. L'informatizzazione del processo è sicuramente un elemento fondamentale affinchè le fasi del processo siamo il meno possibile operatore-dipendente e a garanzia di uniformità ed equità per i pazienti. Le caratteristiche geografiche ed epidemiologiche dell'Azienda e l'ampia estensione territoriale, anche montana, nonché la fidelizzazione dei pazienti al proprio territorio cittadino, rendono ancora più difficoltoso il processo di governo delle liste e l'implementazione delle strategie.

CONCLUSIONI. Le strategie di governo dei tempi d'attesa non possono semplicemente essere di tipo "quantitativo" sul versante dell'offerta e dei volumi di prestazioni, ma devono coniugare la domanda con azioni di governance della domanda, tenendo in considerazione il criterio di appropriatezza. Il governo dei tempi di attesa richiede un monitoraggio e un aggiornamento capillare e costante da parte di tutti gli attori, per il continuo miglioramento e mantenimento dei risultati ottenuti.

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

139. La consulenza infermieristica in una lean organization. Una survey in area emergenza

Lucertini Carla[1], Scalpelli Elisa[2], Toccaceli Andrea[1], Gioacchini Gloria[1], Dignani Lucia[1]

[1]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti, [2]Università Politecnica delle Marche

BACKGROUND. La consulenza infermieristica è utile per garantire un intervento più efficace, efficiente e qualificato con l'obiettivo finale della soddisfazione del paziente. Permette sia al consulente di implementare e documentare le competenze possedute grazie alla formazione continua in quello specifico ambito, sia a chi la richiede di sviluppare nuove conoscenze e competenze inoltre è utile per tradurre in esperienza il valore dell'integrazione professionale identificata come la migliore possibilità per far fronte ai problemi dell'assistito e di conseguenza riconoscere l'esigenza di valorizzare le competenze.

OBIETTIVI. Conoscere il livello di interesse verso tale fenomeno nell'ottica multiprofessionale in una lean organization.

METODI. È stato condotto uno studio conoscitivo, SURVEY, mediante un questionario costruito ad hoc composto da 12 items che mirana ad investigare il livello di interesse verso la consulenza infermieristica attraverso risposte su scala Likert che miravano ad investigare l'interesse per il tema esposto (0= nessuno 1= moderato 2= scarso 3= massimo tranne 1 items con scala invertita) e 2 items dicotomici. Il questionario è stato somministrato agli infermieri (n=41) che prestano servizio nel Pronto Soccorso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona nel periodo dal 22 gennaio al 11 febbraio 2018.

RISULTATI. È emerso che: il 65% degli infermieri conosce la consulenza infermieristica contro il 35% di risposte negative disattendendo la percezione di nicchia per ciò che concerne il tema, mentre un interesse moderato (Mode= 2) si è evidenziato nelle aree riferibili a aree riferibili alla erogazione diretta all'assistito, formazione tra professionisti coinvolti, ricerca, promozione del cambiamento. L'area della collaborazione ed integrazione multiprofessionale è stata evidenziata come area di interesse massimo (mode= 3) riconoscendola come fondamento per efficacia ed efficienza e riduzione dell'errore senza perdita di autonomia professionale da parte di chi la richiede. Lo studio ha permesso di evidenziare le aree di maggior interesse ove implementare un processo di consulenza infermieristica: feriti difficili, accessi vascolari centrali (CVC, PICC) colonstomie, bendaggi e assistenza e monitoraggio al paziente dopo procedure invasive particolari e altamente specifiche.

LIMITI. I dati sono stati raccolti in un'unica realtà di un'unica azienda ospedaliera su un campione ristretto. Non si è investigato sui dati di background della popolazione investigata.

CONCLUSIONI. Il consulente rappresenta il nuovo ruolo per professionisti in grado di fornire un concreto supporto all'assistenza infermieristica quotidiana. L'infermiere consulente che dispone di competenze specialistiche costantemente aggiornate rappresenta un aspetto importante per Sistema Sanitario Nazionale. La consulenza infermieristica è uno strumento di miglioramento della qualità perché ogni paziente riceve quella prestazione che produce il miglior esito possibile, che comporta il minor rischio di danni conseguenti al trattamento, con il minor consumo di risorse e con la massima soddisfazione del paziente. Così è possibile costruire percorsi assistenziali che tendono garantendo efficacia, centralità del paziente, tempestività delle prestazioni, efficienza ed equità, gestione del rischio clinico a salvaguardia e tutela della sicurezza dei pazienti e del personale.

Autore per la corrispondenza: Lucertini Carla – Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti –
Email: carla.lucertini@ospedaliriuniti.marche.it

140. L'EDUCAZIONE AL PAZIENTE EMODIALIZZATO DOMICILIARE ED AL SUO CAREGIVER

Luzi Paolo[1], Traini Tiziana[1], Manocchi Katia[2], Troiani Silvano[3]

[1]Università Politecnica delle Marche, [2]ASUR Marche - Area Vasta n. 5, [3]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti

BACKGROUND. L'interesse per la dialisi domiciliare aumentò a metà degli anni '90, grazie a studi che dimostravano la miglior sopravvivenza dei pazienti al trattamento domiciliare (Woods 1996), la migliore qualità di vita e la riabilitazione alle comuni attività della vita (Oberley 1996). Questo interesse favorì una ripresa nello sviluppo di macchine per la dialisi più semplici e sicure (Blagg 1996). Già nel 1988 Buoncristiani propose un trattamento domiciliare breve ma frequente (dialisi quotidiana), riportando un miglior controllo pressorio, un incremento dell'emoglobina, oltre a un miglioramento soggettivo della sintomatologia e del benessere complessivo. Nel 1994, in Canada, Uldall associò i due vantaggi più importanti dei trattamenti innovativi: la lunga durata di dialisi e il ritmo quotidiano. Una simile dialisi "notturna" di 6-8 ore non poteva che essere eseguita al domicilio (Pierratos 1999). La storia della dialisi domiciliare rimane quindi legata, specialmente tra gli anni '90 e il nuovo millennio, allo sviluppo delle dialisi più frequenti. Analogamente alle esperienze citate, la maggiore durata e frequenza di trattamento permette di impiegare bassi flussi di dialisato, con eccellente rimozione di piccole e medie molecole e depurazione non solo del sangue dai tossici uremici, ma anche dei compartimenti tissutali, riducendo il rebound dei soluti. La dialisi notturna migliora anche il controllo pressorio, riduce l'iperfosforemia, il fabbisogno di chelanti del fosforo e i livelli di beta-2-migroglobulina, migliora l'appetito permettendo la liberalizzazione della dieta (Ray, 1999), la qualità del sonno (Pierratos, 1999), aumenta la fertilità e riduce le complicanze materne e fetali in gravidanza (Craig 2009).

OBIETTIVI. Far conoscere gli aspetti legati all' assistenza del paziente dializzato, compreso quello dell'educazione sanitaria al paziente ed al suo caregiver, attraverso la modalità dialitica domiciliare.

METODI. La ricerca bibliografica è stata eseguita sulla banca dati online Pubmed, utilizzando la stringa "home hemodialysis". Data la vastità del materiale, sono stati selezionati gli articoli pubblicati dall'anno 2000, impiegando il materiale antecedente come base per il background. Sono state consultate online riviste ed opuscoli delle principali ditte fornitrici dei monitor di dialisi (user-friendly) per uso domiciliare, non solo per quanto riguarda l'assistenza al paziente ma anche per il periodo di addestramento di quest' ultimo insieme al suo caregiver. È stato utilizzato il metodo P.I.C.O.M, ponendo come quesito di ricerca l'indicazione all' emodialisi domiciliare ed i benefici ricavati da essa, in persone con insufficienza renale cronica in trattamento sostitutivo. I criteri impostati nelle stringhe di ricerca sono i seguenti: -P =patient with ESRD (end-stage renal disease) -I =home hemodialysis -C =hemodialysis -O =benefits -M =review.

RISULTATI. Lo studio ha identificato 6 articoli, nessuno dei quali appartenente alla letteratura italiana. Solo uno degli studi selezionati, rispondeva perfettamente ai criteri impostati nelle stringhe di ricerca L'articolo ha evidenziato che nell'emodialisi domiciliare si rileva una minor incidenza di crampi e ipotensioni durante la dialisi dovuto ad un flusso sangue minore e ad una più lenta rimozione di liquidi, accompagnato da un minor senso di stanchezza terminata la seduta emodialitica (restless leg syndrome). Nella dialisi frequente ed in quella notturna è stato evidenziato un miglior controllo dei fluidi in eccesso, della rimozione dei tossici uremici, ed un miglior controllo della pressione sanguigna, è stato notato un significativo miglioramento dell'anemia renale, con conseguente riduzione del dosaggio dell'eritropoietina e supplementi del ferro, ed una significativa riduzione dell'indice di massa del ventricolo sx. Questa modalità emodialitica è stata associata ad un miglior metabolismo minerale dovuto ad un'efficace rimozione del fosforo e dei suoi "leganti". In aggiunta, questo studio rivela un miglior esercizio muscolare, un migliore stato nutrizionale con maggiore liberalizzazione della dieta, una migliore qualità di vita connessa alle modalità emodialitiche domiciliari; ed infine rivela un tasso di sopravvivenza maggiore della dialisi peritoneale e della dialisi trisettimanale effettuata nei centri dialisi; ed un minor tasso di ospedalizzazione nei pazienti che eseguono l' emodialisi domiciliare, tenendo anche conto del vantaggio economico legato all' emodialisi domiciliare rispetto a quella ospedaliera.

LIMITI. La data di pubblicazione degli articoli, e la selezione di soli articoli gratuiti in free full text.

CONCLUSIONI. Con un programma nazionale ben organizzato e finanziato, includendo strutture per l'addestramento dei pazienti (e dei loro caregiver) idonei all' emodialisi domiciliare, si potrebbero facilmente superare le barriere che rendono difficile la realizzazione di questa modalità emodialitica, performando la continuità assistenziale dell'emodialisi domiciliare.

Autore per la corrispondenza: Traini Tiziana – Università Politecnica delle Marche – Email: t.traini@univpm.it

141. Il laboratorio relazionale degli studenti del CDL Infermieristica: empowering dell'empatia

Maccari Corrado, Fiorentini Rita, Liberati Stefania, Bacaloni Simona, Fiorani Catia

Università Politecnica della Marche

BACKGROUND. Gli educatori possano dotare gli studenti infermieri delle competenze necessarie per costruire relazioni efficaci con pazienti e caregivers. Il nodo cruciale del laboratorio educativo relazionale rivolto agli studenti del CdL in infermieristica è consentire il mantenimento, per tutta la loro carriera, di una elevatala qualità di compassionate care che li ha attratti alla professione (Adam & Taylor, 2014). L'acquisizione di competenze relazionali da parte degli operatori sanitari può essere supportata con l'utilizzo di filmografia in particolare per gli aspetti relazionali (Chardi et al, 2016). La review di Oh et al (2012) analizza l'uso della "Cinenurducation" nella formazione infermieristica. In particolare lo studio semi-sperimentale condotto da Briggs & Abell (2012) ha dimostrato che interventi educativi realizzati con il supporto della filmografia sono in grado di aumentare il livello di empatia negli studenti con punteggi statisticamente significativi.

OBIETTIVI. • Aumentare la percezione degli studenti infermieri relativamente alla loro competenza nelle relational skills con utenti afferenti ai diversi ambiti • potenziare il coinvolgimento attraverso la relazione professionale con i pazienti, i loro familiari e lo staff • sostenere l'empowerment degli studenti.

METODI. Disegno dello studio: semi-sperimentale (pre-post test) • realizzazione di focus group guidati da tutor con l'utilizzo di frame selezionati tra films scelti per i contenuti relazionali. Discussione guidata e analisi delle problematiche sollevate dagli studenti. Proposte di risoluzione. • questionario anonimo di autovalutazione dei bisogni formativi relazionali realizzato sulla base delle evidence fornite da Adam & Taylor, (2014) composto da 9 items volti ad indagare le competenze relazionali, assertive nei confronti dello staff, dei clienti e dell'ambiente. Per ciascun item gli studenti erano invitati a esprimere una valutazione con scala Likert da 1 a 5 (1= minimo accordo, 5= massimo accordo). Gli items sono stati accorpati al fine di esplorare 4 dimensioni della competenza relazionale: con lo staff, con il paziente, con i tutor e capacità personali • questionario di gradimento tempo previsto: 5 ore in aula + 2 ore elaborazione individuale. Dopo 4 mesi dal focus group e la prima esperienza di tirocinio è stato nuovamente somministrato il questionario di autovalutazione per verificare l'efficacia dell'attività strutturata. Campione: n. 62 studenti iscritti al secondo anno del Cdl in Infermieristica UNIVPM del polo di Macerata.

RISULTATI. I risultati dei questionari di autovalutazione degli studenti mostrano, mediamente, il possesso di una sufficiente/buona capacità relazionale sia nella fase pre che post test. In quest'ultima le medie relative a tutti gli items sono aumentate anche se non tutte in maniera statisticamente significativa, mostrando un miglioramento di tutti gli ambiti indagati. In particolare gli items riferiti alla relazione con i pazienti e i loro familiari, sono quelli che riportano punteggi più alti sia nella fase pre che post test (Items 2,4,9). I punteggi più bassi del questionario sono stati rilevati nell'item 1, riferito alla capacità di contrastare il personale nelle situazioni non ritenute positive: anche se nel post test emerge un miglioramento della percezione degli studenti, la difficoltà degli stessi rimane notevole; d'altronde lo studio di Burkley (2018) denuncia addirittura situazioni di intolleranza da parte di infermieri nei confronti di studenti che influiscono negativamente sul percorso formativo e motivazione di questi ultimi. Anche i risultati delle risposte aggregate per dimensioni mettono in evidenza come gli studenti vivano la difficoltà maggiore nella relazione con lo staff durante il tirocinio. Abbiamo anche scomposto il gruppo suddividendolo tra coloro che si autovalutano con una bassa capacità relazionale (media del test iniziale >3), coloro che esprimono valori medi (tra 3 3 4) e coloro che si autovalutano con una buona capacità relazionale (>4). Mettendo a confronto il post test con il test iniziale, si nota l'aumento del gruppo degli studenti con una buona autostima. Rimane tuttavia costante la presenza di una piccola percentuale (7%) di studenti con una difficoltà relazionale complessiva che, forse non ha giovato dell'attività di laboratorio. Infine l'attività di laboratorio ha avuto una buona valutazione nel test di gradimento finale. I risultati del questionario mostrano come l'argomento affrontato sia "molto interessante" (89%) e sia utile poter ripetere l'attività di laboratorio (70%). L'efficacia del laboratorio viene giudicata buona (93%). Le difficoltà che emergono riguardano l'esposizione dei casi personali (23%) e la durata giudicata troppo lunga (16%).

LIMITI. I limiti dello studio sono da riferirsi al campione ridotto di studenti.

CONCLUSIONI. Alla luce dei risultati emerge che la competenza relazionale può essere potenziata negli studenti infermieri attraverso l'utilizzo della metodologia del focus group e della filmografia. Anche la scelta del materiale proiettato ha fornito argomenti alla discussione dando la possibilità di fornire "casi concreti" altrimenti difficilmente simulabili e analizzabili dal gruppo.

Autore per la corrispondenza: Liberati Stefania – Università Politecnica della Marche –
Email: stefanialiberati70@gmail.com

142. Comunicazione tra sanitario e paziente: la formazione Evidence Based e valutazione

Maielli Michela[1], Gandolfo Silvia[2], Giardi Filippo[2], Bonetti Doris[1], Mazzatenta Carlo[1], Bianchi Alba[1], Mencaroni Spartaco[1], Bellomo Francesco[1], Marcucci Moreno[1], Sergio Ardis[2]

[1]USL Toscana Nordovest, [2]Università degli Studi di Pisa

BACKGROUND. La medicina basata sull'evidenza (EBM) costituisce un approccio alla pratica clinica in cui le decisioni risultano dall'integrazione tra l'esperienza del medico e l'utilizzo coscienzioso, giudizioso ed esplicito delle migliori evidenze scientifiche disponibili. 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 sanitario è in grado di interpretare i contenuti dei documenti scientifici e "tradurne" il significato al paziente accompagnandolo nella decisione con il fine ultimo di giungere ad un accordo la scelta più adatta, condivisa tra medico e paziente in quello che in termini inglesi viene definito "shared decision making" (SDM). Per quanto detto appare evidente l'importanza dell'aspetto comunicativo tra sanitario e paziente, che rappresenta uno strumento imprescindibile per migliorare la qualità dell'assistenza. Purtroppo in Italia la formazione accademica in questo ambito è pressoché nulla sia durante i corsi di laurea, sia nelle scuole di specializzazione. Dopo la laurea, la formazione continua ad essere scarsa e i pochi corsi realizzati si basano sull'acquisizione di abilità e non su modelli evidence based. 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. Il KCS ha permesso la creazione di una checklist che consente di valutare la qualità della comunicazione durante la visita.

OBIETTIVI. Introdurre nella formazione sulla comunicazione tra sanitario e paziente percorsi evidence based allo scopo di valutare l'efficacia e la qualità della formazione stessa.

METODI. In primo luogo si è proceduto alla traduzione e adattamento alla lingua italiana e alla validazione semantica e di concordanza, della KCS-Checklist Adapted (KCSCLA). La KCSCLA è stata utilizzata sia come strumento didattico, sia come strumento di valutazione dei role-play in vari corsi di formazione basati sul KCS, realizzati sia nella ASL Toscana Nordovest sia a studenti di medicina della Scuola Normale Superiore Sant'Anna di Pisa. I corsi hanno avuto una durata minima di 20 ore. La KCSCLA è stata utilizzata inoltre in studi su personale sanitario specialistico (dermatologi e infermieri di dermatologia) ASL Toscana Nordovest e dell'Università di Pisa in visite audioregistrate con il consenso del paziente e dei sanitari.

RISULTATI. Al momento i sanitari e gli studenti coinvolti nella formazione basata sul KCS sono più di 100. Gli studenti universitari hanno ottenuto risultati migliori rispetto ai sanitari in servizio. I dermatologi e infermieri di dermatologia che lavorano nella ASL Toscana Nordovest, dove sono realizzati i corsi, hanno ottenuto punteggi maggiori rispetto ai pari che operano nella clinica universitaria di Pisa.

LIMITI. Il limite principale nell'uso della KCSCLA è che può validamente essere usata solo da docenti esperti. Limite alla diffusione del progetto su vasta scala è che al momento esistono in Italia pochi docenti esperti nella formazione evidence based sulle tecniche di comunicazione.

CONCLUSIONI. Oggi la formazione sulla comunicazione sanitaria evidence based è pressoché nulla. L'EBM ha bisogno di formare i sanitari sulla comunicazione per un adeguato processo di SDM, di corsi di formazioni ad hoc e di valutazione dei risultati. Con la nostra esperienza abbiamo iniziato ad introdurre questa modalità di insegnamento.

Autore per la corrispondenza: Ardis Sergio – Università degli Studi di Pisa –
Email: sergio.ardis@uslnordovest.toscana.it

143. Medicina di genere e violenza: identificazione aree di intervento in ambito socio-sanitario aziendale

Manca Maria Caterina, Govi Annamaria

Azienda USL di Bologna

BACKGROUND. L'OMS definisce la violenza contro le donne come un problema di salute di vaste proporzioni globali. La prima significativa innovazione legislativa in materia di violenza sessuale, in Italia, si era avuta con l'approvazione della Legge 15 febbraio 1996, n. 66, che ha iniziato a considerare la violenza contro le donne come un delitto contro la libertà personale. Il 24 novembre 2017 sono state approvate le Linee Guida Nazionali in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza. Nell'ambito della regione Emilia Romagna è in vigore dal 2016 la Legge quadro che ha come oggetto la rimozione di ogni forma di disuguaglianza pregiudizievole e discriminazione diretta o indiretta nei confronti delle persone, in particolare delle bambine, delle ragazze e delle donne, che ne limiti la libertà o ne impedisca il pieno sviluppo della personalità e l'effettiva partecipazione all'organizzazione politica, economica e sociale della Regione. Infine, l'Art. 3 della legge n.3 dell'11 gennaio 2018 predispone un piano volto alla diffusione della medicina di genere nel Servizio Sanitario Nazionale in ambito di ricerca, prevenzione, diagnosi e cura. La dimensione di genere rappresenta, difatti, uno strumento di intervento delle politiche pubbliche, costituendo i servizi sanitari i principali luoghi di contatto con le vittime. Secondo quanto sopra premesso, pertanto, l'identificazione, l'accoglienza, il trattamento e la riabilitazione delle vittime costituiscono gli obiettivi dell'AUSL di Bologna.

OBIETTIVI. Identificazione delle aree di intervento aziendale ai sensi della recente normativa in materia di medicina di genere e violenza di genere.

METODI. Revisione della recente normativa in materia di medicina di genere e violenza di genere.

RISULTATI. Dall'analisi della normativa regionale e nazionale emerge la necessità di promuovere l'approccio medico di genere e di instaurare iniziative volte all'identificazione e al contrasto della violenza di genere. In particolare, le aziende dovrebbero perseguire l'equità e la correttezza dell'informazione che tenga conto della medicina di genere e dell'offerta preventivo-terapeutica mediante la realizzazione di percorsi di ricerca, di attività formativa professionale e di campagne di comunicazione. Inoltre, è auspicabile: l'approccio multidisciplinare e di equipe, mediante la realizzazione di percorsi e procedure che garantiscano la presa in carico della vittima di violenza; il raccordo e la condivisione tra gli operatori, facilitato anche dalla nomina di un referente per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere; la realizzazione di attività di formazione e aggiornamento del personale; il monitoraggio costante dell'applicazione delle procedure e dell'entità del fenomeno, mediante la costruzione e la gestione di banche dati.

LIMITI. —

CONCLUSIONI. Il servizio sanitario fornisce una rete di servizi sul territorio, ospedalieri e ambulatoriali, socio-sanitari e socio-assistenziali, che possono esser suscettibili di efficaci interventi di innovazione e sviluppo con l'obiettivo di migliorare la qualità dell'assistenza. L'analisi della legislazione vigente sia in ambito nazionale che regionale ha permesso di individuare numerose aree di intervento che possono contribuire a garantire la parità di trattamento e di accesso alle cure e a individuare, trattare e rimuovere, per quanto possibile, ogni forma di disuguaglianza, discriminazione e violenza.

Autore per la corrispondenza: Govi Annamaria – Azienda USL di Bologna – Email: annagovi@yahoo.it

144. La violenza a carico degli operatori sanitari in ambito aziendale: una valutazione preliminare

Manca Maria Caterina, Govi Annamaria, Minarini Andrea

Azienda USL di Bologna

BACKGROUND. Gli operatori sanitari sono esposti a diversi fattori che possono avere delle conseguenze negative sia sulla salute fisica che sulla sicurezza, tra cui il rischio di subire un'aggressione o un altro evento criminoso che comporti lesioni personali importanti o morte. Il tasso di incidenza di aggressione non mortale è difatti molto aumentato tra gli operatori sanitari rispetto ai lavoratori delle industrie del settore privato. I dati INAIL riportano che, dei 4000 infortuni indennizzabili riferiti a violenza sui luoghi di lavoro nel nostro paese, più di un terzo si verificano in strutture sanitarie. Per questo motivo la prevenzione degli atti di violenza contro gli operatori sanitari attraverso la implementazione di misure che consentano l'eliminazione o riduzione delle condizioni di rischio presenti e l'acquisizione di competenze da parte degli operatori nel valutare e gestire tali eventi costituisce l'obiettivo delle raccomandazioni del Ministero della Salute del 2007. Nel 2010 tali raccomandazioni sono state adottate dalla Regione Emilia-Romagna mediante la programmazione di misure atte a prevenire e gestire il fenomeno. Nel 2018 è stato costituito un osservatorio permanente per la garanzia della sicurezza e per la prevenzione degli episodi di violenza ai danni di tutti gli operatori sanitari presso il Ministero della Salute. La prevenzione della violenza a danno degli operatori sanitari rientra nell'ambito di interesse dalla Legge 24/2017, costituendo pertanto parte integrante del programma di gestione del rischio clinico. Dal 2011 presso l'AUSL di Bologna sono stati organizzati diversi eventi formativi e messi in atto numerosi interventi e misure volte alla contenzione e alla gestione del fenomeno. Vige inoltre, dal 2012, una procedura aziendale specifica che prevede l'utilizzo di una scheda di segnalazione per rilevare gli episodi di violenza a danno degli operatori.

OBIETTIVI. L'obiettivo di questo studio è la valutazione dell'impatto del fenomeno in due Dipartimenti Aziendali.

METODI. Analisi descrittiva dei dati pervenuti attraverso la compilazione delle schede di segnalazione aziendale.

RISULTATI. Dal 2012 al 20.11.2018 sono pervenute segnalazioni di 1092 episodi di violenza: tra essi 779 (71%) era costituito da episodi di violenza verbale e 313 (29%) da episodi di violenza fisica. In 64 casi (5,9%) vi erano stati dei danni a cose od oggetti presenti nell'ambiente circostante. In 138 casi (12,6%) all'evento era conseguito un infortunio sul lavoro di competenza INAIL e in 8 casi (0,7%) il fatto costituiva un evento sentinella. Dal 2012 al 2017 si è assistito a un progressivo aumento dei casi di violenza sia fisica che verbale. Sia i danni che gli infortuni INAIL sono aumentati progressivamente fino all'anno 2016 con una successiva attenuazione nel 2017. Gli eventi sentinella, non verificatisi dal 2012 al 2015, sono diminuiti da 4 nel 2016 e a 2 nel 2017.

LIMITI. Molti episodi di violenza non vengono denunciati e non giungono all'attenzione della figura competente. Inoltre, non tutte le forme di violenza sono comprese nell'ambito di tutela delle procedure. Ciò potrebbe condurre a una sottostima dell'entità del fenomeno.

CONCLUSIONI. I risultati preliminari mettono in evidenza la rilevanza del fenomeno della violenza contro gli operatori sanitari, perpetuatasi prevalentemente a livello verbale, sebbene anche la percentuale dei casi ai quali conseguiva in infortunio sul lavoro sia rilevante. I trend dei dati analizzati hanno mostrato un aumento sino all'anno 2016 seguito da un'attenuazione, che potrebbe esser indicativa di una potenziale efficacia degli interventi e delle misure adottate a livello aziendale per far fronte al fenomeno. Tuttavia, il fenomeno potrebbe essere ancora prevalentemente sommerso: alcuni episodi non vengono mai denunciati o riportati e alcuni particolari forme di violenza, come quella psicologica, esulando dalla tutela specifica delle procedure, giungono più difficilmente all'attenzione delle figure di competenza. È quindi necessario l'incremento e l'applicazione delle attività formative, di tutela e di prevenzione volte anche al rilievo e alla gestione di quelle forme di violenza meno evidenti.

Autore per la corrispondenza: Govi Annamaria – Azienda USL di Bologna – Email: annagovi@yahoo.it

145. Il ricovero dal Pronto Soccorso: come valutare il livello di performance attraverso un indicatore che superi il semplice dato percentuale

Manelli Filippo

ASST Azienda Socio Sanitaria Territoriale Degli Spedali Civili di Brescia

BACKGROUND. Recenti dati relativi all'anno 2015 hanno evidenziato che gli italiani si ricoverano poco. In particolare, l'Italia si posiziona al sestultimo posto per ricoveri (8,4% di persone con più di 15 anni che nell'anno precedente l'intervista sono state ricoverate almeno una volta: la media Ue è del 10,6%). Il dato è riferito alla media dei risultati ottenuti per le varie fasce di età considerate. Per esempio, i ricoveri salgono al 19,1% dai 75 anni in su e per gli ultra sessantacinquenni in media si raggiunge il 15,4%, contro il 6,1% medio tra i 15 e i 64 anni. Tuttavia, la realtà dei Pronti Soccorso in Italia è in rapida evoluzione e da anni oggetto di discussione a causa di molti fattori: necessità di limitare i ricoveri urgenti per carenza di posti letto, invecchiamento della popolazione e aumento dei pazienti poli patologici, limiti strutturali e politiche sanitarie che non hanno risolto fenomeni critici come il boarding (stazionamento prolungato dei pazienti in Pronto Soccorso in attesa del posto letto in reparto) e il sovraffollamento (overcrowding). A fronte di tutto ciò, è stato e resta molto difficile individuare indicatori di performance in Pronto Soccorso in grado di guidare la politica sanitaria e la gestione dell'emergenza urgenza.

OBIETTIVI. Valutare la performance del Pronto Soccorso e di ciascun medico che opera in questo contesto in relazione a uno degli parametri più importanti, ossia la percentuale di ricovero, attraverso l'utilizzo di un indice in grado di adeguare il dato generico (% di ricovero) a quello dei codici di maggiore gravità (rosso-emergenza e giallo-urgenza).

METODI. Identificazione di un indice appropriato, arbitrariamente denominato "F-IND", capace di trovare ed esprimere la reale quota e il "peso" dei pazienti dimessi e ricoverati dal Pronto Soccorso. Il F-IND consiste nel rapporto fra la somma dei pazienti valutati in codice rosso e giallo (R+G) e il numero dei ricoveri urgenti fatti (IN) in un dato periodo di tempo considerato (giorno, mese, anno). Quindi, F-IND = (R+G) / (IN).

RISULTATI. Nel Pronto Soccorso degli Spedali Civili di Brescia il F-IND dal 2009 al 2017 ha presentato un andamento progressivamente in aumento, come segue: 1.09 nel 2009, 1.16 nel 2010, 1.10 nel 2011, 1.21 nel 2012, 1.19 nel 2013, 1.18 nel 2014, 1.22 nel 2015, 1.24 nel 2016 e 1.21 nel 2017, tenuto anche conto che la percentuale degli accessi in triage dei codici "rossi + gialli" è progressivamente aumentato, passando dal 25.21% al 33.17%, a rendere più impegnativo il lavoro e la gestione dei pazienti. Ciò suggerisce una progressiva crescita della performance. Il dato valutato per ogni singolo medico si è tuttavia dimostrato molto variabile, passando nel solo 2017 da un minimo di 0.93 a un massimo di 1.50, con una quota del 58% dei medici (11 su 19) con F-IND < 1.25, un 26% (5 su 19) con F-IND fra 1.25 e 1.40 e il restante 16% (3 su 19) con F-IND > 1.4. Il confronto (a campione) con due altri Pronto Soccorso della Lombardia con analoghe caratteristiche a quello in esame ha evidenziato un F-IND inferiore a 1.25 in entrambi i casi considerati.

LIMITI. La performance di un Pronto Soccorso e di ciascun medico è una valutazione complessa che qualsiasi indicatore da solo non può raccogliere. Nello specifico, l'utilizzo del F-IND si fonda sul presupposto che ci sia una standardizzazione nell'attribuzione del codice colore al momento del triage, il che attualmente non corrisponde al vero.

CONCLUSIONI. 1. La percentuale di ricovero complessiva dal Pronto Soccorso rappresenta un dato poco attendibile per valutare la reale performance di trattamento e cura. 2. La valutazione del rapporto fra la somma dei pazienti valutati in codice rosso e giallo (R+G) e il numero dei ricoveri urgenti fatti (IN) in un dato periodo di tempo considerato, indicata arbitrariamente come F-IND, offre un'informazione nettamente più precisa, attendibile e confrontabile nel tempo sulla capacità (da parte del Pronto Soccorso e dei singoli medici) di gestire i casi di maggiore peso e rilevanza, gli stessi che più incidono sui ricoveri. 3. Il F-IND può esprimere un dato di grande utilità nella valutazione interna (fra medici) e in quella fra ospedali di una medesima tipologia e di territori omogenei (regioni). 4. La variabilità del F-IND all'interno di un gruppo di medici del medesimo reparto di Pronto Soccorso conferma la variabile standardizzazione dell'approccio del personale di emergenza urgenza al paziente e indirettamente la necessità di potenziare il settore con un personale preparato in grado di limitare la quota di ricoveri potenzialmente non necessari. 5. Si può ragionevolmente ritenere che un valore di 1.25 rappresenti un livello minimo di buona performance sui ricoveri, identificando una situazione in cui mediamente tutti i pazienti in codice bianco e verde siano dimessi e 3/4 dei pazienti in codice rosso e giallo vengano ricoverati.

Autore per la corrispondenza: Manelli Filippo – ASST Azienda Socio Sanitaria Territoriale Degli Spedali Civili di Brescia– Email: filippo.manelli@gmail.com

146. Miglioramento di processi assistenziali critici di Pronto Soccorso mediante l'applicazione della Failure Mode and Effect Analysis (FMEA)

Manganaro Davide, Bozzoli Claudio, Cappuccio Mario, Piazza Paolo, Parisi Claudio, Favaro Andrea

Azienda ULSS 7 Pedemontana

BACKGROUND. In Pronto Soccorso si svolgono attività sanitarie ad alto rischio. In caso di errore, l'accadimento può essere un evento negativo di notevole portata sia per i pazienti (aggravamento o morte) sia per il personale, con ripercussioni anche su molteplici dimensioni: legale, operativa, economica, ambientale. Per questo motivo è fondamentale adottare un metodo sistematizzato di gestione del rischio, migliorando costantemente la qualità e la sicurezza dei processi assistenziali, partendo da quelli più critici.

OBIETTIVI. Progettare e rendere effettivi miglioramenti per ridurre il rischio di eventi avversi nella gestione di 4 processi critici dell'attività del nostro Pronto Soccorso: triage, gestione del politrauma e gestione dell'insufficienza respiratoria acuta dal soccorso in ambulanza al ricovero ospedaliero, osservazione breve intensiva.

METODI. Il progetto di miglioramento si svolge nel Pronto Soccorso (PS) dell'Ospedale di Bassano del Grappa. Per raggiungere l'obiettivo è stato scelto il metodo della Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) in quanto è un metodo proattivo che permette di progettare gli interventi mirati dopo aver identificato le problematiche in maniera sistematica. È stato costituito un gruppo di lavoro formato da coordinatori che, guidati dalla FMEA, hanno scomposto i 4 processi critici nei minimi dettagli, identificando i rischi connessi alle singole attività costituenti il processo. I rischi sono stati analizzati componendo un indice di rischio (IR) derivante dal prodotto di una scala valori (da 1 a 5) assegnati a probabilità, gravità e rilevabilità di un eventuale evento avverso legato alle singole attività. Successivamente, in maniera proattiva e prospettica, i coordinatori hanno definito i piani di contenimento dei rischi e hanno coinvolto tutto il personale del PS per attuarli. Nel 2016 è iniziata l'analisi pilota del processo triage, dal 2017 il progetto di miglioramento è stato esteso agli altri tre processi critici: politrauma, insufficienza respiratoria e osservazione breve intensiva. Finora sono stati attuati i piani di contenimento per le attività a più elevato indice di rischio (IR 125-100). Si sta proseguendo con la definizione dei miglioramenti per le attività con IR meno rilevante (IR 100-80). In accordo al metodo ciclico FMEA, i risultati sono costantemente monitorati e, periodicamente, si ripetono le analisi per progettare ed apportare i nuovi interventi di miglioramento.

RISULTATI. Triage: individuati 17 rischi prioritari e trattati con 11 piani di contenimento. Ottenuta una riduzione dell'IR del 53% nei rischi trattati e del 16,7% nel processo in generale. Insufficienza respiratoria: individuati 17 rischi prioritari e trattati con 6 piani di contenimento. Ottenuta una riduzione dell'IR del 32,1% nei rischi trattati e del 12,4% nel processo globalmente considerato. Politrauma: individuati 27 rischi prioritari, di questi trattati 8 con 8 piani di contenimento. Ottenuta una riduzione dell'IR del 62.7% nei rischi trattati e del 6,7% nel processo in generale. OBI: individuati 5 rischi prioritari, di questi trattati 4 con 4 piani di contenimento. Ottenuta una riduzione dell'IR del 54% nei rischi trattati e del 5,6% nel processo in generale.

LIMITI. Come implicito nella metodologia FMEA, la probabilità, gravità e rilevabilità e l'IR di eventi avversi legati ad alcune attività derivano da una stima effettuata dal gruppo di lavoro in quanto non esistono studi aziendali o in letteratura che forniscono il dato epidemiologico preciso. Sono già in corso analisi di cartelle cliniche per ottenere dati epidemiologici più precisi e indici di verifica basati su dati rilevati e non stimati. Esempi degli indici di verifica sono la riduzione degli eventi avversi o il monitoraggio dei tempi di soccorso e gestione dopo l'introduzione del metodo FMEA.

CONCLUSIONI. Nell'ambito di un approccio sistematizzato di risk management è stato avviato un progetto di miglioramento che, applicando il metodo FMEA, ha ottenuto una significativa riduzione del rischio di eventi avversi in 4 processi critici assistenziali di PS: triage, politrauma, insufficienza respiratoria ed OBI. È in corso un costante monitoraggio dei risultati e periodiche rianalisi dei rischi per introdurre nuovi miglioramenti.

Autore per la corrispondenza: Manganaro Davide – Azienda ULSS 7 Pedemontana –
Email: davide-manganaro@libero.it

147. Indicatori di performance della Gestione Integrata del Diabete T2 in provincia di Reggio Emilia

Manicardi Valeria, Greci Marina, Manicardi Elisa, Venturelli Francesco, Vicentini Massimo, Balottari Paola, Giorgi Rossi Paolo, Marchesi Cristina

AUSL di Reggio Emilia

BACKGROUND. La Gestione Integrata (GI) del Diabete T2 (DT2) in provincia di Reggio Emilia è attiva dal 2005, in attuazione alle Linee Guida Regionali sulla gestione del DT2. In collaborazione con i medici di medicina generale (MMG) vengono gestiti i diabetici T2 ben controllati e senza complicanze medio-severe e rivalutati presso i servizi di diabetologia con un follow-up biennale. Le ragioni della attivazione di questo percorso sono state quelle di anticipare la diagnosi, intervenendo sui soggetti a rischio di DT2 secondo l'OMS, e seguire il paziente in un percorso di presa in carico condivisa tra specialisti e generalisti. Ma un modello assistenziale si valuta sui risultati ottenuti in termini di qualità della assistenza erogata ai pazienti, che non devono essere inferiore al modello precedente della sola assistenza specialistica.

OBIETTIVI. Valutare – con un set di indicatori predefiniti – la qualità di cura erogata ai DT2 in gestione integrata con il MMG nella provincia di Reggio Emilia.

METODI. I servizi di diabetologia della provincia di Reggio E utilizzano una cartella informatizzata condivisa, in rete aziendale, e linkata con il laboratorio (da cui afferiscono gli esami di laboratorio): annualmente si estraggono 46 indicatori (messi a punto dalla Ass Medici Diabetologi – AMD), di attività, di monitoraggio della malattia, di esito intermedio e di esito su tutti i pazienti afferenti ai servizi, ma anche sui pazienti inseriti in un percorso assistenziale specifico. All'inizio del 2018 sono stati estratti i 46 indicatori di performance per l'anno 2017 sui pazienti arruolati nel percorso di GI, confrontati con i dati degli Annali AMD nazionali.

RISULTATI. Sono stati esaminati i dati di 11426 DT2 (età media di 71,8a,54,9% maschi), arruolati in GI con il MMG al 31_12_2017. Il 30,8% dei pazienti ha una età > 65 e = 75 a, e il 41,52 ha una età > 75 anni. Il 23,1 % è in terapia con sola dieta, il 62,9% con ipoglicemizzanti orali, mentre l'1,9% è in terapia combinata, e il 2,3 con sola insulina. Indicatori di monitoraggio: il 95,7% ha almeno una HbA1c misurata nell'anno, l'87 % ha un profilo lipidico, il 60,1 % un controllo della funzione renale ed il 48% la misurazione della PA. Il monitoraggio delle complicanze del diabete vede il 22,2% dei paz valutati per la Retinopatia diabetica, il 9,9 per la neuropatia, ed il 17% per il piede diabetico. Target raggiunti: il valore medio dell'HbA1c è risultata 6,6% +/- 0,88, con una differenza significativa tra chi è in ter con ipoglicemizzanti (6,7%) e chi in ter insulinica (7,6%). Il 73,60% ha valori di HbA1c a target (<=7%) e il 20,3% è compresa tra 7,0 e 8,0%, mentre solo poco più del 6% ha valori > 8%. Il 52,3 % ha valori a target di LDL-Colesterolo (< 100 mg/dl), e solo il 16,6% ha valori > 130 mg/dl; il 49,6 % ha valori ben controllati di PA (< 130/80 mmHg) e il 47,4% ha valori non a target. Il 41% ha un BMI => 30, quindi è obeso. Il 3,3% fuma Indicatori di esito finale: la retinopatia diabetica (su totale monitorati per RD) è presente nel 7,8 %, la nefropatia diabetica nel 5,38%, i pazienti con storia di infarto del miocardio sono il 2,16, quelli con storia di ictus sono il 2,27%. I soggetti con Cecità sono lo 0,13% e quelli in dialisi lo 0,04%. Una ulcera del piede si è verificata nel 2017 in 33 pazienti (0,29%), una amputazione minore in 8 (0,07%), ed una maggiore in 5 (0,04%).

LIMITI. Il monitoraggio della Pressione Arteriosa è sottostimata perché il valore misurato nell'amb del MMG non entra in automatico nella cartella informatizzata, come avviene per gli esami di laboratorio, così come la registrazione puntuale delle complicanze croniche può essere sottostimata.

CONCLUSIONI. Il percorso assistenziale della Gestione Integrata del DT2 con il MMG è stata una sfida messa in campo a Reggio Emilia in tutta la provincia nel 2005, per aumentare la sensibilità del MMG alla malattia diabetica e ottenere una diagnosi precoce, ma anche per fare fronte all'aumento dei carichi assistenziali che questa malattia cronica richiede. I pazienti inseriti nel percorso sono in costante crescita,e la possibilità di estrarre indicatori complessivi di qualità di cura permette di evidenziare le aree di criticità su cui impostare azioni di miglioramento: buoni risultati si sono raggiunti nel monitoraggio della malattia, ma occorre migliorare il controllo della funzione renale e della Retinopatia diabetica (Fundus Oculi ogni 2 anni secondo le Linee Guida); ottimi risultati si sono ottenuti nella % di DT2 che hanno raggiunto il target desiderato di HbA1c, Colesterolo LDL e PAS/PAD. Insoddisfacente invece è il contrasto all'obesità. Questi dati sono in linea con i dati nazionali raccolti dagli ANNAI AMD sui pazienti in carico ai servizi specialistici. Il controllo annuale di questi indicatori ci permetterà di valutare nel tempo l'andamento degli indicatori di performance di questa popolazione.

Autore per la corrispondenza: Manicardi Valeria – AUSL di Reggio Emilia – Email: manicardivaleria@gmail.com

148. Housing e salute mentale

Mannu Josè, Cavalieri Paola

ASL Roma 2

BACKGROUND. L'Abitare (Housing) è un processo complesso che richiede interventi qualificati e l'attivazione di abilità e competenze di ciascun attore della comunità locale. Sono noti alla comunità internazionale, che ne ha sperimentato limiti e potenzialità, i percorsi di deistituzionalizzazione, le comunità terapeutiche e gli appartamenti condivisi. I progetti di Housing per persone con disagio mentale grave rappresentano una strategia avanzata per l'inclusione sociale con esperienze in molti paesi europei. L'Abitare è connesso all'approccio internazionalmente noto della "recovery". Secondo l'OMS, il trattamento comunitario è associato a un risultato più favorevole correlato alla qualità della vita e alla migliore aderenza al trattamento, ad una diminuzione dello stigma, alla stabilità abitativa e alla capacità lavorativa (World Health Assembly, 2013). La promozione della salute mentale – approccio "community-based" – è richiamata, da: – Piano d'azione europeo per la salute mentale, European Mental Health Action Plan, 2010-2020. – Patto per la salute mentale, Mental Health Pact (2009). Il diritto alla casa, nel contesto della salute mentale, offre un'alternativa alla istituzionalizzazione non appropriata. L'eccessiva istituzionalizzazione delle persone con problemi di salute mentale incide sulle finanze pubbliche e ha ripercussioni sulla qualità dei servizi di assistenza. Il team internazionale del progetto HERO, con capofila la ASL Roma 2, ha messo a punto un curriculum formativo per le comunità locali, che qui intendiamo presentare.

OBIETTIVI. L'obiettivo è di facilitare il buon esito dei progetti di housing nell'ambito della salute mentale, attraverso la formazione delle comunità locali. Il progetto mira a sviluppare: – Informazioni aggiornate, corrette e interdisciplinari – Un modello formativo flessibile per l'Housing sviluppato partendo dall'esperienza di chi è direttamente o indirettamente coinvolto in progetti per l'Abitare. Il principale interlocutore del progetto HERO è la COMUNITÀ LOCALE con i quattro gruppi target: – Persone con esperienze di grave disagio mentale e le loro famiglie – Professionisti dei Servizi di Salute Mentale – Operatori di altre agenzie del territorio (scuole, associazioni, etc.) – Cittadini (volontari, vicini di casa, negozianti, etc).

METODI. Il curriculum formativo europeo per le comunità locali – utilizzabile sia nell'ambito dell'educazione formale che non-formale – è il punto di arrivo di un lavoro triennale. Le tappe: – Analisi della letteratura internazionale sul tema housing/salute mentale (70 documenti) – Focus group (300 persone) Le fasi 1 e 2 sono esitate nella pubblicazione di un eBook "housing e salute mentale: Indicatori di qualità ad uso delle comunità locali", contenente dieci aree chiave e circa 150 indicatori, disponibile in italiano, inglese, croato, olandese, greco al sito www.housing-project.eu. – Indagine sui bisogni formativi tramite questionario dedicato (un questionario per ciascun target, volto a selezionare gli indicatori da sviluppare entro il curriculum formativo) – Progettazione e stesura del Curriculum formativo – Fase pilota del curriculum (300 persone) – Stesura finale del curriculum formativo La metodologia utilizzata ha previsto momenti di lavoro con partecipazione attiva dei 4 target, momenti di confronto tra i partner.

RISULTATI. Il curriculum formativo diffonde la cultura dell'housing per la salute mentale nelle comunità locali. È articolato in 4 moduli, uno per ogni target. Ogni modulo si articola in 6 Unità tematiche. Ciascuna unità: definizione, criticità, prospettive, buone pratiche, attività, esercitiamoci. A supporto del curriculum 12 video brevi. La fase pilota ha dato riscontri positivi sulla facilità di utilizzo e la pertinenza delle tematiche formative approfondite nel curriculum. L'esame delle schede di valutazione di tale attività danno elementi per meglio comprendere come migliorare l'impatto e la sostenibilità dell'housing per la salute mentale, a partire dal coinvolgimento "competente" di tutti gli attori coinvolti.

LIMITI. Può costituire un limite all'apprendimento e all'uso del curriculum, alla diffuzione della cultura che sottende: – Tendenza a generalizzare i bisogni di residenzialità vs distinzione in base alle problematiche. – Tendenza a riprodurre un sistema istituzionalizzante vs housing come processo sociale oltre l'appartamento/abitazione – Ragionare in termini di salute/malattia vs Ragionare in termini di gestione della malattia.

CONCLUSIONI. Il nostro lavoro è "in corso" con l'obiettivo di aumentare la precisione e l'attenzione ai bisogni diversificati delle persone. In un secolo come questo in cui i rapporti sono mediati da "simulacri della fisicità" come la voce per telefono o le frasi scritte sui social, è la proposta di un abitare fatto di relazioni, di conoscenze reciproche, di accoglienza delle differenze.

Autore per la corrispondenza: Cavalieri Paola – ASL Roma 2 – Email: paolacavalieri17@gmail.com

149. La comunicazione del rischio: due Decaloghi prodotti all'Istituto Superiore di Sanità

Mantovani Alberto, Baldi Cesca

Istituto Superiore di Sanità

BACKGROUND. La comunicazione del rischio è uno strumento importante per una efficace prevenzione: oltre a fornire informazioni scientificamente valide e comprensibili, necessarie per interpretare criticamente anche i messaggi dei mass media, una comunicazione incisiva facilita scelte consapevoli per proteggere la salute riducendo l'esposizione a determinati fattori di rischio (empowerment). Due contesti che hanno portato l'ISS ad affrontare la comunicazione del rischio negli ambiti dell'esposizione a sostanze tossiche e della sicurezza alimentare sono stati: Lo studio PREVIENI: il primo progetto italiano di biomonitoraggio sugli interferenti endocrini (IE). finanziato dal Ministero dell'Ambiente e coordinato dall'ISS. Gli IE sono sostanze che danneggiano la salute mediante alterazioni endocrine, http://old.iss.it/inte/), largamente diffuse in prodotti di utilizzo giornaliero e nell'ambiente di vita, e rappresentano un rischio specialmente per la generazione futura, a breve (ad es. malformazioni urogenitali) e soprattutto a lungo termine (ad es., infertilità, problemi neuro-comportamentali). EXPO 2015. Nell'ambito dell'iniziativa SalutExpo coordinata dal Ministero Salute, focalizzata sul tema "alimentazione e salute", è emersa la necessità di indicazioni per proteggere e promuovere la salute della generazione futura attraverso la corretta alimentazione materna. I fattori alimentari giocano un ruolo chiave -sottolineato da evidenze scientifiche – durante la gravidanza, portando ad esiti positivi o negativi: tra i comportamenti non salutari il consumo di alcool (sindrome feto-alcolica), o il consumo frequente di alcuni pesci ricchi di metilmercurio, (ritardo nello sviluppo neuro-comportamentale del nascituro).

OBIETTIVI. Ridurre i rischi per la la salute derivanti dall'esposizione a IE ubiquitari, la cui tossicità è riconosciuta dalle Agenzie internazionali, attraverso la conoscenza delle fonti di esposizione a tali sostanze e le possibili alternative esistenti, mettendo il cittadino in grado di adottare scelte e comportamenti consapevoli con conseguente riduzione del rischio. Ridurre il rischio di anomalie congenite (AC) in primis, nonché di altri esiti avversi della gravidanza (quali effetti a lungo termine sullo sviluppo), i cui fattori protettivi e/o di rischio sono condivisi con le AC attraverso l'informazione sui rischi derivanti dall'esposizione a taluni fattori nutrizionali e ambientali e ai comportamenti in grado di modificarli. Quindi l'obiettivo comune ad entrambi i Decaloghi è stato l'empowerment: la prevenzione inizia da una corretta informazione.

METODI. a) Comunicazione del rischio sugli IE: – elaborazione e valutazione dei dati progetto PREVIENI; – raccolta di dati e informazioni da documenti ufficiali (WHO, ECHA, EFSA) e dalla letteratura internazionale, compresi lavori ISS. b) Comunicazione su sicurezza e nutrizione in gravidanza: – Raccomandazioni europee per la prevenzione primaria delle AC (Rapporto IstiSan 13/28); – integrazione con documenti ufficiali EFSA e ISS. Per ambedue i Decaloghi: traduzione delle informazioni in un linguaggio meno complesso e più idoneo al "target", ovvero per il cittadino e le fasce più "rilevanti" ai fini della ricezione dei messaggi quali bambini e le donne in età fertile.

RISULTATI. L'ISS ha elaborato due Decaloghi pensati per il cittadino: Il Decalogo "Conosci, Riduci, PREVIENI – Un Decalogo per i cittadini sugli Interferenti Endocrini" (http://www.minambiente.it/pagina/il-decalogo) disponibile anche in inglese e presentato alla Commissione Europea) offre informazioni sugli IE, normative esistenti, fonti di esposizione nella vita quotidiana e. soprattutto. comportamenti per ridurre tali rischi. In realtà due decaloghi: uno per la popolazione generale e l'altro specifico per l'infanzia, fascia particolarmente vulnerabile agli effetti a lungo termine degli IE. Il secondo Decalogo dal titolo "Nutrizione e sicurezza alimentare in gravidanza" (http://www.iss.it/binary/inte/cont/Decalogo_gravidanza.pdf) evidenzia come nel nascituro, nutrendosi e sviluppandosi attraverso la madre, un errore temporaneo possa causare un danno permanente; il Decalogo integra aspetti nutrizionali (es, controllo del peso, acido folico, iodio) e rischi chimici o biologici (es., alcol, metilmercurio, Toxoplasma). Analogamente al Decalogo precedente, il documento ha l'obiettivo di informare in merito ai rischi e ai comportamenti in grado di ridurli, con linguaggio semplice; ambedue accanto all'indicazione "evita" forniscono, soprattutto, un'alternativa, il "privilegia".

LIMITI. I due Decaloghi riguardano due aspetti settoriali della prevenzione primaria, ancorché importanti e basati su evidenze scientifiche forti.

CONCLUSIONI. I due documenti hanno avuta ampia diffusione anche sui social networks: ora occorre valutarne l'impatto e la possibilità di eventuali aggiornamenti.

Autore per la corrispondenza: Mantovani Alberto – Istituto Superiore di Sanità – Email: alberto.mantovani@iss.it

150. Prevenzione e management delle addiction da videogiochi dalla seconda infanzia alla preadolescenza

Maravalle Giulia, Spina Elena, Traini Tiziana

Università Politecnica delle Marche

BACKGROUND. La globalizzazione, diffusasi sin da prima degli anni duemila, ha condotto verso linguaggi che eccedono dall'ordinario, per cui le nuove generazioni si trovano all'interno di un cambiamento culturale e materiale. I "nativi digitali" nascono in un mondo che è già tecnologico e risultano essere facilitati nell'adattamento culturale, differentemente, da coloro che si trovano ad apprendere nuovi schemi di condotta e nuovi codici comunicativi, identificati come "immigrati digitali" (Prensky, 2001). La diffusione tecnologica ha modificato gli approcci alla realtà, basti pensare ad esigenze di tempo e di qualità, che possono oggi essere appagate attraverso una semplice interfaccia, istantaneamente e con adeguatezza rispetto a qualsiasi tipo di bisogno (Bruno, 2007). Nel contesto italiano le indagini condotte sulle dipendenze da videogiochi rilevano che bambini ed adolescenti, sono particolarmente coinvolti (livello di utilizzo dei videogiochi da parte dei ragazzi del 100% nel 2016). L'assiduità di gioco, l'utilizzo in rete rappresentano comportamenti favorenti e non può essere esclusa la probabile influenza da parte dell'ambiente in cui si vive e del ruolo genitoriale. In tale contesto, le nuove generazioni necessitano di controllo ancor prima della fase critica adolescenziale per essere preparati al mondo del futuro.

OBIETTIVI. Rilevare la qualità della fruizione dei videogiochi nella fascia di età dagli 8 ai 10 anni e nei ragazzi dagli 11 ai 13 anni, al fine di individuare la differenza di prevalenza tra gioco tradizionale e intrattenimento digitale, la supervisione parentale e la correlazione tra contesto ambientale e gioco con dispositivi digitali.

METODI. L'attenzione delle indagini, seppur in numero ridotto, è stata rivolta alla misurazione della videogame addiction, che non può prescindere dalla ricerca di fattori di rischio. Il campione è suddiviso in due cluster: uno comprendente la fascia di età della seconda infanzia e l'altro la preadolescenza. I soggetti reclutati sono rispettivamente in numero 186 e 167, e sono stati scelti nella scuola elementare e media del quartiere di Monticelli (Ascoli Piceno), incluso come possibile fattore favorente l'uso dei videogiochi e la tendenza all'isolamento, in quanto limitato nell'offerta di occasioni di svago e intrattenimento all'aperto. L'indagine è inoltre motivata dalla presenza, in tutte le famiglie della regione Marche, delle apparecchiature digitali (dati statistici regionali). Al campione è stato somministrato un questionario validato (Centro di ricerca ed educazione ai media e alla tecnologia, dell'Università del Sacro Cuore di Milano), successivamente al numero di consensi parentali tornati indietro. La somministrazione del questionario è avvenuta direttamente da parte del ricercatore. Il periodo temporale dello studio osservazionale, si estende da marzo a luglio 2018.

RISULTATI. Bambini e ragazzi mostrano un certo livello di gradimento per i videogiochi, specialmente i maschi delle fasce di età prese in esame. Il gioco digitale però non sembrerebbe offuscare totalmente le menti dei bambini della scuola elementare, così come delle ragazze preadolescenti, poiché rimangono interessati ai giochi di squadra all'aperto. Probabilmente più i ragazzi crescono e più diminuisce il coinvolgimento ludico tradizionale. In questo senso il quartiere di Monticelli non favorirebbe totalmente l'individualità di gioco. I ragazzi maschi preferiscono giocare ai videogiochi online e in rete, sia con amici e sia con sconosciuti. I soggetti della scuola elementare, invece, utilizzano i videogiochi prevalentemente da soli e in pochi giocano in rete con persone che non conoscono, probabilmente grazie al controllo genitoriale. Un'attenzione minore è posta al gioco con sconosciuti dei ragazzi, probabilmente in funzione della loro età. I genitori, inoltre, si preoccupano del tempo da dedicare ai videogiochi sia nei bambini e sia nei preadolescenti. Riguardo le tematiche di gioco, i ragazzi avrebbero maggiore libertà nella scelta dei videogiochi di combattimento.

LIMITI. La ricerca è stata incentrato sull'individuazione della prevalenza dei comportamenti di rischio, senza diretta valutazione del grado di dipendenza patologica da videogiochi. Per tale motivo sarebbero utili indagini future mirate. Il campione, in aggiunta, risulta essere circoscritto in quanto non sono state incluse nello studio tutte le scuole della città di Ascoli Piceno.

CONCLUSIONI. I risultati dimostrano come siano cambiate nel tempo le modalità di utilizzo dei giochi digitali. I numeri rilevati non indicano fattori di rischio preoccupanti per il contesto esaminato, ma in quanto importanti necessitano di essere controllati. Il monitoraggio unito ad un'azione educativa, renderebbe efficace la prevenzione delle addiction da videogiochi. La figura infermieristica, nell'ambito della promozione della salute, partecipa alla pianificazione e attuazione di un progetto educativo multidisciplinare, volto a sensibilizzare le famiglie riguardo i comportamenti di rischio per il gioco patologico.

Autore per la corrispondenza: Traini Tiziana – Università Politecnica delle Marche – Email: t.traini@univpm.it

151. L'impatto dell'applicazione del Lean Tool "Failure Mode Effects and Critically Analysis" (FMECA) sull'incidenza di VAP in un reparto di Anestesia e Terapia Intensiva Cardiotoracica: primi risultati e prospettive

Marchetti Luca, Maglioni Enivarco Massimo, Dal Canto Gabriella, Olivieri Raffaela, Mezzatesta Vincenzo, Centauri Federica

Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese

BACKGROUND. Le infezioni nosocomiali restano oggi importanti cause di morbilità, mortalità, prolungamento della degenza e significativo incremento dei costi dell'assistenza. Tra le infezioni nosocomiali, le polmoniti sono al secondo posto per frequenza e, come documentato in letteratura, rappresentano la principale causa di morte tra le infezioni ospedaliere in pazienti critici. Circa un terzo delle polmoniti nosocomiali sono acquisite nei reparti di terapia intensiva e di queste la maggior parte sono rappresentate dalle polmoniti associate a ventilatore (VAP). Dal rapporto 2016 GIVITI (Gruppo Italiano per la Valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva) in Italia risulta un'incidenza di VAP di 9.1 casi x 1000 giornate di ventilazione meccanica pre-VAP e si associa ad una mortalità del 29,7%, quasi doppia rispetto a quella dei pazienti non infetti (13,9%). La VAP, inoltre, determina un prolungamento del tempo di ventilazione, della durata della degenza in UTI e della durata complessiva della degenza (durata mediana della degenza è più che decuplicata nei pazienti con VAP -22 gg vs 2 gg). Alla luce di questo quadro epidemiologico, la prevenzione delle VAP è stata identificata come un'area prioritaria di sorveglianza e intervento sulla base delle indicazioni della letteratura internazionale. Da qui la necessità di adottare iniziative di miglioramento che si basino sull'analisi ed ottimizzazione dei processi sanitari. La tecnica FMECA (Failure Mode Effects and Critically Analysis), propria dell'approccio del Lean Management, è impiegata come strumento volto ad identificare precocemente gli errori all'interno di un processo per prevenire o minimizzare il rischio, ad essi correlato, che si verifichi un determinato evento avverso. Utilizzata da decenni in campo aeronautico e industriale è stata recentemente proposta dalla Joint Commission alle organizzazioni sanitarie quale strumento proattivo per la prevenzione dei rischi, in quanto associa all'aspetto qualitativo, anche quello quantitativo nella valutazione dei rischi, volto all'assunzione di decisioni operative coerenti e all'attuazione di azioni correttive. L'applicazione della FMECA consiste nella scomposizione del processo in macro-attività, a loro volta analizzate nelle loro sotto-fasi; per ogni sotto-fase, si cercano di individuare i possibili errori, le modalità di errore, che vengono valutate quantitativamente al fine di identificare il rischio associato ad ognuna.

OBIETTIVI. Il principale obiettivo dello studio è quello di valutare l'impatto dell'applicazione dei principi del "Lean Management" e dello strumento "Failure Mode Effects and Criticality Analysis" (FMECA) sulla riduzione dell'incidenza di VAP in un reparto di Anestesia e Terapia Intensiva Cardiotoracica.

METODI. È stata effettuata un'analisi retrospettiva dei casi consecutivi, non ripetuti, di VAP verificatisi nel reparto di Anestesia e Terapia Intensiva Cardiotoracica dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Senese (AOUS) a partire dall'introduzione di un programma di controllo delle infezioni tipo VAP, attraverso l'utilizzo di un approccio ingegneristico per facilitare l'aderenza degli operatori a pratiche assistenziali conformi agli standard (anni 2014-2016). L'incidenza di VAP è stata definita come il numero di VAP per 1000 giornate di ventilazione meccanica pre-VAP. Sono stati utilizzati i criteri CPIS (Clinical Pulmonary Infection Score) per la definizione univoca di caso di VAP. La variazione temporale dell'incidenza di VAP è stata valutata tramite analisi della retta di regressione partendo dall'ipotesi nulla di nessuna variazione nell'incidenza (p value=0.05). Attraverso lo strumento dell'FMECA sono stati scomposti i processi in macro-attività, a loro volta analizzate in base a tutti i singoli compiti ed è stato effettuato il calcolo dell'IPR (Indice di Priorità di Rischio) che consente di assumere decisioni rispetto alle fasi del processo in cui è necessario apportare azioni di miglioramento.

RISULTATI. La valutazione del rischio di errore tramite FMECA mostra che le attività associate ad un più elevato IPR sono quelle connesse alle manovre per la ventilazione meccanica. I risultati preliminari dello studio mostrano un trend in riduzione dell'incidenza di VAP (da 5,41 nel 2014 a 2,12 nel 2016), seppur non statisticamente significativo.

LIMITI. Studio retrospettivo, monocentrico. Casistica limitata, necessità di ampliarla per confermare i risultati.

CONCLUSIONI. Lo studio mostra come l'applicazione di strumenti di analisi e miglioramento dei processi nate in contesti diversi da quello sanitario possa rispondere con successo alla necessità di prevenire e controllare la trasmissione di infezioni nosocomiali (promuovendo ad esempio l'aderenza dei comportamenti degli operatori alle buone pratiche basate sull'EBM e sull'EBN), con ripercussioni significative sulla dimensione clinica, organizzativa e professionale dei servizi erogati all'interno delle organizzazioni sanitarie.

Autore per la corrispondenza: Centauri Federica – Azienda Ospedaliero-Universitaria Senese –
Email: federica.centauri@ao-siena.toscana.it

152. La gestione infermieristica del dolore in Pronto Soccorso

Mariani Tamara[1], Aringoli Sofia[2], Sicolo Domenico[1], Cotticelli Federico[1], Michelini Martina[1], Pigliacampo Massimo[1], Di Paola Antonio[1], Delli Compagni Emanuela[3], Chiarastella Paolo[1], Pasquaretta Arianna[1]

[1]ASUR Marche - Area Vasta n. 3, [2]Università Politecnica delle Marche, [3]ASL Teramo

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, soverchia 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. • Carenza (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, aumento dei tempi di attesa per la valutazione medica.

OBIETTIVI. Ottenere una ottimale gestione del dolore in PS già in sede di triage, attraverso valutazione, rapido ed efficace trattamento che devono infatti costituire una delle principali finalità tra le attività del PS (Zimmer, 2005).

METODI. È stata effettuata una revisione sistematica della letteratura attraverso banche dati PubMed, CINAHL Plus with full text (EBSCO), SAGE Healt Science e Google Schoolar. Sono stati presi in considerazione gli articoli ritenuti maggiormente validi e inerenti all'argomento trattato e che potessero portare un valore aggiunto alla pratica infermieristica. Parole chiave utilizzate sono state: Pain management, Pain, Nurse management, Management in Emergency Department, Analgesia, FANS.

RISULTATI. L'efficace gestione del dolore, oltre che dalla terapia antalgica, dipende da aspetti multi-fattoriali propri del paziente, dalla sua anamnesi personale e diagnostica (patologie attuali e pregresse) e dalla capacità dei professionisti di attuare gli interventi più idonei mettendo in primo piano il benessere del soggetto. Appare chiaro che per una buona gestione del dolore sia fondamentale importanza il ruolo dell'infermiere nella rilevazione, valutazione e trasmissione dei dati raccolti, con lo scopo di mettere in atto le più adeguate strategie. I punti chiave delle linee guida per il trattamento del dolore risultano essere: 1.Diritto del paziente ad essere trattato contro il dolore 2.Valutazione e documentazione di presenza, natura ed intensità del dolore in tutti i pazienti; 3.Competenza nella valutazione e trattamento del dolore; 4.Utilizzo di protocolli per un adeguato trattamento del dolore; 5.Educazione di pazienti e familiari al controllo del dolore nel post-dimissione; Al fine di evitare la sovra o sottostima del dolore, è essenziale che la valutazione sia condotta da personale esperto. Essendo un'esperienza soggettiva, l'autovalutazione dell'utente è da considerarsi la base per la misurazione del dolore. Numerosi studi evidenziano sottostime derivanti da valutazioni infermieristiche e mediche. La valutazione è più complessa con persone non in grado di esprimersi, neonati, bambini, anziani con demenza. Le caratteristiche di un test valido sono: • Facilità di utilizzo; • Velocità di registrazione e elaborazione dei dati; • Comprensibile a tutti; • Soddisfare i criteri di: a) Validità: il grado in cui un test valuta ciò che intende misurare. b) Sensibilità: evidenzia i cambiamenti relativi alla terapia. c) Affidabilità o grado di ripetibilità: il test deve essere ripetibile in circostanze simili. Risultato che è possibile ottenere solo se alla base sono presenti conoscenze su come il dolore agisce sul nostro organismo e alle azioni che svolgono gli interventi farmacologici e non farmacologici per alleviare tale sofferenza.

LIMITI. Le barriere ostacolantil'efficace trattamento del dolore sono spesso dovutedalla mancanza di protocolli standardizzati e all'ampiezza del carico di lavoro che aumenta i tempi di attesa dell'assistito in maniera importante (Pretorius et al, 2015). Risulta inoltre: • scarsa formazione specifica rispetto al riconoscimento e trattamento del dolore, • scarsa preparazione alla gestione di pazienti con esigenze particolari (anziani e bambini), • paura che la somministrazione di analgesia offuschi il quadro clinico (Pennacchio et al., 2012).

CONCLUSIONI. L'oligoanalgesia è un problema reale e diffuso nell'ambito sanitario. Come dimostra uno studio condotto in Italia nel 2011, il 70% dei pazienti che si presentano in un PS accusano dolore da moderato a grave, di questi però solamente il 20-50% riceve un trattamento analgesico e nel 62,8 % dei casi l'analgesia manca completamente. (Factors influencing desired and received analgesia in emergency department, 2011) L'infermiere è il professionista responsabile della valutazione e trattamento precoce del dolore nei dipartimenti di emergenza in quanto primo professionista responsabile della presa in carico del paziente. Il proprio ruolo nella valutazione del dolore, soprattutto nel triage, è molto complesso (Vuille et al., 2017).

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

153. Overtriage e Undertriage: risultati di uno studio di coorte

Mariani Tamara[1], Cotticelli Federico[1], Sicolo Domenico[1], Di Paola Antonio[1], Michelini Martina[1], Vitali Roberta[1], Torresi Elisa[1], Delli Compagni Emanuela[2], Chiarastella Paolo[1], Pasquaretta Arianna[1]

[1]ASUR Marche - Area Vasta n. 3, [2]ASL Teramo

BACKGROUND. Il triage è accettato come parte integrante della valutazione del paziente del ventunesimo secolo, ed è diventato necessario al funzionamento sicuro ed efficiente del Pronto Soccorso (PS). Tutti i pazienti in cerca di cure urgenti vengono valutati e classificati dando la priorità a coloro che necessitano di cure immediate. Il Ministero della Salute (2012) ha emanato delle raccomandazioni riguardo all'errata attribuzione del codice triage, in quanto evento sentinella che richiede la messa in atto di misure di prevenzione e protezione.

OBIETTIVI. L'obiettivo dello studio è stato quello di comprendere quanto sia accurato il triage eseguito dagli Infermieri di un PS che hanno frequentato preliminarmente un corso e gli elementi che possono influenzare l'esattezza del loro giudizio.

METODI. Lo studio, monocentrico con disegno di studio di coorte retrospettivo confronta il Gruppo Esperti (GE – infermieri con più di 3 anni di esperienza) e il Gruppo Non Esperti (GNE); è stato effettuato per un periodo di 12 mesi presso l'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) Marche, Area Vasta 3, Struttura Ospedaliera di Civitanova M. consultando un campione di schede triage dei pazienti con accesso al PS nel periodo di riferimento. Il sample size è rappresentato da n. 396 cartelle ed è stato calcolato su un totale di n.17816 cartelle La numerosità campionaria è stata calcolata considerando un livello di Confidenza al 95% e un Intervallo di Confidenza pari a 4.87. Sono state incluse tutte le schede compilate dagli infermieri assegnati al triage nel periodo di riferimento. Non sono state prese in considerazione: Schede di pazienti trasportati dai mezzi di emergenza che sono entrati direttamente nelle sale, quindi non sottoposti al processo di triage; Schede di triage non compilate da infermieri. La raccolta dati è stata eseguita attraverso un campionamento di convenienza. Sono state selezionate n. 33 cartelle per ogni mese. Ogni cartella è stata inserita nel "gruppo esperti", cioè compilata da infermieri con più di tre anni di esperienza in triage o nel "gruppo non esperti", cioè compilata da infermieri con meno di tre anni di esperienza. Per valutare l'aderenza al protocollo in uso del personale infermieristico, si sono confrontati i codici assegnati dall'infermiere di triage e quelli che si sarebbero ottenuti utilizzando correttamente gli algoritmi proposti dal protocollo aziendale. Le cartelle sono state valutate da singoli revisori esterni, esperti e ideatori di tale protocollo, che lavoravano in coppia; ciascuna era vagliata da essi separatamente discutendo in seguito i loro risultati fino al consenso generale. In seguito i dati sono stati confrontati tra di loro per individuare i casi di under triage e over triage per ciascun gruppo di appartenenza, per capire se l'inesperienza può esserne un fattore di rischio e si è verificato se esistono delle patologie che possono indurre più facilmente a un'erronea attribuzione.

RISULTATI. I GE sono risultati 13 con media di anni di lavoro in triage di 11.23 e deviazione standard (ds) di 4.09 mentre i GNE sono 8 con media di anni di lavoro di triage 1.14 e ds 0.33. Raffrontando i codici assegnati e quelli risultanti applicando il protocollo in uso, si è ottenuto un over allagreement del 71.5 %, un over triage disagreement del 22.2% e un under triage disagreement del 6.3%. Stratificando i dati per esperienza, si ottiene che le cartelle compilate dal GE sono 212 (53.5%)mentre quelle compilate dal GNE sono 184 (46.5%). Si è calcolato l'accordo e il disaccordo ottenuto per i casi di over triage e di under triage sia per il gruppo degli esperti che per quello degli inesperti. Agreement (GE=80.2%, GNE=61.4%; p< 0.001), disagreement over triage (GE=15.1%, GNE= 30.4%; p< 0.001), disagreement under triage (GE=4.7%, GNE=8.2%; p=0.222).

LIMITI. Questo studio è stato condotto presso un unico centro quindi, pur avendo una buona validità interna, presenta dei risultati non generalizzabili. Tra i limiti segnaliamo anche quelli legati alla dimensione campionaria e quelli che possono essere correlati all'utilizzo di procedure non applicate in tutti i contesti di altri sistemi di triage infermieristico.

CONCLUSIONI. Stratificando i dati per esperienza dai dati ottenuti si individuano maggiori casi di disagreement under triage e over triage nel GNE. I risultati di questo studio hanno dimostrato come l'esperienza in triage sia un fattore che influenza la precisione delle decisioni dell'infermiere di triage. In questo studio si è confermata l'ipotesi di Kilner (2002) che rileva una maggiore percentuale di casi di overtriage rispetto agli undertriage. Poiché gli infermieri di triage valutano diversi pazienti ogni turno e devono prendere decisioni in condizioni d'incertezza e in breve tempo, è importante migliorare la loro competenza al fine di assegnare ai pazienti il codice appropriato e di fornire cure adeguate ai pazienti di emergenza in modo tempestivo.

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

154. Eventi critici e coping: l'infermiere e le dimensioni dell'adattamento

Mariani Tamara[1], Riccetti Gessica[2], Sicolo Domenico[1], Cotticelli Federico[1], Michelini Martina[1], Pianella Umberto[3], Buccolini Mara[1], Delli Compagni Emanuela[4], Chiarastella Paolo[1], Pasquaretta Arianna[1]

[1]ASUR Marche - Area Vasta n. 3, [2]Università Politecnica delle Marche, [3]Libero Professionista, [4]ASL Teramo

BACKGROUND. Nel proprio percorso lavorativo gli infermieri dell'emergenza affrontano ordinariamente situazioni stressanti e potenzialmente traumatiche. È un luogo comune ritenere che il soccorritore sia sempre in grado di fronteggiare e superare l'impatto con tali situazioni senza alcuna conseguenza sul piano psichico, quali distress e deterioramento psicologico (Pietrantoni & Prati, 2009).

OBIETTIVI. Lo scopo di questo studio è: individuare le situazioni che maggiormente provocano distress agli infermieri in area critica; ricercare effetti, reazioni e relative strategie di coping messe in atto; verificare l'esistenza di una possibile correlazione tra anzianità di servizio e stress e se il genere possa avere un'influenza su tale correlazione.

METODI. A tal fine, è stato utilizzato un questionario del Gruppo di Ricerca di Psicologia dell'Emergenza, Facoltà di Psicologia dell'Università di Bologna, rielaborato e adattato al presente ambito. Il questionario è stato sottoposto agli infermieri delle UU.OO. Pronto Soccorso, PoTES 118 delle Strutture Ospedaliere di Civitanova M. e Macerata, nel periodo giugno-luglio 2018. La compilazione è stata volontaria e anonima.

RISULTATI. Il campione ha un'età compresa prevalentemente tra i 35 ed i 55 anni (72%) e così distribuito per età di servizio in area critica: da 0 a 10 il 50% e da 15 a 20 il 30.6%. Gli intervistati hanno indicato come eventi maggiormente stressanti: intervento non riuscito nonostante gli sforzi compiuti (17.2%) aver subito minacce e/o insulti dagli astanti nel corso dell'evento (12.9%) aver soccorso conoscenti, bambini gravemente feriti, aver preso parte ad un intervento con più morti e/o feriti gravi (9.68%). Risulta inoltre che il 47% degli infermieri ha avuto difficoltà ad addormentarsi e a mantenere il sonno almeno una volta, mentre il 25% ha riscontrato tale problematica più volte. Il 17% degli intervistati evidenzia difficoltà di concentrazione dopo l'evento traumatico tra due e quattro volte. L'11% invece ha riscontrato questa problematica per più di cinque volte. Il 42% afferma di aver cercato aiuto morale e sostegno tra i colleghi e la medesima percentuale riscontra "Un senso di connessione con gli altri infermieri". Un risultato degno di nota è la risposta alla domanda "Ho avuto bisogno dell'aiuto di una persona competente in materia". Il 9%, ha ammesso di averne avuto bisogno "Molto spesso" e l'11% "Qualche volta". Si è infine indagato se l'anzianità di servizio e il genere possano essere fattori preventivi o, al contrario, di rischio per lo sviluppo di stress. Il punteggio di correlazione (-0,01) ottenuto indica che tra età di servizio, livello di stress e genere non vi è nessun legame effettivo di corrispondenza.

LIMITI. Un limite riscontrato è dato dal ristretto numero di campioni, il quale potrebbe non rendere sempre confermati gli esiti ottenuti. Nonostante ciò, alcuni risultati permettono comunque di avere già delle significative evidenze statistiche, lasciando pensare che il campione sia comunque valido. Inoltre è possibile riconoscere la mancanza di un criterio oggettivo che consenta di discriminare se un individuo è potenzialmente più soggetto allo stress rispetto ad un altro. Un punto di cut-off che suddivida in maniera oggettiva gli elementi del campione su cui poi fare delle inferenze. Nonostante ci siano dei fattori di rischio con cui dedurre se una persona è più propensa a manifestare un PTSD, questo introduce una variabile soggettiva. Per ovviare a tale mancanza, è stato deciso di utilizzare quanto esiste già in letteratura per avere un metodo comunque basato su studi e fonti riconosciute.

CONCLUSIONI. I risultati riflettono un ragguardevole livello di stress tra gli infermieri che operano nell'emergenza, e rappresentano una rilevante minaccia per l'incolumità del benessere psicofisico del soccorritore. Autocontrollo e abilità relazionali, cioè il saper essere, sono necessari tanto quanto il saper fare, poiché le conseguenze legate allo stress non si ripercuotono solo sulla vita del soccorritore procurando un possibile disagio psicologico, bensì anche sull'organizzazione sanitaria. Lo stress non elaborato, associato ad altri fattori usuranti, può dar luogo ad un disagio personale che influisce anche in ambito lavorativo, con riduzione delle capacità professionali e diminuzione del grado di soddisfazione e coinvolgimento. Per tali motivi anche la qualità dell'assistenza infermieristica può essere negativamente modificata (Donnelly & Siebert, 2009; Gates et al. 2011). È necessario prendere maggior coscienza dei rischi psicologici e delle relative conseguenze a cui gli operatori dell'emergenza sono continuamente sottoposti e offrire adeguati programmi di prevenzione. È importante diffondere l'idea che, investendo sul benessere dell'infermiere e sulla sua crescita personale, si incide qualitativamente su quella professionale.

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

155. Le pratiche assistenziali a rischio di inappropriatezza nel periodo preoperatorio

Martini Federica[1], Bidoggia Fabio[2]

[1]ASL TO4, [2]Azienda Ospedaliero-Universitaria San Luigi Gonzaga

BACKGROUND. L'assistenza al paziente nel periodo preoperatorio è complessa e consta di numerosi interventi che hanno l'obiettivo di preparare la persona assistita all'intervento chirurgico e prevenire le possibili complicanze ad esso collegate. È frequente che molti di questi interventi siano standardizzati e basati su consuetudini, senza che vi sia un documentato beneficio per i pazienti, ma al contrario esponendoli a dei rischi.

OBIETTIVI. Identificare cinque interventi infermieristici comunemente svolti nel periodo preoperatorio, a rischio di inappropriatezza. Sintetizzare le prove secondo la filosofia della Slow Medicine.

METODI. Sono state consultate le banche dati Medline (attraverso il portale Pubmed), The Cochrane Library e Cinahl utilizzando come parole chiave: preoperative care, elective surgery, bowel preparation, skin preparation, preoperative fasting, hair removal, patient admission, slow medicine. Sono stati inclusi articoli di studi primari e secondari pubblicati negli ultimi 15 anni. La ricerca è stata sintetizzata con la costruzione di un diagramma di flusso secondo il metodo PRISMA.

RISULTATI. Sono stati inclusi in totale 23 articoli. La preparazione intestinale non riduce il rischio di deiscenza dell'anastomosi e surgical site infection (SSI) in qualsiasi intervento chirurgico; la tricotomia non riduce il rischio di SSI; la doccia con clorexidina riduce la carica batterica, ma non il rischio di SSI; non è necessario il digiuno dalla mezzanotte prima di un intervento chirurgico; il ricovero il giorno dell'intervento è preferito dai pazienti e ha dei costi minori rispetto al ricovero il giorno prima.

LIMITI. Sebbene sia stata utilizzata una strategia di ricerca estesa a più banche dati, potrebbero essere stati ignorati studi ammissibili. In secondo luogo alcune prove si basavano su sperimentazioni condotte su una ridotta dimensione campionaria limitando la generalizzazione dei risultati.

CONCLUSIONI. Le prove a sostegno sono sufficientemente robuste da permettere agli infermieri di abbandonare quelle pratiche ritenute superate e potenzialmente dannose per l'assistito. La scelta degli interventi nel periodo preoperatorio deve considerare, non solo le caratteristiche della persona, ma anche le sue preferenze, garantendo un coinvolgimento attivo del paziente nel suo processo di cure.

Autore per la corrispondenza: Bidoggia Fabio – Azienda Ospedaliero-Universitaria San Luigi Gonzaga –
Email: fabio.bidoggia@unito.it

156. Applicazione degli strumenti del Project Management in un nuovo contesto assistenziale: sanità penitenziaria

Masala Franca

Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste

BACKGROUND. Il decreto legislativo n°230/99 recante "Riordino della medicina penitenziaria", prevede che il Servizio sanitario nazionale assicuri ai detenuti i livelli essenziali di assistenza, analoghi a quelli garantiti ai cittadini liberi. Per effetto del DCPM 1 aprile 2008, a decorrere dal 2014, il passaggio delle funzioni di sanità penitenziaria è divenuto attuativo in Friuli Venezia Giulia. La Funzione di Sanità penitenziaria dell'Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste, opera all'interno della Casa Circondariale di Trieste, assicurando i livelli essenziali di assistenza. La Casa Circondariale di Trieste denominata "Ernesto Mari" è un edificio che risale al 1911 e fu costruito dagli Austriaci. Una costruzione a quattro piani che ospita 11 sezioni detentive, di cui una femminile. La capienza regolamentare dell'istituto di Trieste è di 139 unità, al 09 dicembre 2018 erano presenti 207 unità: 20 donne straniere, 8 donne italiane, 112 uomini stranieri e 67 uomini italiani.

OBIETTIVI. Il presente lavoro ha lo scopo di analizzare le principali implicazioni organizzativo, gestionali, determinate dal passaggio di competenze in materia di sanità penitenziaria alle ASL. Riflettere sulla figura dell'infermiere all'interno del carcere, del suo agire professionale in un contesto complesso, cercando di cogliere i nodi critici. Individuare azioni di miglioramento, attraverso gli strumenti del Project Management, per procedere ad una proposta di miglioramento in grado di garantire risposte efficaci ed efficienti ai bisogni di salute del detenuto.

METODI. Per giungere alla definizione del progetto si sono svolte le seguenti azioni: evidenziare i bisogni in tema di interventi di prevenzione, cura e riabilitazione della popolazione detenuta, evidenziare e descrivere le competenze distintive dell'infermiere in sanità penitenziaria, ricercare opportune strategie di presa in carico per lo sviluppo di percorsi assistenziali accessibili ed efficaci. Metodologicamente questo è stato possibile effettuando un'analisi sistemica del contesto di riferimento, un'analisi dei problemi attraverso l'utilizzo del diagramma causa effetto di Ishikawa. I risultati delle due analisi hanno portato all' individuazione del progetto di miglioramento: "Piano di implementazione della qualità assistenziale in ambito penitenziario". Sono state identificate tre aree d'intervento: 1. definizione competenze distintive infermiere in ambito penitenziario; 2. progettazione e gestione di interventi di formazione per favorire l'acquisizione di competenze specifiche in ambito penitenziario; 3. implementazione di percorsi assistenziali per i detenuti. Per la progettazione sono stati utilizzati gli strumenti del Project management: Work Breakdown Structure (WBS), le matrici responsabilità compiti/ persone, il diagramma di Gantt e per la rappresentazione del percorso assistenziale, il diagramma di flusso.

RISULTATI. Il progetto ha permesso: – l'elaborazione della Job Description dell'infermiere di Sanità penitenziaria; – la definizione della Job Description ha consentito la definizione e pianificazione di un percorso formativo ad hoc che si pone l'obiettivo di accompagnare gli infermieri ad implementare le competenze ed affrontare i cambiamenti; – la costruzione del percorso assistenziale d'emergenza, che ricade sulla gestione delle patologie tempo dipendenti.

LIMITI. Non si sono rilevati.

CONCLUSIONI. I forti cambiamenti, che si sono attuati, con il passaggio delle competenze in materia di medicina penitenziaria, richiamano la necessità di mettere in campo processi di miglioramento del management sanitario penitenziario. Un new management volto all'individuazione di strumenti manageriali utilizzabili per l'implementazione di nuovi modelli assistenziali in grado di garantire processi di continuità` nella tutela della salute del detenuto. Costruire un progetto di miglioramento, cercando di stimolare la riflessione su ciò che accade e può accadere, risulta fondamentale nell'approccio ad organizzazioni ad alta complessità. Costruire in collaborazione con l'interfaccia organizzativo, ha determinato una revisione critica dell'organizzazione interna alla Casa Circondariale. Il raggiungimento degli obiettivi e` stato possibile grazie alla capacita` di adattamento e collaborazione dimostrato. L'obiettivo comune di miglioramento della qualità` assistenziale per gli ospiti della Casa Circondariale di Trieste, ha creato forti sinergie ed integrazione tra le esigenze organizzative e di sicurezza dell'ambito penitenziario e le finalità di tutela della salute. L'utilizzo dei strumenti del project management ha permesso di costruire un percorso di miglioramento, che ha coniugato più` saperi professionali, dando risposte coerenti, rispettando e valorizzavano le ricchezze e le potenzialità del contesto stesso.

Autore per la corrispondenza: Masala Franca – Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste –
Email: franchetta65@gmail.com

157. Rivisitazione “lean” di un Ambulatorio Diabetologico. L’esperienza dell’Istituto Neurotraumatologico Italiano

Messina Glauco, Faroni Jessica Veronica

Istituto Neurotraumatologico Italiano

BACKGROUND. Le aziende sanitarie sono diventate nell’ultimo ventennio aziende alla continua ricerca di un pareggio dei conti e in alcuni casi di profitto. La Direzione Generale dell’Istituto Neurotraumatologico Italiano (INI) ha deciso di estendere l’approccio lean anche all’ambulatorio di Diabetologia.

OBIETTIVI. Ottimizzare la prestazione resa al paziente e ridurre gli sprechi.

METODI. L'ambulatorio si compone logisticamente di due stanze, ambulatorio 1 e ambulatorio 2, di cui uno gestito dal personale infermieristico; vi si rivolgono pazienti con necessità diverse. Tuttavia, il processo attraversato presenta delle similitudini: – Il paziente entra nell’ambulatorio; – Consegna all’infermiere la prenotazione, sulla quale è riportata la prestazione che attende di ricevere; – Entra nella stanza visita; – Attende che l’addetto eroghi la prestazione; – Riceve la prestazione; – Esce dall’ambulatorio. Il materiale utilizzato dal personale viene custodito in vari armadi presenti nell’ambulatorio: ciò significa che l’infermiere dovrà spostarsi frequentemente, lasciando il paziente in attesa di ricevere la prestazione; un’altra questione da sottolineare è l’assenza di un sistema di gestione degli approvvigionamenti dei materiali, che quindi potrebbero terminare senza che gli infermieri se ne accorgano. Data l’analisi della situazione di partenza, il lean team ha ritenuto opportuno implementare in questo ambulatorio la tecnica 5S, allo scopo di ridurre i tempi di approvvigionamento e di creare un processo standard facilmente e velocemente replicabile da qualsiasi addetto. Il progetto 5S sviluppato per questo ambulatorio si basava su un programma formato da dieci step, il quale (dopo la scelta dell’ambulatorio e le rilevazioni iniziali) prevedeva l’implementazione delle prime 3S, seguito da una rilevazione dei risultati ottenuti da condividere poi con la struttura; in caso di esiti positivi, si sarebbe poi provveduto ad avviare le fasi 4S e 5S. Inizialmente è stata predisposta la mappa delle 5S, strumento del lean management che serve a valutare la collocazione iniziale degli strumenti e delle risorse presenti nell’ambulatorio: tale mappa, assieme alla spaghetti chart rappresentante i movimenti del personale, diventa fondamentale in sede di revisione del layout.

RISULTATI. Grazie a questi due strumenti snelli è stato possibile strutturare l’ambulatorio come una cella (cell design), disponendo tutto ciò di cui gli addetti abbiano bisogno alla loro portata, al fine di rendere minimi gli spostamenti da effettuare. Per ridurre ulteriormente i movimenti, sono stati introdotti dei carrelli nei quali il personale possa reperire con estrema facilità e rapidità tutto il necessario per le visite ambulatoriali. Inoltre, sono stati sfruttati anche gli strumenti di visual management, attraverso l’utilizzo di targhette che permettano di individuare rapidamente la collocazione del materiale all’interno dell’ambulatorio. Per risolvere invece il problema dell’approvvigionamento di materiali, il lean team ha introdotto delle check-list di quantità minime e quantità ottimali per ciascun tipo di risorsa utilizzata in ambulatorio; tali quantità sono state calcolate sulla base di dati storici dei periodi precedenti. Grazie alle modifiche apportate all’ambulatorio e in particolare al suo layout, si sono verificati notevoli miglioramenti. La spaghetti chart pre e post intervento del lean team ci indica che la distanza percorsa dal personale infermieristico è stata abbattuta drasticamente. Perciò è iniziata la fase 4 del progetto, ovvero la standardizzazione delle attività in modo da mantenere i risultati ottenuti grazie all’implementazione delle soluzioni sopra descritte; al fine del mantenimento (fase 5S), il team snello svolge mensilmente degli audit al fine di controllare che il progetto 5S prosegua per il meglio. Riassumendo, i risultati ottenuti sono stati davvero importanti: il tempo di approvvigionamento dei materiali è diminuito del 78% e il personale percorre 1358 metri al giorno in meno rispetto a prima; preso atto dei risvolti positivi, la Direzione generale prevede di introdurre la tecnica 5S anche agli altri ambulatori, nonché ai magazzini di medicinali così da ottimizzare ovunque i tempi di approvvigionamento.

LIMITI. È nell’importanza che ciascun attore coinvolto si voti al miglioramento continuo (kaizen), essendo necessario che ognuno sia guidato dallo scopo di superarsi giorno dopo giorno attraverso l’esperienza.

CONCLUSIONI. L’INI ha intrapreso dunque con successo il sentiero lean: esso ha già portato a grandi miglioramenti, sia all’interno dei reparti per acuti sia nella coordinazione tra reparti e servizi. Ciò ha indicato alla Direzione Generale la strada da percorrere ovvero l’estensione della cultura lean in ogni area ospedaliera, da medicina al magazzino dei farmaci, passando per chirurgia. L’esempio dell’INI ci dimostra come il pensiero snello sia davvero estendibile in tutte le realtà in cui vi siano le premesse per eliminare gli sprechi e avviarsi verso l’efficienza produttiva.

Autore per la corrispondenza: Glauco Messina – Istituto Neurotraumatologico Italiano –
Email: glauco.messina@gruppoini.it

158. Magnet Hospital: studio osservazionale dei coordinatori di un ospedale italiano per acuti

Michini Patrizia[1], Scipioni Candida[2], Lucertini Carla[1], Andreoli Elisa[1]

[1]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti, [2]ASL 1 Abruzzo

BACKGROUND. Il Magnet Hospital sperimenta tecniche di "attrazione" rivolte al personale, ottenendo ottimi risultati in termini di riduzione del turn-over degli operatori, buona motivazione professionale, acquisizione di spirito di equipe (clima organizzativo e partecipativo) e responsabilizzazione dei lavoratori. Questi elementi rendono un'azienda magnetica, capace di motivare quotidianamente il personale in servizio, ottenendo, di conseguenza, un beneficio in termini di prestigio, riconoscimento da parte dell'utente e guadagno economico.

OBIETTIVI. Valutare il magnetismo dei coordinatori di un ospedale italiano per acuti.

METODI. Studio osservazionale di tipo trasversale ha previsto la somministrazione ad un gruppo di n.84 coordinatori in servizio c/o la AOU Ospedali Riuniti di Ancona del questionario validato NWI-R, con la finalità di valutare le caratteristiche del contesto organizzativo nel quale si trovano a lavorare e, precisamente, di individuare le caratteristiche che rendono una organizzazione "magnetica", ovvero in grado di attrarre e trattenere al proprio interno infermieri esperti.

RISULTATI. Sulla base dei risultati è emerso che la percezione dei coordinatori su aspetti professionali quali: autonomia (40%); controllo sulla pratica (36%); rapporto medico-infermiere (43%) e supporto organizzativo (42%), appare di medio livello. Gli intervistati percepiscono discreta salute organizzativa e capacità di empowerment come coordinatori.

LIMITI. I limiti dello studio sono rappresentati dalle caratteristiche dello strumento di valutazione e dall'eterogeneità del personale a cui è stato somministrato il questionario -lo studio osservazionale rappresenta una foto della realtà e no causa-effetto – ha indagato solamente il ruolo dei coordinatori, non documentando l'eventuale impatto su altri gruppi professionali – non si è investigato negli anni di servizio nel ruolo indicato nei criteri di inclusione (funzione del coordinatore) – tale strumento ha analizzato aspetti diversi dell'ambiente lavorativo e diversi fattori di soddisfazione, rendendo così difficile confrontare i risultati ottenuti. Tuttavia la ricerca, utilizzando il questionario che valuta la percezione dei coordinatori (ad esempio la soddisfazione) ha trascurato la misurazione di variabili oggettive (ad esempio il turn over). I limiti dello studio sono rappresentati dalle caratteristiche dello strumento di valutazione e dall'eterogeneità del personale a cui è stato somministrato il questionario.

CONCLUSIONI. i principi del Magnet Hospital, se applicati anche a livello locale, potrebbero rappresentare un valido strumento per attrarre personale altamente qualificato verso la struttura.

Autore per la corrispondenza: Michini Patrizia – Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti –
Email: sole02121966@libero.it

159. Impatto della struttura aziendale di operation management sull'organizzazione e sull'efficienza dell'ASL TO3: valutazione dei primi sei mesi di attività

Minniti Davide[1], Alesina Marta[2], Coggiola Nadia[2], Gatti Paola[1], Poletti Alessandra[1], Rebora Monica[1], Boraso Flavio[1]

[1]ASL TO3, [2]Università degli Studi di Torino

BACKGROUND. L'ASL TO3 ha introdotto in staff alla Direzione Generale una Struttura di Pianificazione Strategica con lo scopo di sostenere le funzioni tipiche di operation management,governance e analisi dei processi,individuando gli obiettivi strategici e perseguendo la missione aziendale attraverso la strutturazione di strategie di medio-lungo termine che promuovano l'assistenza ad alto value in collaborazione con le strutture di produzione,la semplificazione dei processi aziendali (lean) e le azioni di governo delle tecnologie sanitarie (HTA).

OBIETTIVI. Quantificare e qualificare gli impatti delle azioni e delle strategie gestite direttamente e/o supportate tecnicamente dalla struttura di operation management in termini di benefici acquisiti, risparmi ottenuti e sforzo richiesto.

METODI. È stata condotta una valutazione on-going di sostenibilità e di impatto della struttura a 6 mesi dalla sua istituzione. La valutazione è stata condotta in termini di: 1) relevance, verificando la conformità tra gli scopi della struttura e l'analisi dei processi da efficientare e migliorare; 2) impatto organizzativo ed economico; 3) effectiveness, valutando l'efficacia delle azioni condotte.

RISULTATI. Sono state implementate attività secondo 4 direttrici principali: 1) Azioni mirate sui processi produttivi: a.recupero di 8416 passaggi di Pronto Soccorso per errore del flusso C2 (valorizzabili in circa 1.262.400€); b.strategie (corso di formazione ad hoc, incontri pianificati con i Direttori di SC, analisi di staff anche con Enti esterni, etc.) per il recupero della mobilità passiva delle prestazioni ambulatoriali e dei ricoveri dell'ASLTO3; c.progetto sperimentale per la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni ambulatoriali (finanziato con un importo di 911.168€ dalla Regione Piemonte). 2) Azioni mirate sul budget aziendale: a. attento monitoraggio delle attività effettuate a livello aziendale, in particolar modo attraverso il controllo di quelle in Service (esempio emodinamica con un riduzione della spesa prevista stimabile in 220.000€); b. percorso di informatizzazione delle richieste di prestazioni non in convenzione al fine di monitoraggio del budget ed identificazione delle eventuali richieste inappropriate; attraverso tale percorso ad oggi sono stati apportati risparmi gestionali ammontatnti a circa 10.000€), c. progetto di implementare le attività "in house" di anatomia patologica per ridurre i costi all'esterno e valorizzare l'attività aziendale, con un risparmio stimato di circa 500.000€ al netto delle necessarie assunzioni e tecnologie previste. 3) Azioni di HTA. a. Elaborazione del Piano degli Investimenti con prioritizzazione delle tecnologie da acquisire ed efficientamento di quelle in uso; b. erogazione di un corso di alfabetizzazione sull'HTA indirizzato ai direttori di struttura. c. Disinvestimento delle tecnologie obsolete 4) Azioni sulla reingegnerizzazione dei processi (Lean): a. elaborazione di un cruscotto direzionale per la governance interna b. riorganizzazione delle modalità di richiesta delle prestazioni non in convenzione; c. revisione del processo di richiesta di cessione in prova delle tecnologie (attrezzature e dispositivi medici); d. miglioramento del percorso per la richiesta ed erogazione degli interventi con i fondi per la sicurezza aziendale (81/08); e. organizzazione di un corso mirato sul lean management a livello aziendale; f. riorganizzazione dell'archivio e della trasmissione dei documenti Sistri. L'attuale valorizzazione di quanto implementato nel corso dei primi 6 mesi di attività ha già consentito all'azienda un miglioramento organizzativo dei processi nonché un risparmio quantificato in 2.404.512€, oltre a numerosi effetti intangibili (tempi attesa, organizzazione più lineare, minori sprechi, etc.), ma di grande beneficio per i nostri utenti nonché operatori.

LIMITI. La difficoltà di stimare l'impatto economico di tutti gli interventi e valutarne la sostenibilità sul lungo termine rappresenta uno dei limiti nell'analisi delle attività implementate. Inoltre, l'impossibilità di fare un benchmarking con analoghe strutture in altre aziende sanitarie della medesima regione mette in dubbio la replicabilità dei risultati ottenuti.

CONCLUSIONI. Lo stress organizzativo ed economico cui si è assistito nell'ultimo decennio, insieme all'obiettivo di salvare il SSN, ha condotto le aziende sanitarie a sviluppare nuovi modelli organizzativi in cui siano riconosciute strutture che implementino funzioni gestionali, decisionali trasversali e di coordinamento, abbattendo la logica dei silos e dell'organizzazione frammentata. La necessità di seguire la logica di gestione per processi, grazie alla presenza ed all'integrazione di profili professionali multidisciplinari, ha portato alla creazione di una specifica struttura in ASL TO3 che fin dai primi 6 mesi di attività ha apportato all'azienda un netto miglioramento qualitativo dei processi, un risparmio economico (2.404.512€) ed ha contribuito allo sviluppo di strategie che aumentano il value nell'assistenza sanitaria erogata.

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

160. Dr. Smile: realizzazione di un sistema integrato per l'organizzazione delle attività di day hospital e per la comunicazione tra la struttura ed i pazienti oncologici, il tutto finalizzato alla gestione della presa in carico e cura del paziente durante il processo terapeutico

Montesarchio Vincenzo, Bianco Silvia, Caprice Ivana, Iommelli Chiara

Ospedale Monaldi

BACKGROUND. Il progetto vuole definire un percorso oncologico integrato basato su una tecnologia informatica che permetta di snellire, in modo veloce e sicuro, il flusso di lavoro. Le attività principali del day hospital oncologico sono focalizzate sui seguenti punti: gestione archivio pazienti, gestione dell'agenda delle prenotazioni per l'organizzazione quotidiana dei pazienti che si recano in day hospital e comunicazione con la farmacia per la somministrazione delle terapie. Buona parte delle attività è basata sullo scambio di comunicazioni tra l'unità operativa ed i pazienti, principalmente tramite fax (invio di referti di esami esterni alla struttura da parte dei pazienti) e telefonate (conferma appuntamenti, anticipazione visita, conferma ricezione fax, richiesta informazioni). Inoltre, per quanto riguarda l'archivio pazienti e l'agenda, è tutto strettamente legato al mezzo cartaceo. Tutto ciò rende i processi lenti, costosi, non tracciabili e facilmente soggetti ad errori.

OBIETTIVI. La proposta mira ad implementare ed assemblare servizi ed attività già preesistenti in una forma coordinata telematica che possa ridurre i tempi di attesa e rendere più snella la comunicazione tra gli operatori e i pazienti. L'intento è di realizzare un sistema integrato per l'organizzazione delle attività di day hospital, il tutto finalizzato alla gestione dell'accoglienza e cura durante il processo terapeutico del paziente.

METODI. L'infrastruttura sarà costituita da un Data warehouse (un archivio centralizzato che raccoglierà tutte le informazioni del sistema); una Web application (che verrà installata nell'intranet dell'unità operativa, e che sarà lo strumento utilizzato dal personale medico e amministrativo per la gestione dei flussi di lavoro) e da una App per smartphone (che permetterà ai pazienti di avere un contatto diretto con il day hospital, ricevendo comunicazioni dal centro tramite messaggi, notifiche e promemoria. Consentirà, inoltre, l'invio digitale della documentazione eventualmente richiesta ad integrazione della terapia). La app si svilupperà su diversi sottomenù che corrisponderanno alle aree dedicate alle diverse figure coinvolte. Il sistema richiesto dovrà raggruppare in un unico workflow le quattro aree che costituiscono l'intero processo di gestione delle attività all'interno del day hospital: Accoglienza, Paziente, Medico e Farmacia. Il personale dell'accoglienza, medico e della farmacia saranno gli utenti della web application tramite la quale potranno gestire i propri flussi di lavoro, inviare comunicazioni, scambiarsi informazioni e avranno a disposizione una serie di servizi che agevoleranno le attività quotidiane. Ogni utente accederà al sistema con delle proprie credenziali. Il paziente, invece, potrà utilizzare l'app per interagire con lo staff del centro e per consultare/gestire i propri appuntamenti.

RISULTATI. Questi sistemi tecnologici hanno costi non ingenti e possono tramutarsi in un utile strumento di bilanciamento del carico di lavoro per gli operatori e di una sensibile diminuzione delle attese per gli utenti. Grazie alla dematerializzazione è possibile aumentare l'efficienza della comunicazione tra medico e paziente e ottenere più facilmente le informazioni necessarie 24/24h.

LIMITI. L'età anagrafica elevata dell'utenza (sia dal lato dell'operatore sanitario, che del paziente) può costituire uno svantaggio. È infatti in questa fetta di popolazione che si riscontra la maggiore resistenza all'innovazione tecnologica.

CONCLUSIONI. Nell'era della digitalizzazione è di fondamentale importanza che i percorsi di cura siano al passo con le innovazioni al fine di migliore la qualità di vita dei pazienti, rendere più rapidi ed efficienti i tempi di cura della malattia, facilitare il lavoro degli operatori coinvolti. Indispensabile, dunque, è l'innovazione al servizio per la salute.

Autore per la corrispondenza: Bianco Silvia – Ospedale Monaldi – Email: silvibianco92@gmail.com

161. Biotestamento, è legge anche in Italia: gli operatori sanitari a che punto sono? Studio osservazionale

Moramarco Teresa[1], Comparcini Dania[2], Cicolini Giancarlo[3], Simonetti Valentina[1]

[1]Università Politecnica delle Marche, [2]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti, [3]Università degli Studi di Chieti e Pescara - Gabriele D'Annunzio

BACKGROUND. Il cuore del nuovo quadro normativo sul testamento biologico, legge 22 dicembre 2017 n. 129, "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento", è l'introduzione delle dichiarazioni anticipate di trattamento (DAT), ovvero la possibilità per ogni persona maggiorenne e in condizioni di lucidità mentale, di poter redarre un documento in merito alle terapie che intende ricevere o rifiutare nell'eventualità in cui dovesse trovarsi incapace di autodeterminarsi. Le DAT nascono con lo scopo di superare, anche nel nostro Paese, problemi drammatici come quelli dell'eutanasia e dell'accanimento terapeutico, esprimendo le proprie volontà in anticipo.

OBIETTIVI. Indagare le conoscenze e le percezioni degli operatori sanitari in merito al nuovo quadro normativo, in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento.

METODI. È stato condotto uno studio quantitativo osservazionale, cross-sectional, monocentrico, dal 26 marzo al 30 giugno 2018, presso il Presidio Ospedaliero C. e G. Mazzoni di Ascoli Piceno, coinvolgendo le unità operative afferenti al Dipartimento Medico, Chirurgico, Materno-Infantile, di Area Critica e del Servizi. Sono stati inclusi nello studio tutti gli operatori sanitari (medici e infermieri). Lo strumento di raccolta dati è un questionario anonimo, che si compone di 28 items.

RISULTATI. Su una popolazione target di 401 operatori sanitari, sono state ottenute 245 risposte (response rate: 61%), la maggioranza (76%) è rappresentata da infermieri e il 24% da medici. L'età media degli intervistati è di 46 anni. Tra gli operatori sanitari che hanno deciso di partecipare allo studio, 165 (69%) sono donne e 58 (24%) sono uomini. La maggioranza presta servizio da più di dieci anni e principalmente presso le unità operative di degenza, mentre solo una minoranza presso il dipartimento dei servizi. Poco più dell'80% è esclusivamente in possesso della formazione di base, mentre, il 17% è anche in possesso della formazione post base. Le principali fonti, indicate dai professionisti, attraverso le quali hanno acquisito informazioni in merito alle DAT, risultano essere i giornali e il web. La maggioranza possiede una buona conoscenza circa gli aspetti generali del testamento biologico, come la definizione e l'esistenza di una legge in merito, tuttavia non abbastanza su alcuni aspetti della normativa, in particolare sulle modalità di registrazione. Il 58% degli intervistati ha dichiarato di venire frequentemente a contatto con il processo del morire durante lo svolgimento delle attività ospedaliere, e, che il miglior comportamento da adottare in una situazione di terminalità sia quello di accompagnare la persona ad una morte serena. Solo una minoranza afferma di aver ricevuto richieste da parte di un paziente di anticipare la fine della propria vita. Medici e infermieri, in base al proprio percorso di studi, hanno dichiarato di si sentirsi: il 36% abbastanza preparati a rispondere alle richieste di assistenza al morente, contro il 33% che si sentono, invece, poco preparati. Infine l'ultimo quesito indagava se gli operatori sanitari avessero già redatto le proprie DAT, o se volessero farlo in futuro. Il 39% di loro hanno risposto di non averle redatte, il 37% ha dichiarato che lo farà in futuro, mentre solo il 4% le ha già redatte.

LIMITI. Il questionario utilizzato in questa indagine non è validato, ma redatto sulla base della attuale normativa e di alcuni items del questionario utilizzato nello studio condotto da Blasco et al (2010). Pertanto, le domande proposte, possono subire la diversa interpretazione di alcune di queste da parte dei professionisti intervistati. Inoltre, i risultati sono scarsamente generalizzabili a causa del disegno monocentrico dello studio.

CONCLUSIONI. Emerge una conoscenza generale sul testamento biologico e sulle DAT, ma non abbastanza su alcuni aspetti della nuova legge ed in particolare sulle modalità di registrazione. Non si osservano differenze statisticamente significative all'interno dei due gruppi professionali, né tantomeno nelle diverse aree lavorative e contesti di cura o ancora tra i professionisti diplomati, laureati o in possesso di laurea magistrale o master. Si può dedurre che gli operatori sanitari possono difficilmente guidare le persone che chiedono informazioni o consigli, di conseguenza, dovrebbero essere organizzate iniziative volte a migliorare la conoscenza di questi aspetti da parte dei professionisti. Per quanto riguarda, invece, l'atteggiamento degli stessi nella pratica clinica nel fine vita è, in generale, positivo, sarà necessario, quindi, sfruttare il suddetto atteggiamento per rafforzare e migliorare le conoscenze sul testamento biologico. È sorprendente che solo il 4% degli intervistati abbiano redatto le loro DAT, anche se questo, implicherebbe da parte degli stessi una maggiore conoscenza della materia, invece, è ancor più sorprendente che tali persone, siano inconsapevoli dei suoi aspetti tanto quanto i loro colleghi.

Autore per la corrispondenza: Moramarco Teresa – Università Politecnica delle Marche –
Email: tresy_moramarco@icloud.com

162. Body Image Scale vs Observer-rated Disfigurement Scale nella persona con neoplasia cervico-facciale

Mountassir Sihame, Ghezzi Marco, Silvia Gasparini

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori

BACKGROUND. I tumori della testa-collo e i trattamenti influiscono sull'immagine corporea della persona coinvolgendola nella dimensione bio-fisiologica, psicologica e socioculturale. I tassi di mortalità indicano che più della metà dei casi affetti da tumore testa-collo sopravvive oltre 5 anni dalla diagnosi, per questa ragione c'è un crescente interesse nella valutazione della qualità di vita di queste persone, soprattutto nei confronti di coloro che accusano esiti disfunzionali sul piano emotivo, fisico-corporeo, dal trattamento a cui si sono sottoposti (Aiom, 2016).

OBIETTIVI. Lo studio vuole indagare la percezione dell'immagine corporea della persona assistita sottoposta a trattamento di neoplasia cervico-facciale attraverso la somministrazione del Body Image Scale (BIS), correlando i risultati ottenuti con gli score dell'Observer-rated Disfigurement Scale (ODS) relativi ai livelli di deturpazione percepiti dall'infermiere.

METODI. Lo studio è stato condotto da ottobre a marzo 2018 presso la Fondazione Istituto Nazionale dei Tumori di Milano previa espressione del consenso informato. È stato somministrato il questionario BIS a persone assistite con età > 18 anni sottoposti a trattamento per neoplasia cervico facciale sia medico che chirurgico presso le strutture complesse di Otorinolaringoiatria e Oncologia Medica testa-collo. Successivamente è stata compilata la scala ODS da parte degli infermieri delle due strutture complesse candidate. I dati raccolti sono stati poi analizzati utilizzando il coefficiente di Spearman.

RISULTATI. Nel campione di 50 assistiti la prevalenza delle "deturpazioni moderate e gravi" si riscontra nelle neoplasie del cavo orale (20%), laringe (14%), nei trattamenti chirurgici (12%) o nell'associazione chirurgia e radio-chemioterapia (22%). La percezione dell'immagine corporea "moderatamente e molto alterata" si riscontra in assenza di caregiver (74%). Dal questionario Body Image Scale emerge che le preoccupazioni più importanti relative all'immagine corporea sono legati al "sentirsi impacciati riguardo al proprio aspetto", "insoddisfatti con il proprio corpo" e "meno attraenti fisicamente", oltre che percepire il trattamento come "minaccia alla propria integrità fisica". Considerando gli score dei vari item del questionario BIS e i punteggi della scala ODS è stato calcolato il coefficiente di correlazione di Spearman r(s) tra i due strumenti. Quest'ultimo può assumere valori tra -1 e +1 e permette di valutare la forza del rapporto tra due variabili BIS e ODS e la loro tendenza a variare insieme, ovvero, a covariare. I valori di r(s) vicini o uguali a 1 indicano una correlazione perfetta, i valori vicini o uguali a 0 indicano un'assenza di correlazione, i valori invece vicino o uguali a -1 indicano una correlazione inversa. Il cut-off da considerare per affermare una buona correlazione è di 0.75. Il coefficiente di Spearman calcolato risulta essere r(s)=0.75 dunque dimostra una buona associazione tra gli score dei due strumenti ed una correlazione piuttosto lineare e positiva.

LIMITI. I limiti dello studio sono rappresentati dalla ristrettezza e dalla disomogeneità del campione osservato, dalla durata della fase osservazionale e dalle caratteristiche strutturali delle strutture complesse.

CONCLUSIONI. I risultati hanno mostrato che la valutazione della deturpazione (ODS) è associata positivamente con la percezione dell'immagine corporea della persona (BIS). Emerge la sensibilità e la competenza degli infermieri nell'identificare e valutare le deturpazioni facciali degli assistiti. Infatti, la correlazione tra la percezione dell'immagine corporea, riferita da quest'ultimi, risulta essere positiva e lineare con i segni di disfigurement valutati dagli infermieri. Una valutazione attiva, dei cambiamenti nei tratti del viso e l'effetto che questi hanno sulla sfera psicosociale della persona, è necessaria da parte dei professionisti della salute, al fine di implementare strategie di cura ottimali per garantire alla persona una migliore qualità di vita. L'applicazione del BIS e ODS potrebbe essere utile nel misurare gli outcome infermieristici.

Autore per la corrispondenza: Mountassir Sihame – Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori –
Email: simmii94@live.com

163. Strumenti della formazione continua: analisi retrospettiva dell'attività formativa in due strutture sanitarie delle Marche

Narcisi Laura[1], Franceschini Giulia[2], Capecci Elio[3], Girotti Susi[2], Pelusi Gilda[4]

[1]Libero professionista, [2]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti, [3]ASUR Marche - Area Vasta n. 5, [4]Università Politecnica delle Marche

BACKGROUND. Le organizzazioni sanitarie hanno il compito di erogare servizi rispondenti a definiti criteri di qualità. La formazione del personale assume un ruolo primario, poiché permette lo sviluppo di competenze, grazie ad approcci formativi innovativi (Interprofessional Learning, Continual Professional Development e Self-directed learning). L'efficacia dell'attività formativa è legata alle peculiarità dell'apprendimento dell'adulto (modello andragogico di M. Knowles). Contributi a sostegno della formazione in ambito sanitario sono forniti livello internazionale (sostegno dell'OMS per i programmi di sviluppo professionale, presenza di centri Evidence Based Practice); a livello nazionale (innovazioni relative all'accreditamento alla formazione sul campo, con l'Accordo Stato-Regioni 2017); a livello regionale (Delibere regionali). Le organizzazioni sanitarie devono redigere il Piano di Formazione, il quale declina gli obiettivi formativi in funzione dei campi di apprendimento e dei bisogni individuati. Questo documento comprende sia gli Eventi formativi rivolti ai dipendenti della realtà territoriale, sia gli Eventi Formativi Residenziali (EFR), rivolti ai professionisti sanitari di altre regioni (Accordo Stato-Regioni 2007). Purtroppo esiste una scarsa attenzione alla valutazione delle attività formative realmente svolte e in particolare dell'aderenza delle metodologie didattiche utilizzate.

OBIETTIVI. – Analizzare la formazione programmata e realizzata per il 2018 a livello di una realtà territoriale marchigiana, indagando le metodologie formative maggiormente implementate. – Esaminare le strategie di Formazione Sul Campo pianificate per il 2018 da parte di una realtà territoriale e di una realtà aziendale di secondo livello nel territorio marchigiano.

METODI. È stato realizzato un disegno di studio osservazionale descrittivo. Il setting era riferito ai 13 Dipartimenti della realtà territoriale. Il campionamento ha incluso tutte le attività formative accreditate relative alle Professioni Sanitarie svolte nel 2018 incluse nel Piano Formativo Aziendale (PFA). Per la seconda parte dello studio, è stata effettuata un'ulteriore analisi descrittiva osservazionale nella quale il campionamento ha compreso la realtà territoriale e la realtà aziendale di riferimento regionale. Sono state considerate solo le macroaeree territoriali e aziendali per le quali la formazione sul campo è stata valutata come imprescindibile; a livello territoriale: 4 Dipartimenti per il Training individualizzato; 6 per gli Audit e 12 per la produzione di Protocolli. A livello aziendale: 69 Strutture operative per il Training Individualizzato, 78 per gli Audit e 78 per la produzione di Protocolli. Gli strumenti utilizzati per la raccolta dati erano costituiti dal registro relativo a tutte le specifiche attività formative dipartimentali e dalla piattaforma web ECM Marche. L'analisi dei dati è avvenuta tramite statistica descrittiva.

RISULTATI. 1) A livello della realtà territoriale sono stati pianificati 259 corsi nel 2017 e ne sono stati attivati 56 nel periodo di gennaio-luglio 2018. La formazione residenziale interattiva è la metodologia più largamente praticata: riguarda il 66,07% dei corsi. Nessun dipartimento ha raggiunto una quota di corsi attivati pari alla metà di ciò che è pianificato. 2) A livello del coinvolgimento delle due realtà verso la pianificazione della formazione sul campo per l'anno 2018, relativamente alle strutture organizzative nelle quali tali metodologie vengono considerate come fondamentali: – La realtà territoriale ha mostrato un impegno superiore al 50% solo per la produzione di protocolli – La realtà aziendale ha mostrato un impegno superiore al 50% solo per programmazione di Training.

LIMITI. I principali limiti dell'indagine sono i seguenti: confronto su due scale temporali differenti, ridotta numerosità campionaria.

CONCLUSIONI. L'analisi condotta ha evidenziato una limitata capacità della realtà territoriale nella realizzazione dei corsi programmati, potenzialmente legata ad una pianificazione formativa che eccede le reali possibilità organizzative. Il diretto coinvolgimento del discente nell'esperienza formativa è stata definita dalla letteratura come strategia efficace: il territorio marchigiano mostra una predilezione per la formazione interattiva e un impegno, in senso prospettico, nella Formazione Sul Campo.

Autore per la corrispondenza: Franceschini Giulia – Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti –
Email: giulietta--2011@libero.it

164. L'ospedale a casa: studio di fattibilità

Nicolì Laura Anna[1], Palmisano Maria[2], Marseglia Carmela[3], Calò Daniele[4]

[1]Azienda Sanitaria Locale di Lecce, [2]Fondazione San Raffaele, [3]Policlinico Bari, [4]AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

BACKGROUND. Il ricorso all'ospedalizzazione e alle cure mediche interessa sempre più gli anziani, affetti da comorbidità o da riacutizzazioni di patologie croniche. Una degenza ospedaliera prolungata può comportare nella persona anziana e fragile sia perdite funzionali che scompensi psicofisici. Il Sistema sanitario ha elaborato una serie di modelli organizzativi per rispondere ai bisogni dei cittadini e quindi spostare il centro della "cura" dalla struttura ospedaliera al territorio. Inoltre l'aumentato costo delle innovazioni, il costante aumento della domanda di servizi sono fattori determinanti della spesa sanitaria regionale che non consente l'espansione dei numeri di posti letto per adeguarsi alla richiesta. È possibile curare i pazienti a casa loro, assisterli al proprio domicilio e garantire una risposta più Umana ai bisogni di salute? Evitare il ricovero ospedaliero con la fornitura di cure ospedaliere a domicilio è un modello di assistenza sanitaria che viene preso in considerazione in molti Paesi.

OBIETTIVI. L'obiettivo dello studio è analizzare le caratteristiche del servizio di Ospedalizzazione domiciliare (OD) dell'AOU Città della Salute e della Scienza di Torino e progettarne la trasferibilità nelle ASL Pugliesi tramite ipotesi di fattibilità.

METODI. L'indagine si è svolta tramite visita didattica presso il servizio di OD di Torino e intervista per la raccolta dati. È stato progettato un servizio analogo nelle ASL pugliesi, delineando i beneficiari, gli obiettivi e i risultati attesi; è previsto un Time Schedule e un Piano Finanziario per pianificare le attività nel tempo e i relativi costi.

RISULTATI. L'OD è un'alternativa al ricovero ospedaliero, il cui scopo è organizzare, presso il domicilio del paziente, un setting assistenziale simile a quello riscontrabile nell'attività di ricovero ospedaliero, per pazienti affetti da patologie in fase acuta, necessitanti di cure di tipo ospedaliero, per le quali non è necessario un monitoraggio invasivo/intensivo, le cui condizioni abitative e la collaborazione della famiglia consentono una sorveglianza continua del paziente. La visita didattica presso l'AOU torinese, ha messo in risalto quanto già evidenziato in letteratura: l'OD rappresenta l'alternativa che meglio di altre (gestione ambulatoriale, unità di diagnosi rapida, unità di osservazione breve intensiva) si sovrappone, o porta risultati più vantaggiosi, in termini di outcome patologia specifici e soddisfazione del paziente. Infatti la gestione domiciliare riduce il rischio di complicanze legate all'ospedalizzazione, nuovo ricovero, nuova demenza, tempi di degenza ospedaliera, mortalità. Data la rilevanza in termini di appropriatezza clinica e organizzativa, è stato progettato un servizio di OD presso le ASL pugliesi, con l'obiettivo di creare un servizio attento alla continuità e all'umanizzazione delle cure del paziente anziano. Considerando i dati epidemiologici della regione Puglia, i beneficiari sono pazienti in fase di riacutizzazione di patologia cronica, quali diabete, BPCO, scompenso cardiaco. Definiti gli obiettivi e i risultati attesi, sono state identificate le attività e i costi tramite time schedule e piano finanziario. È previsto un piano di formazione per il personale coinvolto, oltre che un programma di monitoraggio tramite indicatori di attività, risultato e qualità.

LIMITI. Nonostante i benefici documentati, l'OD non è utilizzato su larga scala nelle aziende sanitarie, sia per la mancanza di prove di efficacia date dal ridotto numero di RCT, sia perché l'adozione di questo modello clinico-assistenziale richiede la revisione e riorganizzazione della pianta organica.

CONCLUSIONI. L'ospedalizzazione domiciliare costituisce una vera opportunità per i cittadini, andando a garantire la presa in carico globale della persona in fase acuta di malattia, e indirizzando la gestione verso le cure territoriali, garantendone la continuità. Come è emerso dall'intervista e dalla letteratura consultata, riduce il numero di ricoveri ricorrenti con stesso MDC, i costi sono nettamente in vantaggio rispetto alle cure ospedaliere, permette alle ASL di riservare i posti letto ospedalieri a pazienti con necessità cliniche complesse, è un modello organizzativo/assistenziale attento all'umanizzazione delle cure. L'identificazione del setting di cura con la casa del paziente e la partecipazione attiva del care giver sono presupposti che diventano imprescindibili considerando il nuovo orientamento della sanità nazionale, che dà sempre più spazio alle cure territoriali. Sulla base di questi aspetti e delle specifiche economiche, evidenziate nel progetto di tesi, emerge che l'OD possa diventare un modello organizzativo assistenziale strutturabile in tutte le aziende sanitarie. Questo modello inoltre permette di coniugare i bisogni del paziente con il sapere dei professionisti, di concretizzare il concetto di umanizzazione dell'assistenza.

Autore per la corrispondenza: Nicolì Laura Anna – Azienda Sanitaria Locale di Lecce –
Email: nicoli.laura87@gmail.com

165. La violenza subita dagli operatori sanitari in ambito psichiatrico

Noto Mattia[1], Comparcini Dania[2], Cicolini Giancarlo[3], Lupo Roberto[4], Tommasi Marinella[5], Simonetti Valentina[1]

[1]Università Politecnica delle Marche, [2]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti, [3]Università degli Studi di Chieti e Pescara - Gabriele D'Annunzio [4]Azienda Sanitaria Locale di Lecce, [5]ASUR Marche - Area Vasta n. 5

BACKGROUND. Il personale impiegato nel campo della sanità è esposto a numerosi fattori che possono arrecare danno sia alla sua salute che alla sua sicurezza. Uno di questi è il rischio di incorrere in una esperienza di violenza, di natura verbale e/o fisica. Gli episodi di violenza sugli operatori sono considerati eventi di particolare gravità, in quanto fatti potenzialmente evitabili, in grado di determinare grave danno o addirittura morte di paziente e/o operatore. Nello specifico gli operatori più esposti risultano essere gli infermieri, con particolare enfasi per quelli operanti nei setting psichiatrici. L'accadimento di questi eventi evidenzia potenziali carenze organizzative e può essere indicativo di insufficiente consapevolezza, da parte dell'organizzazione, del possibile pericolo di violenza all'interno delle strutture sanitarie. In particolare l'evento può dipendere da scarsa vigilanza, da sottovalutazione dei pazienti a rischio di compiere aggressioni fisiche e da difficoltà relazionali tra operatori e utenza. Il riconoscimento tempestivo dell'evento è importante per definire e attuare interventi di carattere organizzativo e logistico, per la revisione dei protocolli in uso, per programmare la formazione del personale. In Italia, pur mancando statistiche sulla diffusione del fenomeno, sono state raccomandate misure preventive ed interventi di contrasto agli abusi.

OBIETTIVI. Indagare quanti operatori sanitari operanti nell'ambito psichiatrico siano stati vittima di violenza, fisica o verbale nel contesto ascolano, in particolare, le sensazioni provate, eventuali livelli di ansia e depressioni che ne derivano, i turni e i luoghi più a rischio e la formazione del personale sull'argomento.

METODI. Il campione è composto da 63 operatori divisi in Medici, Infermieri, Tecnici della riabilitazione psichiatrica e operatori socio-sanitari, operanti presso la struttura residenziale Casa di cura Villa San Giuseppe di Ascoli Piceno ed il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura dell'ospedale Madonna del Soccorso di San Benedetto del Tronto. Lo studio è realizzato attraverso la somministrazione di un questionario rivolto ai partecipanti, previa sottoscrizione del consenso informato ed autorizzazione da parte della Direzione Sanitaria allo svolgimento dell'indagine. Il questionario è composto da una prima parte rilevante le caratteristiche socio-demografiche del campione. La seconda è costituita da 19 item predisposti per indagare il fenomeno delle aggressioni fisica e verbale e l'eventuale formazione ricevuta. La terza e la quarta si compongono di due scale validate: Scala B.D.I-II (esplora il livello di depressione delle vittime del fenomeno) e la Scala STAI-Y (valuta il livello di ansia di stato e ansia di tratto).

RISULTATI. Dallo studio è emerso che la totalità del campione ha subito almeno un fenomeno di violenza; le violenze verbali sono la tipologia maggiormente espressa (96.8%), seguite dalle fisiche (53.4%). Il turno in cui si presenta maggiormente il rischio di aggressioni risulta essere quello notturno per l'87.3%. Il personale risulta essere scarsamente formato per quel che riguarda la compilazione di un rapporto di segnalazione di evento avverso. L'11.3% saprebbe compilare un rapporto facilmente. Esigua la percentuale sulla conoscenza di iniziative da parte dell'azienda per aiutare le vittime di aggressione (28.6%). Per quanto riguarda le conseguenze delle violenze subite, non risultano esserci ripercussioni significative sia in termini di innalzamento di livelli di depressione sia di ansia di stato e ansia di tratto.

LIMITI. I risultati andrebbero confermati da ulteriori ricerche, multicentriche.

CONCLUSIONI. Lo studio ha permesso di individuare la prevalenza dei fenomeni di violenza a danno degli operatori sanitari sul posto di lavoro in ambito territoriale. In base ai risultati dello studio emerge la necessità di conoscenze specifiche per i professionisti sanitari inerenti la gestione del paziente violento. In particolare, data la scarsità di materiale scientifico specifico, si suggeriscono approfondimenti sul campo, in particolare quelli inerenti la formazione del personale, all'adozione di metodiche per il riconoscimento precoce dell'utente potenzialmente violento e di strumenti di reporting degli eventi violenti a carico del personale, che tengano conto delle conseguenze delle violenze sull'equilibrio psico-fisico degli operatori.

Autore per la corrispondenza: Simonetti Valentina – Università Politecnica delle Marche –
Email: valentina_simonetti@libero.it

166. Percezione dello stress del CDL in Infermieristica: studio descrittivo

Olivazzi Federica[1], Polieri Pietro[1], Liotta Gaetano[2], Stingone Maria Anna[3]

[1]ASST Spedali Civili di Brescia, [2]ASL Caserta, [3]Ospedale Evangelico Betania

BACKGROUND. I professionisti della salute sono sottoposti a livelli significativi di stress professionale, che possono condurre a malattia, aumento di comportamenti a rischio e alti tassi d'infortunio (Harris N, 2001). Studi recenti hanno evidenziato alti tassi di stress anche per gli studenti infermieri, evidenziando cali motivazionali, presenza di distress e rischio sempre maggiore di burnout (Timmins F et al., 2002; Schaufeli WB et al., 2002; Deary IJ et al., 2003; Beresin R, 2007). In Italia sono presenti alcuni studi che, ricercano le cause dell'abbandono universitario, riscontrando tra le principali cause, l'eccessiva richiesta di impegno, le problematiche emotive e la delusione delle aspettative (De Stefani C et al., 2008; Dante A et al., 2009; Vitale E et al., 2013); la mancanza di tempo libero a disposizione e la scarsa qualità percepita nelle relazioni sociali. (Lombardini M et al.,2013). I soggetti più a rischio sono le studentesse, pendolari (Braccagni J et al., 2013).

OBIETTIVI. Il principale obiettivo di questo studio è quello di valutare il livello di stress negli studenti del 3° anno del Corso di laurea in Infermieristica di una Università della Lombardia.

METODI. L'indagine, di tipo descrittivo, è stata svolta su un campione di convenienza, attraverso la somministrazione del Symptoms of Stress Table (SST) e la Perceived Stress Scale (PSS). La raccolta e l'analisi dei dati è avvenuta garantendo l'anonimato.

RISULTATI. Sono stati raccolti 80 questionari rispetto ai 83 distribuiti, pari ad una percentuale di risposta del 96%; di questi ultimi 75 completi in ogni parte (90%). La popolazione studiata consiste in studenti infermieri del terzo anno del corso di Laurea in Infermieristica, 27 uomini e 48 donne, con range di età 19-35 anni; 19 dei quali provenienti da fuori provincia, nessuno proveniente da fuori regione. Dall'analisi del Symptoms of Stress Table (SST) è possibile rilevare frequenze elevate (tutti i giorni) di fatica e irritabilità ma anche per episodi di tensioni muscolari e mal di testa. Per la Perceived Stress Scale (PSS), il valore di stress percepito medio, si colloca intorno a valori moderati. Il dettaglio delle distribuzioni di frequenza dei singoli item mostra valori elevati di tensione (item 3: quante volte ti sei sentito teso e stressato?)e di incapacità di controllare l'irritazione (item 7: quante volte sei stato in grado di controllare l'irritazione?), incapacità di far fronte agli impegni (item 6: quante volte hai sentito che non avresti potuto far fronte ai tuoi impegni?) con perdita di controllo (item 2: quante volte hai sentito di non essere in grado di controllare le cose importanti della vita? E item 9: quante volte sei stato adirato per qualcosa che è stato fuori dal tuo controllo?) e sensazione di non poter controllare gli eventi e superare le difficoltà (item 8: quante volte hai sentito di padroneggiare gli eventi? E item 10: quante volte hai sentito che le difficoltà si accumulavano e non si potevano superare?). Più di metà degli studenti dichiarano che le cose non vanno come desiderano (item 5: quante volte hai sentito che le cose andavano come volevi?) e, pochi meno dichiarano di non provare fiducia nelle proprie capacità di gestire i problemi (item 4: quante volte ti sei sentito fiducioso sulle tue capacità di gestire i problemi?). Per quello che riguarda la provenienza geografica è possibile rilevare come le distribuzioni di alte frequenze (da 2-3 volte/settimana) di fatica, irritabilità, insonnia e ansia tendano ad aumentare con la diminuzione della distanza di residenza anagrafica, benché su dati poco significativi.

LIMITI. I limiti dello studio sono certamente la ridotta numerosità del campione e l'ambito monocentrico. Lo strumento utilizzato permette una descrizione generale della problematica, ma non indaga a fondo nessuno dei problemi emersi.

CONCLUSIONI. Nel contesto preso in esame, la stratificazione per fascia di età rivela una più alta distribuzione di sintomi elevati nei soggetti giovani, con età uguale o inferiore a 21 anni. Gran parte dei sintomi infatti tendono ad aumentare con la diminuzione dell'età. Nei soggetti appartenenti al gruppo di età superiore ai 26 anni si rilevano valori maggiormente elevati per quello che riguarda la fatica e i disturbi del sonno. La fatica risulta comunque trasversale a tutte le fasce di età. In accordo con quanto emerso dalla revisione di letteratura, le persone deluse e particolarmente "stanche" lasciano l'organizzazione in cui operano alla ricerca di un impiego che valorizzi ulteriormente le loro capacità (Maslach C, 1997); tenendo in considerazione tale concetto e riferendosi agli studi incentrati sull'abbandono universitario, sarebbe utile che i corsi di formazione fossero orientati ad aumentare la consapevolezza di sé e delle proprie emozioni, approfondendo le tematiche sul distress e sul burnout, nonché gli strumenti utili a prevenire e fronteggiare questi fenomeni (Borgogni L et al., 2005).

Autore per la corrispondenza: Olivazzi Federica – ASST Spedali Civili di Brescia – Email: fede.olivazzi@gmail.com

167. Intercultural nursing: la percezione degli infermieri circa le problematiche relazionali con l'utenza straniera

Olivazzi Federica[1], Stingone Maria Anna[2], Polieri Pietro[1], Liotta Gaetano[3]

[1]ASST Spedali Civili di Brescia, [2]Ospedale Evangelico Betania, [3]ASL Caserta

BACKGROUND. La nostra società è fortemente soggetta a fenomeni immigratori e il confronto con l'utenza multiculturale fa emergere un problema già affrontato in letteratura. Il fondamento teorico sul quale si fonda questa indagine è infatti la natura stessa dell'assistenza, in quanto al fine di soddisfare i bisogni del paziente, è necessario un approccio globale, tenendo conto della la sfera bio-fisiologica, psicologica e socioculturale, che si manifestano in ogni bisogno assistenziale. "… è necessario che gli infermieri e gli altri professionisti della salute apprendano le credenze, i valori e gli stili di vita dei popoli legati all'assistenza culturale per poter offrire un'assistenza sanitaria valida e culturalmente congruente" (Leininger et al., 1995). Tali competenze pongono i professionisti in difficoltà per le scarse conoscenze verso culture e contesti differenti dal proprio e a causa di tali carenze, la relazione tra infermiere e utente straniero può sfociare in incomprensione reciproca e quando ciò accade l'intero processo assistenziale e terapeutico diviene difficoltoso, se non anche inefficace ed inefficiente. Al fine di relazionarsi con persone con un background culturale differente è richiesto un ri-orientamento dei servizi e la necessità di un approccio terapeutico-assistenziale multiculturale.

OBIETTIVI. Lo scopo dell'indagine è valutare il bisogno formativo del personale infermieristico nell'assistere l'utenza straniera di un ospedale campano. Identificando variabili e strategie che possono influire sulla qualità della relazione.

METODI. Si è condotto uno studio di tipo quanti-qualitativo con finalità descrittiva: attraverso la somministrazione di un questionario, strutturato sotto forma di domande a risposta multipla, a compilazione anonima, rivolto al personale infermieristico di un ospedale campano (Campionamento di convenienza). Il questionario è volto a rilevare la percezione dei professionisti della salute riguardo le dinamiche relazionali con l'utenza multietnica, l'impatto emotivo ed esperienziale della relazione, le difficoltà emerse e strategie di risoluzione.

RISULTATI. Sono stati raccolti 65 questionari rispetto ai 73 distribuiti, pari ad una percentuale di rispondenza dell'89%, di questi ultimi 61 completi in ogni parte (83%). Tutti gli intervistati si ritengono insufficientemente preparati a relazionarsi con l'utenza straniera. Allarmante è la totale assenza di formazione di base e aziendale percepita dai professionisti circa l'assistenza a utenti di etnie diverse. L'80% ha difficoltà a relazionarsi a causa delle barriere linguistiche, dall'analisi della risposta per sottogruppi mostra che prevarica maggiormente per gli infermieri la difficoltà nella spiegazione della legislazione socio sanitaria e delle regole ospedaliere, mentre il 50% evidenzia la difficoltà nel definire le priorità assistenziali e terapeutiche. Sono poco significativi i problemi legati alle categorie del pregiudizio dei pazienti nei confronti dell'infermiere e viceversa. Il servizio di mediazione Culturale (30%) al pari dei Corsi di formazione specifica risulta essere lo strumento considerato più efficace per far fronte a tali problematiche e migliorare la qualità dell'assistenza all'utenza straniera.

LIMITI. I limiti dello studio sono certamente la ridotta numerosità del campione e l'ambito monocentrico. Lo strumento utilizzato permette una descrizione generale della problematica, ma non indaga a fondo nessuno dei problemi emersi. Per questi aspetti occorrerebbe approfondire l'indagine con altri strumenti ed approcci metodologici di tipo qualitativo quali indagini narrative.

CONCLUSIONI. Attraverso la rilevazione delle variabili relazionali, percepite dal personale infermieristico, è possibile evidenziare alcuni fondamentali aspetti dell'incontro con l'utente straniero: quale sia l'importanza teorica attribuita alla componente socioculturale del bisogno e quale la rilevanza pratica data a tale aspetto nell'incontro assistenziale; quale grado di preparazione gli infermieri pensino di avere nell'assistere l'utenza multietnica; quali siano le principali difficoltà legate alla differente appartenenza culturale, quanto possano compromettere la prestazione assistenziale e quali siano le strategie messe in atto e quali gli strumenti cui ricorrere per affrontarle e risolverle.

Autore per la corrispondenza: Olivazzi Federica – ASST Spedali Civili di Brescia – Email: fede.olivazzi@gmail.com

168. PDTA dello Scompenso Cardiaco e case management infermieristico: what is the added value?

Olivieri Roberto, Bernabucci Martina, Giovannini Donatella, Frassini Serena, Rasori Stefania

Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord

BACKGROUND. Lo Scompenso cardiaco (SC) cronico rappresenta una delle principali cause di mortalità, morbilità e assorbimento di risorse nei paesi occidentali. La prevalenza, pari circa al 2% della popolazione, cresce in maniera esponenziale con l'età ed è in continuo aumento per l'invecchiamento generale. Il DRG 127 "insufficienza cardiaca e shock" è numericamente al secondo posto, dopo il parto non complicato e rappresenta la prima causa di ricovero negli over 65 anni. Il fenomeno che gli anglosassoni chiamano "revolving door syndrome", ovvero "sindrome della porta girevole", cioe` il continuo passaggio tra ospedale e domicilio, caratterizza fortemente la patologia. Diventa pertanto fondamentale, a fronte della dimensione del fenomeno e del peso economico generato dallo SC garantire percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) inclusivi di efficaci interventi di "case management" infermieristico.

OBIETTIVI. Valutare l'efficacia dell'implementazione della modalità operativa e degli interventi di presa in carico infermieristica all'interno del PDTA dello scompenso cardiaco dell'Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord.

METODI. IL PDTA prevede che i pazienti con diagnosi di SC che si ricoverano in AORMN vengano segnalati all'Infermiere Case Manager (ICM). Entro 72 ore dalla segnalazione l'ICM esegue un assessment della persona e in base a criteri clinici stabiliti dal PDTA, definisce la tempistica di accesso nell'ambulatorio dedicato utilizzando 4 diversi codici di priorità. Tale modalità ha come obiettivo la presa in carico del paziente e del caregiver prima della dimissione, l'automonitoraggio dei segni e sintomi, il coinvolgimento nell'adesione terapeutica e la programmazione ambulatoriale, evitando accessi non giustificati dalla situazione clinico-assistenziale che sottraggono posti ai reali casi di necessità. All'interno dell'ambulatorio dello scompenso, come parte integrante delle attività clinico-assistenziali, si è avviato un programma di follow up telefonico effettuato secondo un calendario prestabilito ed una tempistica compatibile con il grado di stabilità del paziente. Il follow up telefonico viene condotto seguendo una check list che include diversi items: condizioni del paziente, necessità di chiarimenti specifici, aderenza alla terapia farmacologica, monitoraggio dei parametri (pressione arteriosa, diuresi, peso). A supporto degli interventi di educazione terapeutica individuali si sono prodotti materiali informativi/educativi (video e cartacei) con strategie "health literacy" al fine di potenziare l'empowerment del paziente e del caregiver.

RISULTATI. Sono state prese in considerazione le schede di segnalazione pervenute nel periodo gennaio-settembre 2017. Per l'analisi dei risultati è stato osservato un periodo di 12 mesi successivi alla segnalazione. 196 pazienti segnalati sono stati presi in carico dall'ICM entro 72 ore, come previsto dal PDTA. L'assenza di ricoveri e/o accessi in Pronto Soccorso intervenuti nell'intervallo tra dimissione e primo accesso all'Ambulatorio ha dimostrato l'efficacia, la sicurezza dell'assessment infermieristico e dei criteri identificati nel PDTA. La percentuale delle riospedalizzazioni a 365 giorni dalla presa in carico è passata dal 22 al 15,8% (media nazionale 19-22%).Tuttavia l'impatto sulle riospedalizzazioni complessive è stato modesto (<0.6%) in quanto solo il 12% dei pazienti ricoverati in Azienda per SC cronico viene segnalato secondo il percorso. La degenza media complessiva ha subito una discreta riduzione: da 10.4 a 9.5 giorni (meno 10%, media nazionale 9,1 giorni). Una più significativa riduzione della degenza media si è avuta nei reparti a maggiore segnalazione: Cardiologia da 10 a 8.7 giorni (meno 13%) e Medicina d'Urgenza da 5 a 4.2 giorni (meno16%).

LIMITI. La bassa numerosità delle segnalazioni, dovuta alla non conoscenza/aderenza al PDTA, non permette di generalizzare i risultati.

CONCLUSIONI. La cronicità costituisce lo scenario con cui i professionisti e le istituzioni devono confrontarsi per sviluppare risposte assistenziali efficaci e sostenibili. I programmi di disease management affermano ormai da decenni l'importanza di implementare PDTA inclusivi di interventi di presa in carico infermieristica: programmi educativi per paziente e caregiver e strategie di follow-up strutturato sono considerate raccomandazioni forti dalle principali linee guida. I risultati dell'esperienza non possono essere imputabili alla sola introduzione di modalità ed interventi di case management infermieristico; d'altronde, in sanità rari sono gli esiti riconducibili ad una solo disciplina o professionalità.

Autore per la corrispondenza: Donatella Giovannini – Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord –
Email: donatella.giovannini@ospedalimarchenord.it

169. Criteri di scelta dei dispositivi ad accesso venoso in un setting onco-ematologico

Orsini Arianna[1], Traini Tiziana[1], Andreucci Marida[1], Albertini Fabrizio[2]

[1]Università Politecnica Delle Marche, [2]ASUR Marche - Area Vasta n. 5

BACKGROUND. La maggior parte dei pazienti onco-ematologici sono soprattutto persone che, al di fuori delle ore passate in ospedale in regime di Day Hospital per sottoporsi al trattamento chemioterapico endovenoso, conducono una vita normale: hobby, attività lavorativa, impegni familiari, sport. Questi aspetti implicano dunque la necessità di conoscere le loro abitudini di vita per poter indirizzarsi nel migliore dei modi alla scelta del device più consono al loro stile di vita, considerando l'impatto estetico-psicologico e la funzionalità del presidio stesso.

OBIETTIVI. Identificare il miglior presidio da adottare per la somministrazione del trattamento chemioterapico nel paziente onco-ematologico adulto.

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 in foreground PICO. P = Paziente onco-ematologico I = Infusioni a medio/lungo termine del trattamento chemioterapico C = Confronto tra i diversi accessi venosi centrali O= Definizione del miglior presidio da utilizzare secondo la letteratura per minor rischio di complicanze, miglior gestione e maggior comfort per il paziente. Il materiale è stato reperito inserendo per gli articoli un limite temporale di 10 anni, con i seguenti criteri: – Ricerca su banche dati: MedLine via Pubmed e Pubmed Central; Cochrane Library. – Ricerca da altre fonti bibliografiche: Siti web e riviste online tramite il motore di ricerca Google e Google Scholar; – Testi bibliografici Per la navigazione nelle banche dati, sono state utilizzate le parole chiave "PICC", "CVC", "CVAD" combinandole con l'operatore boleano and, ed ancora "Oncological Patients", "Central venous catheter", "Catheter related complications", "Chemoterapy", "Infections", "Port-a-Cath", "nursing management", "self care". Sono stati selezionati 13 studi inerenti i criteri di ricerca. L'unico criterio di esclusione, riguardava la non pertinenza rispetto al quesito di studio posto. La popolazione considerata, racchiude pazienti adulti sia al sesso maschile e femminile, portatori di tumori sia solidi che non. Gli studi presi in esame sono stati analizzati nel periodo intercorso da giugno 2018 ad ottobre 2018.

RISULTATI. Quasi tutti gli studi pongono il quesito su quale sia il presidio migliore da adottare, basandosi sul minor rischio di insorgenza delle infezioni, complicanze, gli eventuali riposizionamenti, le "trombosi catetere-correlate", che rappresentano i fattori maggiormente presi in considerazione dagli autori. I risultati finali degli studi presi in esame condividono in maniera generale le indicazioni riguardanti la tipologia di device da impiantare e cioè: è necessaria una procedura di impianto in totale asepsi ed effettuata dal "CVAD-Care Team", ovvero un team di infermieri specializzati ed adeguatamente formati per la netta riduzione del rischio di incidenza di infezioni catetere correlate (CRBSI), nonché delle complicanze ad esse annesse; emerge che il metodo di impianto deve necessariamente essere effettuato mediante guida ecografica e con supporto elettrocardiografico per la visualizzazione della punta del catetere e con conferma della sede grazie agli ultrasuoni in quanto è stato dimostrato che la tecnica convenzionale ("alla cieca") ha portato ad un aumento del tasso di complicanze correlate al post impianto del catetere. Ad oggi comunque, come confermato dalla letteratura, non sono presenti specifiche direttive ministeriali che stabiliscano, nella circostanza trattata, quale sia il migliore device da utilizzare. Diventa pertanto imprescindibile la facoltà di scelta da parte della persona stessa, dopo essere stata adeguatamente informata, della tipologia di device più conforme alle sue aspettative/necessità, che possa consentire di poter continuare a svolgere la propria vita incondizionatamente, in considerazione del fatto che al paziente affetto da tumore, deve essergli consentita la possibilità di conciliare la necessità di sottoporsi ai trattamenti chemioterapici in ospedale, con la normale vita nel contesto familiare, lavorativo e ludico.

LIMITI. Ad oggi, non ci sono studi specifici che definiscono in maniera concreta, quale sia il sistema di accesso venoso migliore a garantire un'adeguata qualità della vita.

CONCLUSIONI. L'individuazione dell'accesso venoso più idoneo, considerato il contributo di competenze che l'infermiere può garantire negli aspetti tecnico-pratici, garantisce efficienza al management del device stesso, allo sviluppo del self-care e quindi all'empowerment delle abilità dei caregiver, mirata all'autogestione del sistema infusionale, utile alla prevenzione delle complicanze ed all'efficacia del monitoraggio precoce dei segni e sintomi e della gravitò clinica del paziente.

Autore per la corrispondenza: Traini Tiziana – Università Politecnica delle Marche – Email: t.traini@univpm.it

170. Le competenze avanzate in Infermieristica e la stomaterapia secondo gli studenti infermieri

Ortolani Rachele[1], Mengucci Edoardo[1], Marchetti Mara[2]

[1]Neolaureato, [2]Università Politecnica delle Marche

BACKGROUND. La competenza viene intesa come la relazione diretta tra le capacità soggettive della persona e le attività che questa stessa deve svolgere in un preciso ambito sociale e/o lavorativo. Negli ultimi decenni la concezione di competenza ha subito rilevanti cambiamenti, oggi la competenza va intesa come "saper agire in situazione". La competenza è legata alla singola persona che la possiede e la mette in pratica nel contesto specifico. Il professionista rappresenta la figura chiave dell'innovazione, gli viene assegnata un'autonomia e una responsabilità nell'ambito che lo riguarda da vicino. Secondo il "Modello dell'acquisizione di competenze" di Dreyfus & Dreyfus (1986), l'esperto è la persona con competenze avanzate. In Infermieristica, la L. 43/2006 ribadisce la necessità di formazione specifica per divenire professionisti specialisti. Benner studiò le differenze tra conoscenza teorica e pratica, entrambe fondamentali nell'infermieristica clinica. Molte sono le specialità cliniche che hanno possibilità di essere approfondite con formazione post Laurea, tra queste anche la stomaterapia (dedicata a persone portatrici di stomia). Nel mese di settembre del 2018 è stato condotto uno studio osservazionale sugli studenti di 2° e 3° anno del Corso di Laurea in Infermieristica della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Politecnica delle Marche, sedi di Ancona, Macerata, Pesaro e Fermo.

OBIETTIVI. Scopo dello studio era quello di comprendere quali sono le conoscenze degli studenti di Infermieristica rispetto alle competenze avanzate in Infermieristica, in particolare l'interesse era rivolto alla figura dello stomaterapista.

METODI. È stato condotto uno studio osservazionale di tipo cross-sectional. Il metodo di rilevazione adottato è stato quello della somministrazione di un questionario, costituito da 15 item, attraverso lo strumento Google Moduli dell'applicazione Google Drive. L'adesione era su base volontaria, anonima. Potevano partecipare studenti iscritti al 2° e al 3° anno di corso. Il periodo di studio è stato dall'1 al 30 settembre 2018.

RISULTATI. Il questionario è stato compilato da 110 studenti. Hanno partecipato 27 studenti di 2° anno (24,5%) e 83 di 3° (75,5%); l'età compresa tra 20 e 47 anni. La maggior parte, l'87% era rappresentato da studenti tra i 20 e i 24 anni. L'81,8% era rappresentato da donne e il 18,2% da uomini. Per quanto riguarda gli items relativi alle competenze avanzate, il 99,1% degli intervistati sa di che cosa si tratta; il 74,5% dichiara di aver affiancato un infermiere con competenze avanzate durante la sua esperienza di tirocinio e l'84,5% ne conosce le modalità di acquisizione. L'85,5% dichiara di essere interessato ad acquisirne successivamente, e in maniera uniforme dichiarano che apporterebbero un riconoscimento professionale maggiore. La quasi totalità del campione intervistato (96,4%) ritiene importante che l'infermiere possieda competenze avanzate per migliorare l'assistenza al paziente. È poi stato fatto un elenco dei master clinici disponibili tra le varie università italiane e gli studenti potevano dare più risposte, il maggior consenso è stato registrato dal master in area critica (n. 62 risposte), seguito a distanza da strumentista, n. 34 risposte e wound care 32, coordinamento 31, infermieristica pediatrica 25, infermiere di famiglia 21 e a seguire gli altri master. Il master in Stomaterapia ha avuto 12 preferenze. Per quanto riguarda i quesiti relativi alla stomaterapia, il 78,2% degli studenti era a conoscenza del master in assistenza sanitaria a pazienti stomizzati ed incontinenti; circa la metà ne ha incontrato uno durante il tirocinio e il 40% circa pensa che non sia necessaria una formazione avanzata, ma che sia sufficiente la sola esperienza clinica. L'ultimo item elencava una serie di procedure specialistiche di stomaterapia, e gli studenti sono stati bravi nell'evidenziarle, così come hanno correttamente dichiarato che lo stoma-care, cioè la gestione della stomia, non faccia parte delle competenze avanzate, ma che ogni infermiere deve saper gestire.

LIMITI. I limiti riguardano il tipo di studio, un cross-sectional e la numerosità limitata del campione.

CONCLUSIONI. Il pensiero degli studenti è in linea sia con il progresso relativo alle competenze avanzate che sta avvenendo nel nostro Paese, per migliorare l'assistenza e la gestione dei costi del Sistema Sanitario Nazionale. Molti dichiarano di essere interessati a continuare la loro formazione, dopo la Laurea triennale. Nello specifico della figura dello stomaterapista, rimane sicuramente un professionista esperto, con competenze avanzate e fondamentale nella gestione della persona portatrice di stomia, ma l'interesse maggiore degli studenti è verso altre competenze avanzate dell'Infermieristica.

Autore per la corrispondenza: Marchetti Mara – Università Politecnica delle Marche –
Email: mara.marchetti@univpm.it

171. Malattia cariosa in età prescolare: prevalenza sul territorio italiano e strategie di prevenzione primaria

Paglia Luigi[1], Dassi Alice[2], Colombo Sara[1], Marzo Giuseppe[1]

[1]Società Italiana di Odontoiatria Infantile, [2]Istituto Stomatologico Italiano

BACKGROUND. La malattia cariosa nel piccolo paziente è una delle patologie più diffuse tra i bambini e rappresenta un importante problema sociale e sanitario per la sua complicata e costosa gestione. Per questi motivi la Società Italiana di Odontoiatria Infantile ha concentrato la sua attenzione sullo studio di questa patologia nel biennio 2018-2019. L'American Dental Association ha definito le carie della prima infanzia o Early Childhood Caries (ECC) come la presenza di una o più superfici dentali cariate, perse o restaurate in un qualsiasi elemento deciduo in bambini in età prescolare (0-71 mesi), riconoscendo anche una forma severa che colpisce i piccoli sotto i tre anni (S-ECC). Una review della letteratura (Anil et al, 2017) suggerisce che nei paesi più sviluppati la prevalenza di ECC si attesti tra l'1 ed il 12%. A livello italiano, uno studio di Nobile et al. del 2014 ha stimato, in una corte di 515 bambini provenienti dal sud Italia, una prevalenza del 19% di ECC e del 2.7% di S-ECC. Si tratta di un disordine multifattoriale i cui principali fattori di rischio sono di tipo alimentare e di igiene orale, uniti ad una predisposizione su base individuale che può essere valutata con specifici test salivari. Le problematiche correlate a questa forma di malattia cariosa sono numerose e riguardano sia complicanze immediate (insorgenza di dolore, infezioni, problemi fonetici, difficoltà ad alimentarsi e a dormire) sia complicanze tardive (sviluppo di malocclusioni ed un'incidenza fino a 5-6 volte aumentata di sviluppare la malattia cariosa nella dentatura definitiva). Il trattamento dell'ECC richiede numerose cure di tipo conservativo ed estrattivo che, a causa della giovane età e alla scarsa collaborazione dei pazienti, devono spesso esser eseguite in regime di sedazione o anestesia generale, con la conseguente richiesta di personale medico e strutture altamente specializzate ed alti costi a carico del SSN o del singolo paziente.

OBIETTIVI. L'obiettivo di questo lavoro è stimare l'attuale prevalenza di ECC in Italia e individuare un efficace sistema di prevenzione della patologia, che possa aumentare l'empowerment di comunità migliorando la qualità della vita e sviluppando una comunità consapevole rispetto al problema.

METODI. Il progetto nasce dalla collaborazione di SIOI, Istituto Mario Negri di Milano-Laboratorio Epidemiologia degli Stili di Vita e DOXA. È stata condotta un'intervista online ad un campione italiano rappresentativo di genitori adulti (>18 anni) con almeno un bambino di età compresa tra 0 e 71 mesi (<6 anni). Il campione è stato selezionato a partire dai soggetti iscritti al panel online di DOXA. Lo studio ha arruolato oltre 2000 genitori in 2 mesi (ottobre-novembre'18) per un totale di 3000 bambini, all'interno del territorio italiano. Ai soggetti intervistati è stato sottoposto un questionario per raccogliere informazioni socioeconomiche e odontoiatriche familiari, d'igiene orale e abitudini alimentari del bambino e le eventuali visite odontoiatriche effettuate. Nel questionario è presente infine una sezione fotografica, nella quale il genitore può riconoscere lo stato di salute/malattia ECC del proprio figlio e fornire una semplice risposta binaria (SI-NO).

RISULTATI. Ad oggi i dati finali sono in lavorazione. L'elaborazione parziale mostra come l'ECC sia presente nell'8.9% dei soggetti e la S-ECC nel 3.6%. Il 71% dei soggetti non si è mai recato dal dentista, dato significativo dato che le ultime Linee Guida del Ministero suggeriscono una prima visita odontoiatrica dai 18-24 mesi di età del bambino. Da questi primi dati emerge la presenza di meno elementi cariati rispetto lo studio di Nobile (2014) ma che questi si concentrano in un gruppo a rischio.

LIMITI. La valutazione della situazione di salute/malattia orale del proprio figlio tramite fotografia può essere non corretta anche se la risposta binaria che richiede il nostro studio rende questo limite relativo. È in elaborazione uno studio pilota per valutare la sensibilità e la specificità dell'item.

CONCLUSIONI. La prevenzione della malattia cariosa a partire dall'età scolare risulta essere a nostro avviso tardiva. Essendo l'ECC una patologia ad eziologia nota e principalmente correlata ad abitudini alimentari e d'igiene orale della prima infanzia non corrette, la migliore prevenzione deve cominciare in età prenatale. SIOI ha a questo scopo organizzato un progetto d'informazione "www.chiedilo all'odontoiatra pediatrico" rivolto ai neogenitori e alle neomamme in stato interessante, grazie al quale possono essere informati rispetto al problema e rappresentare loro stessi dei divulgatori informati di prevenzione. Un'altra importante strategia di prevenzione odontoiatrica dell'ECC riguarda l'inserimento di un modulo dedicato alla salute orale nei corsi preparto e nelle iniziative di formazione materna già organizzate, senza ulteriori costi per il SSN.

Autore per la corrispondenza: Colombo Sara – Società Italiana di Odontoiatria Infantile –
Email: sara.colombo.mi@gmail.com

172. Studio osservazionale sull'applicazione di una scala di valutazione per le alterazioni del gusto indotte da chemioterapia

Palazzo Solange, Ghezzi Marco, Gasparini Silvia

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori

BACKGROUND. L'alterazione del gusto indotta da chemioterapia è una condizione vissuta frequentemente dagli assistiti; è considerata uno degli effetti collaterali più preoccupanti nei soggetti oncologici. Tale disturbo ha un impatto significativo sulla qualità di vita della persona, in quanto influenza negativamente la salute e l'aspetto fisico e psico-sociale, determinando alterazioni a carico della nutrizione di base e delle attività sociali. Nonostante sia un fenomeno largamente diffuso, rappresenta un effetto collaterale sottostimato e sottovalutato dalla comunità oncologica. Un'adeguata valutazione del rischio di disgeusia all'inizio del trattamento chemioterapico può prevenire l'insorgenza di possibili complicanze quali il declino nutrizionale e la malnutrizione, e quindi promuovere la qualità di vita dei soggetti.

OBIETTIVI. Lo scopo dello studio è mettere in evidenza il fenomeno dell'alterazione del gusto indotta da chemioterapia attraverso l'utilizzo di uno strumento di valutazione oggettivo presso la Fondazione I.R.C.C.S Istituto Nazionale dei Tumori di Milano.

METODI. Lo studio ha visto l'applicazione della Chemotherapy – induced Taste Alteration Scale (CiTAS), nel periodo tra novembre 2017 e gennaio 2018, presso sei strutture complesse del Dipartimento di Oncologia Medica, arruolando un campione non probabilistico di persone adulte, in grado di intendere e di volere, e sottoposte a trattamento antiblastico da almeno un ciclo. Tale scala, validata in Giappone nel 2014, risulta essere il primo strumento in lingua italiana specifico per i disturbi del gusto indotti da chemioterapia che consente di valutare in modo semplice, veloce e completo le alterazioni. Si tratta di un questionario autosomministrato composto da 18 item articolati in tre macro aree: cambiamenti del gusto, in cui si valutano i cambiamenti quantitativi nella percezione dei sapori (ipogeusia ed ageusia); cambiamento sgradevole del gusto, in cui si valutano i cambiamenti qualitativi nella percezione dei sapori (eterogeusia, cacogeusia); sintomi o problemi sgradevoli legati all'assunzione del cibo. La CITAS utilizza una scala Likert da 1 a 5 per valutare le quattro dimensioni delle alterazioni gustative: riduzione dei sapori di base, discomfort, fantageusia e parageusia, alterazioni generali del gusto.

RISULTATI. I soggetti arruolati sono stati 127; 105 hanno espresso il consenso e costituiscono il campione totale dello studio. Il 51,5% è rappresentato da donne e il restante 48,5% da uomini; l'età media è di 54,4 anni. Il 94.3% riferisce difficoltà nel sentire il sapore del cibo; il 90.5% sostiene che il cibo abbia un sapore diverso dal solito. I gusti amaro e cattivo in bocca risultano essere un'alterazione gustativa frequentemente riportata (rispettivamente l'88,5% e il 78%). Il 70 % circa afferma che tutto ha un sapore amaro o cattivo. Nei soggetti chemiotrattati i disturbi del gusto peggiorano altri sintomi e condizioni come il senso di nausea o disgusto, presente nel 78% del campione, e la riduzione dell'appetito, riferito dall' 89,5%. L'80% ha riportato un peggioramento della qualità di vita. Presente una relazione significativa (p value = 0,05) tra gravità dell'alterazione del gusto e farmaco antiblastico, sito sottoposto al trattamento e durata della terapia.

LIMITI. La breve durata dell'indagine non ha permesso di reclutare un campione di più ampie dimensioni. La marcata disomogeneità numerica delle persone ricoverate per trattamento antiblastico nelle strutture complesse reclutate non ha consentito di avere un campione totale equamente distribuito. Infine, nel periodo a disposizione per lo studio, nelle unità operative coinvolte, erano presenti molte persone che non rientravano nei criteri di inclusione stabiliti.

CONCLUSIONI. Lo studio condotto ha permesso di valutare la presenza e la prevalenza delle alterazioni gustative e l'impatto che queste hanno sulla qualità di vita delle persone. Fondamentale un'adeguata valutazione del rischio di disgeusia durante il trattamento chemioterapico, al fine di poter prevenire le possibili complicanze e adottare opportune strategie di trattamento dei sintomi specifici. La Chemotherapy – induced Taste Alteration Scale si è dimostrata essere valida nel valutare in modo semplice e completo le alterazioni dal punto di vista qualitativo e quantitativo, la presenza di sintomi di discomfort e il loro impatto sull'alimentazione.

Autore per la corrispondenza: Palazzo Solange – Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori –
Email: solangepalazzo@libero.it

173. La mappatura proattiva dei rischi in sanità: il progetto sperimentale nell'ASL TO4

Palermo Vincenza[1], Guerrieri Anna[2]

[1]*ASL TO4,* [2]*Sham*

BACKGROUND. La Legge 28.12.2015, n. 208, ha reso obbligatorio l'attivazione delle funzioni di gestione del rischio sanitario nelle Aziende Sanitarie. Con l'approvazione della L. 8.3.2017, n. 24, (cd Legge Gelli) ha sancito che la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute e si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.

OBIETTIVI. – Mappare e analizzare proattivamente, nei presidi ospedalieri dell'ASL TO4, i rischi insiti nei 5 principali processi di erogazione delle prestazioni sanitarie, ritenuti più a rischio dalla letteratura: Identificazione del pz, Percorso del farmaco, Percorso della persona assistita in chirurgia, Percorso della persona assistita in ostetricia, Percorso della persona assistita in emergenza. – Valutare le barriere utilizzate dall'Azienda per la loro gestione – Identificare IPR dei rischi da gestire per individuare attività specifiche di miglioramento ed implementare la sicurezza dei pazienti, delle cure e degli operatori.

METODI. Per effettuare lo studio si è applicato il metodo di analisi a priori del rischio messo a punto del Gruppo Sham (Mutua Assicuratrice Europea) che assicura tutte le Aziende Sanitarie della Regione Piemonte. Il Gruppo ispirandosi alla FMEA-FMECA ha messo a punto in esclusiva e con modalità informatizzata uno strumento denominato Cartorisk; il metodo è stato costruito attraverso l'esperienza consolidata sul campo e nel tempo, in attività specifiche di gestione del rischio e dei sinistri nelle aziende sanitarie francesi ed esteso, con questa sperimentazione, anche a quelle italiane. Lo strumento di lavoro utilizzato, dal risk manager della Sham coadiuvato da quello aziendale, consente la mappatura standard dei processi oggetto di studio che comprende, per ogni processo l'individuazione dei principali sotto-processi di riferimento ed i relativi maggiori rischi, da valutare e misurare attraverso l'applicazione di scale valoriali specifiche, da parte del gruppo di lavoro multidisciplinare (composto da medici, infermieri e altro personale del comparto), costituito da massimo di 12-15 persone, costituiti nell'ambito di ciascun percorso individuato e per ogni singolo ospedali (in totale 16 gruppi).

RISULTATI. Il progetto, sviluppatosi da gennaio a novembre 2018 ed accreditato come Corso formativo con crediti ECM, ha consentito di mappare complessivamente n. 847 rischi connessi ai 5 processi oggetto dell'indagine nei Presidi Ospedalieri di Ciriè, Ivrea e Chivasso e per l'Ospedale di Cuorgné per il solo percorso in PS. Il metodo ha consentito di definire complessivamente quanto segue: numero rischi per processo: n. 268 numero processi analizzati: n. 16 numero rischi valutati: n. 847 numero azioni di miglioramento individuate: n. 137 percentuale azioni per numero rischi valutati: 16% I dati così ottenuti sono stati restituiti in una seduta plenaria a tutti gli operatori alla presenza del Direttore Sanitario d'Azienda.

LIMITI. L'utilizzo dello strumento deve essere effettuato da professionisti esperti quale il risk manager.

CONCLUSIONI. I programmi per lo sviluppo dei servizi sanitari e sociosanitari in termini qualitativi rappresentano un investimento necessario: da una parte per la promozione dell'appropriatezza dell'assistenza prestata ai cittadini e, dall'altra, per garantire la sostenibilità del sistema. L'utilizzo della mappatura standard facilita la comparazione degli esiti tra i presidi coinvolti nel progetto aziendale e fornisce alla Direzione Strategica una sintesi aggregata dei dati raccolti ed analizzati con i relativi piani di miglioramento a partire dai rischi molto gravi e gravi per poi passare a quelli moderati ed infine a quelli a basso grado. Per ogni singolo percorso analizzato è stato utilizzato il diagramma di Gantt ed identificato un responsabile per l'applicazione dei piani di miglioramento che collaborerà in stretto contatto col risk manager aziendale consentendo di effettuare un cronoprogramma degli interventi migliorativi a partire da quelli più urgenti. La sperimentazione effettuata con successo nell'ASL TO4 ha consentito all'Assessorato della Regione Piemonte di estendere il metodo, a partire dalla mappatura dei rischi connessi al percorso della persona assistita in ostetricia, a tutte le ASR della regione.

Autore per la corrispondenza: Palermo Vincenza – ASL TO4 – Email: vpalermo@aslto4.piemonte.it

174. Lean management nella gestione aziendale del sinistro: analisi e riprogettazione del work flow per la minimizzazione del lead time

Palladino Teresa, Minarini Andrea

Azienda USL di Bologna

BACKGROUND. Le linee guida sulla gestione dei sinistri della RER (2016) evidenziano che "le attività cui sono chiamati gli operatori nell'ambito della gestione dei sinistri devono essere rese nella più ampia collaborazione per garantire, nel più breve tempo possibile, la valutazione dei fatti oggetto di contestazione e la composizione della vertenza evitando costi ingiustificati e insoddisfazione dei cittadini lesi. In tutte le fasi della procedura di gestione delsinistro è necessariola stretta collaborazione fra Servizio Legale, UO Medicina Legale e Direzione della struttura/reparto in cui è avvenuto il sinistro". Partendo da ciò, l'attenzione è stata focalizzata sulla necessità di individuare una best practice nel processo di gestione del sinistro per ridurre i tempi e adeguarli a standard di riferimento aggredendo le attività che valore non portano ed eventualmente valore consumano. Il problema identificato è la tempistica superiore allo standard di riferimento tra fase di apertura del sinistro e fase di formulazione di una proposta valutativa transattiva o di rigetto.

OBIETTIVI. Ridurre il lead time, il tempo ciclo e l'indice di flusso, con l'intento finale di ottimizzare il flusso, non velocizzando le attività a valore ma riducendo gli sprechifacendo scorrere il flusso secondo la logica pull.

METODI. È stato definito un project charter articolato nella struttura DMAIC (define, measure, analyse, improve, control) secondo le logiche proposte dall'approccio leansix sigma con attivazione di un cantiere Kaizen che ha coinvolto un teamwork costituito dagli attori che intervengono in termini di attività e responsabilità nella gestione del sinistro. Dopo aver fotografato la currentstateè stata disegnata la valuestreammapas-ise definita la VOC dell'operatore me. È stata eseguita un'osservazione sul campo (gemba-walk) per individuare i colli di bottiglia e ulteriori sprechi e ridisegnato il nuovo processo. L'analisi delle cause condotta attraverso brainstorming, 5perché, fishbone, ha evidenziato quale problema ricorrente, la mancanza di sincronizzazione che crea attese e ritardi nello svolgimento della normale attività. Le contromisure proposte sono state orientate al rispetto di best practice e alla definizione di standard della procedura di gestione del sinistro in termini di attività, sequenza e tempi; progettazione di una piattaforma denominata "weblean-booking" quale sistema di visual management per mappare lo stato di avanzamento delle pratiche. È stato infine esplicitato un masterplanleandelle attività di miglioramento con indicazione delle azioni da realizzare. L'A3 report è lo strumento che ha seguito la realizzazione del progetto.

RISULTATI. Standardizzazione, valorizzazione della tempistica e accelerazione del processo di gestione del sinistro con riduzione dei tempi di lavorazione delle pratiche, maggiore soddisfazione del personale amministrativo e sanitario, migliore servizio in termini di risposta all'utente.

LIMITI. Nessun limite in particolare.

CONCLUSIONI. Il progetto riconosce un duplice valore aggiunto: investimento strategico sull'organizzazione e investimento sul capitale umano: e ciò, nella consapevolezza che solo con un coinvolgimento attivo e di costruzione dinamica da parte dei professionisti quali attori principali del processo le ri-organizzazioni e re-ingegnerizzazioni possono andare avanti.

Autore per la corrispondenza: Palladino Teresa – Azienda USL di Bologna – Email: t.palladino@ausl.bologna.it

175. L’inserimento lavorativo dei pazienti oncologici: l’innovativa rete multidisciplinare socio-sanitaria nel territorio di Reggio Emilia

Paltrinieri Sara, Ricchi Elena, Costi Stefania, Mazzini Elisa

Azienda USL di Reggio Emilia

BACKGROUND. I pazienti con diagnosi di tumore possono sperimentare dei sintomi complessi, come la fatigue, il dolore, i problemi fisici e cognitivi, che si possono verificare alla diagnosi o durante il trattamento, limitando la persona nell’esecuzione delle attività di vita quotidiana, incluso il lavoro. Ritornare al lavoro è un obiettivo fondamentale in quanto aiuta il paziente ad affrontare la malattia e migliora la salute in generale. 4mila persone ogni anno a Reggio Emilia ricevono una diagnosi di tumore, di cui circa la metà sono in età lavorativa. Da un’indagine epidemiologica condotta sul territorio di Reggio Emilia sono state intervistate 260 persone occupate alla diagnosi e con una buona prognosi di malattia, circa il 43% dei pazienti potenzialmente intervistabili. Il 95% è rientrato al lavoro, tuttavia poco meno della metà riporta delle difficoltà al reinserimento lavorativo. Attualmente, non esiste un percorso volto a sostenere la reintegrazione lavorativa di questi pazienti. Per questo motivo abbiamo organizzato “Una Mano, sostegno di pazienti al lavoro”, una rete multidisciplinare socio-sanitaria che eroga interventi personalizzati per affrontare i problemi incontrati dai pazienti oncologici durante il reinserimento lavorativo.

OBIETTIVI. L’obiettivo principale di Una Mano è quello di favorire il mantenimento del posto di lavoro per i pazienti occupati alla diagnosi attraverso il supporto del Terapista Occupazionale; secondariamente, si propone di facilitare il reinserimento lavorativo per coloro che perdono il lavoro in seguito ad una diagnosi di cancro.

METODI. Da gennaio a luglio 2017, 15 enti del territorio di Reggio Emilia hanno organizzato la rete socio-sanitaria del progetto composta da: Azienda USL-IRCCS (RE), Ordine dei Medici, Associazioni di volontariato, Enti di formazione, Cooperative sociali e un Sindacato. Per ricevere il supporto previsto dalla rete, i pazienti oncologici occupati al momento della diagnosi, devono essere inviati al servizio In-Forma Salute situato presso il Centro Onco-Ematologico di Reggio Emilia (CORE), dove la referente del servizio e le Terapiste Occupazionali svolgono un primo screening per conoscere la situazione socio-demografica e lavorativa della persona e per identificare le eventuali problematiche lavorative. Per tutti i pazienti che si recano ad In-Forma Salute viene erogato supporto informativo, specifico sui diritti e le tutele in ambito lavorativo. Per il paziente target del progetto è previsto un arruolamento nello studio con la firma di un consenso informato. Da qui in poi, il paziente riceverà l’intervento di supporto idoneo alla situazione lavorativa riscontrata. Per coloro che stanno vivendo delle problematicità lavorative, il Terapista Occupazionale può svolgere delle valutazioni più approfondite con la persona per conoscere le capacità fisiche e cognitive attuali, contattare il Medico Competente e il Datore di Lavoro per concordare un percorso, osservare il luogo di lavoro e le mansioni specifiche ed infine elaborare un piano riabilitativo, definendo le strategie e le modifiche opportune per superare le difficoltà. I pazienti che perdono il lavoro vengono inviati alla componente sociale della rete, ovvero le cooperative e gli enti di formazione che inseriscono il paziente in un percorso di ricerca attiva del lavoro valorizzando le abilità e le competenze residue. La presa in carico dei pazienti è tempestiva, infatti le persone reclutate vengono ricontattate entro dieci giorni dal primo incontro ad In-Forma Salute. Il progetto Una Mano è stato finanziato dalla Fondazione Manodori (RE) e co-finanziato da AUSL-IRCCS da ottobre 2017 fino ad ottobre 2019.

RISULTATI. Ad oggi, sono stati intercettati 24 pazienti: quattro esclusi poiché non rispettavano i criteri di inclusione, una persona è stata inviata alla rete sociale a causa della cessazione del rapporto lavorativo, un’altra è stata presa in carico dal Terapista Occupazionale. A tutti i pazienti è stato erogato supporto informativo inerente le tutele legislative in ambito lavorativo e previdenziale. I problemi più frequenti riportati dai pazienti sono legati all’aspetto informativo, al rapporto con il datore di lavoro, alle mansioni specifiche e alle caratteristiche dell’ambiente lavorativo.

LIMITI. Il numero di intercettati non rispecchia le previsioni elaborate all’inizio del progetto, infatti è stato preso in carico solo il 13% dei pazienti che potrebbero beneficiare della rete multidisciplinare. Per questo motivo dobbiamo implementare la diffusione del progetto con gli opportuni interlocutori, in particolare i professionisti dell’area sanitaria onco-ematologica.

CONCLUSIONI. Attraverso l'implementazione di questo percorso socio-sanitario raccogliamo dati per valutarne la fattibilità e stimarne l'efficacia nel contesto dell'applicazione. Il proposito per il futuro è quello di estendere la presa in carico da parte del Terapista Occupazionale e della rete sociale anche ad altre patologie.

Autore per la corrispondenza: Paltrinieri Sara – Azienda USL di Reggio Emilia – Email: paltrinieri.sara@gmail.com

176. La Comunità che fa Salute: il progetto Habitat Microarea di Trieste

Paoletti Flavio, Ehrenfreund Claudia, Massiotta Sari, Pitacco Giuliana

Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste

BACKGROUND. Il progetto microwin-microaree, del 2005, viene concepito nell'ambito del laboratorio internazionale win-welfare innovations per sviluppare un welfare di comunità a Trieste. Dall'inizio collaborano l'Azienda Sanitaria, il Comune, l'Azienda territoriale per l'edilizia residenziale (Ater) e altri stakeholder territoriali (imprese ed esercizi commerciali, associazioni di volontariato e cittadini attivi), intervenendo in modo proattivo su tutta la popolazione residente e non solo su quella che presenta specifiche problematiche sanitarie. La microarea è un territorio aggregato (quartiere, piccolo comune, agglomerato di case) che comprende tra i 500 e i 2.300 abitanti che si può definire una "lente d'ingrandimento" focalizzata su circa il 5% della popolazione triestina.

OBIETTIVI. • Rafforzare e valorizzare la comunità generando nuove potenzialità di salute • ridurre le diseguaglianze sociali • produrre welfare generativo con conseguente riduzione dell'impegno istituzionale • svolgere una funzione proattiva delle istituzioni passando da una medicina di attesa ad una d'iniziativa e generativa di risorsa sociale.

METODI. Il progetto prevede un'azione locale, in quanto misurata su uno specifico contesto territoriale; un'azione plurale, poiché coinvolge i soggetti attivi del territorio; un'azione globale, perché attraverso l'intersettorialità si interviene sia sui determinanti della salute sociali e sanitari. Le attività hanno previsto le seguenti azioni: • nomina dei referenti di microarea dedicati; • individuazione degli appartamenti Ater quali sedi fisiche; • disegno delle mappe, dei percorsi, dei locali e dei punti di aggregazione delle microaree; • creazione della documentazione, utile alla raccolta delle informazioni derivanti dalla conoscenza diretta degli abitanti; • definizione del coordinamento e approvazione di un protocollo d'intesa interenti. A 10 anni di attivazione del servizio, per evitare un'autoreferenzialità di analisi, è stata commissionata una ricerca quali-quantitativa alle Università di Udine e Torino che si è svolta in tre fasi: • La prima è stata svolta attraverso un approfondimento con focus group di operatori e ha analizzato i processi di lavoro messi in atto. • La seconda è consistita nella realizzazione di 600 interviste a tre campioni di soggetti, disegnati in modo da creare due gruppi di controllo rispetto al gruppo destinatario dell'intervento. • La terza ha visto la discussione dei risultati ottenuti dal gruppo di lavoro dell'Università di Udine, che ha condotto un'analisi longitudinale sugli indicatori sanitari.

RISULTATI. Sanitari: • riduzione significativa dei ricoveri urgenti ed un aumento di quelli programmati; • diminuzione degli accessi non prioritari al pronto soccorso; • riduzione dei ricoveri multipli; • per le donne, diminuzione del 50% dei ricoveri urgenti per psicosi nel caso di ricoveri per patologie respiratorie; • riduzione per gli uomini dei ricoveri urgenti e un incremento di quelli programmati per malattie cardiache e vascolari e nel caso di problemi urologici e osteo-articolari nel decennio diminuiscono sia i ricoveri urgenti sia i ricoveri programmati; Capitale Sociale: • A parità di risorse e capacità individuali, le persone che hanno qualcuno che li aiuti (maggior capitale sociale), riescono a controllare meglio i problemi e attenuano le conseguenze sulla salute mentale; • l'intervento ha aumentato il livello e la qualità del capitale sociale utile alla salute, sia per gli aiuti ricevuti per affrontare i problemi, anche nei casi di assenza della famiglia, sia l'attivazione per aiutare altri (wefare generativo); • il campione (600 persone), mostra, una capacità di controllo sulla propria salute direttamente proporzionale alle risorse e capacità individuali supportate dall'intervento di microarea; • la salute mentale è più influenzata dalle condizioni di breve periodo; • la salute fisica è più esposta all'effetto delle carenze nel lungo periodo, che caratterizzano il corso di vita.

LIMITI. • Il budget annuale interenti non è definito in modo specifico, con conseguente difficoltà nella programmazione; • considerati i risparmi economici in termini di ricoveri e accessi in pronto soccorso, si ritiene che questo modello possa dare sostenibilità al SSN, ma dovrebbe essere replicato in altri contesti diversi da quello Triestino per verificarne l'efficacia; • non vi è il reinvestimento nel progetto di parte dei benefici economici dello stesso.

CONCLUSIONI. Negli ultimi 3 anni sono state attivate cinque nuove microaree e dopo la valutazione dei risultati della ricerca se ne stanno attivando altre due. Al fine di rispondere ad uno dei limiti sopraesposti, si sta divulgando il metodo e i suoi risultati per implementare il modello in altri contesti nazionali ed internazionali. È stato richiesto ad ASUITs di essere capofila del Progetto Co.N.S.E.N.So vs Microarea del programma transnazionale di Cooperazione Territoriale Europea INTERREG Spazio Alpino.

Autore per la corrispondenza: Paoletti Flavio – Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste –
Email: flavio.paoletti@gmail.com

177. Progetto multidisciplinare e multidipartimentale di prevenzione e sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico

Pastorelli Marta, Pasquino Stefano, Pacchiarini Diamante, Ragni Temistocle

Azienda Ospedaliera di Perugia

BACKGROUND. Le infezioni della ferita chirurgica (ISC) continuano a rappresentare una complicanza frequente, con elevato impatto clinico ed economico. Le ISC si collocano al primo posto tra gli eventi avversi che comportano una significativa perdita economica per i servizi sanitari. Nel contesto chirurgico è fondamentale basare le pratiche gestionali sulle migliori evidenze scientifiche, da qui nasce lo stimolo a promuovere un progetto in cui diverse competenze collaborino nella creazione di un moderno sistema di controllo e sorveglianza per la riduzione del rischio. Dal 01/11/2013 sono stati condotti numerosi studi e la cardiochirurgia dell'azienda Ospedaliera di Perugia, come reparto pilota ha avviato studi per rilevare l'incidenza delle infezioni della ferita chirurgica. Il progetto nato in cardiochirurgia è stato allargato alle altre aree chirrugiche dell'azienda ed è stato implementato in altre aziende ospedaliere nazionali. Il progetto prevede una fase preoperatoria di calcolo dell'indice di rischio infettivo valutato attraverso l'anamnesi, i dati clinico-laboratoristici e strumentali e la tipologia di intervento. In base all'indice di rischio, l'equipe operatoria colloca il paziente in una fascia di rischio a cui corrisponde uno specifico protocollo di medicazione e sorveglianza. La sorveglianza della ferita avviene utilizzando un database interattivo accessibile a tutti i componenti dell'equipe chirurgica, sul quale viene indicata la condizione della ferita chirurgica mediante specifici moduli di rilevazione e valutazione, conformi ai sistemi di valutazione validati a livello internazionale, compilati da un chirurgo, da un infermiere addestrato o da personale addetto al controllo delle infezioni. Il monitoraggio della ferita è effettuato per tutto il periodo di degenza e prevede un follow-up a 90 giorni a 6 mesi e 12 mesi dalla dimissione con intervista telefonica. In caso di complicanze il paziente viene richiamato a controllo.

OBIETTIVI. • Definire una corretta prassi di gestione, medicazione e follow-up della ferita chirurgica in ambiente ospedaliero; • prevenire le infezioni del sito chirurgico nelle varie fasi del percorso assistenziale (sala operatoria, terapia intensiva, degenza), rilevare precocemente la loro insorgenza e garantirne un adeguato trattamento; • uniformare e standardizzare gli interventi assistenziali, riducendo la variabilità delle azioni che determina una potenziale inappropriatezza degli interventi; • calcolare i tassi di infezione della ferita tenendo conto del volume di interventi, del rischio intrinseco del paziente e del rischio legato alla complessità dell'intervento chirurgico; • sensibilizzare e formare il personale coinvolto alla gestione della ferita in tutte le fasi del percorso assistenziale: dalla medicazione in sala operatoria al follow-up a 3, 6 e 12 mesi.

METODI. • Creazione di un gruppo di lavoro composto da medici, infermier e oss delle varie unità operative • Individuazione delle linee guida e procedure attuali di medicazione della ferita chirurgica e revisione della letteratura. • Revisione ed implementazione della procedura di medicazione in ogni fase del percorso assistenziale. Valutazione dei fattori di rischio intrinseci estrinseci e situazionali e attribuzione ad essi di un punteggio per l'indicizzazione dei pazienti. • Creazione di un database informatizzato interfacciabile con i sistemi operativi aziendalin. Individuazione di una scala Internazionale di Valutazione della ferita chirurgica. Creazione ex-novo di una scala di valutazione ed adattamento della stessa al nostro contesto. • Creazione di un momento formativo per tutto il personale che possa permettere di conoscere, osservare e valutare l'intero percorso della ferita, dall'intervento alla dimissione. • Valutazione sistematica di tutte le ferite chirurgiche Predisposizione di un ambulatorio dedicato esclusivamente alla medicazione della ferita chirurgica. • Valutazione dei risultati in tempi successivi e creazione di un nuovo momento di confronto tra professionisti per commentare e riflettere i risultati ottenuti.

RISULTATI. Adozione di uniformi modalità di gestione della ferita chirurgica. Tempestivo riconoscimento delle infezioni della ferita chirurgica con conseguente precoce intervento Efficace documentazione degli esiti Riduzione del tasso di infezione della ferita chirurgica e dei conseguenti costi aziendali.

LIMITI. Perdita di alcuni dati prevalentemente nel follow-up.

CONCLUSIONI. Sua compliance. Ridurre al minimo le possibilità che la ferita si infetti e optare per un sistema di sorveglianza in cui i professionisti formati svolgono un ruolo decisivo sulla lotta alle infezioni della ferita chirurgica, è un fattore favorente la salute e previene l'aumento dei costi: minori esigenze di trattamento, ridotto utilizzo di farmaci, minor cambio di medicazioni e quindi minor necessità di assistenza infermieristica e riduzione considerevole dei tempi di degenza.

Autore per la corrispondenza: Pastorelli Marta – Azienda Ospedaliera di Perugia – Email: marta.pastorelli@libero.it

178. Conduzione di un Audit organizzativo per la riorganizzazione della diagnostica di laboratorio

Pellegrini Giovanni, Naldi Federica, Rossi Luca, Mazzei Deborah

Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana

BACKGROUND. Il Laboratorio Analisi Chimico Cliniche della Azienda Ospedaliero – Universitaria Pisana (AOUP) è una struttura tecnologicamente avanzata inserita in un contesto sanitario di eccellenza con specialità Cliniche e Chirurgiche di rilevanza nazionale. Nel corso degli anni l'AOUP ha perseguito l'obiettivo di unificare sempre di più la diagnostica in un'unica piattaforma in modo da concentrare tutti i laboratori nello stesso presidio ospedaliero, quello di Cisanello per rispondere in maniera più precisa sia ai bisogni assistenziali che a quelli di una maggiore razionalizzazione delle risorse umane.

OBIETTIVI. Generali: chiusura del Laboratorio Urgenze di Santa Chiara e trasferimento di tutte le attività diagnostiche sul Presidio di Cisanello. Mantenimento delle sole emergenze cliniche non differibili, mediante piattaforme di diagnostica decentrata (PoCT) da collocare all'interno di postazioni «strategiche». Specifici: evitare duplicazioni di esami nella stessa azienda, ottimizzare le risorse tecnologiche, riorganizzare le risorse umane da "riallocare" ove necessario, mantenere inalterata la qualità analitica dei test, mantenere tempi di refertazione congrui all'utilizzo clinico del dato di laboratorio.

METODI. Fasi progettuali: 1) Analisi del contesto 2) Identificazione degli Stakeholders 3) Analisi delle priorità e rischi/opportunità potenziali 4) Progettazione e definizione dei gruppi di lavoro 5) Conduzione del progetto 6) Monitoraggio e valutazione. Sono stati istituiti 3 gruppi di lavoro: 1. Gruppo per la riorganizzazione del servizio trasporti. Attori coinvolti: Direzione medica di presidio, laboratorio analisi. Obiettivo: garantire tempi di consegna dei campioni biologici adeguati alle esigenze cliniche dei reparti. Modalità di lavoro: simulazione "sul campo". Attività svolte: integrazione al Contratto preesistente con "corse aggiuntive" nella fascia oraria della mattina, definizione delle modalità di chiamata "in urgenza" nelle ore pomeridiane e notturne. 2. Gruppo per la valutazione delle esigenze cliniche dei reparti. Attori coinvolti: Direttore Sanitario, medici di reparto, dirigenti del Laboratorio Analisi. Obiettivo: garantire TAT (Time Around Time), profili di esami e qualità analitica adeguati alle esigenze cliniche dei reparti. Modalità di lavoro: rilevazione delle esigenze cliniche, tramite compilazione di appositi moduli, distribuiti ai reparti da parte della Direzione medica. Attività svolte: valutazione dei percorsi clinici e dei TAT necessari alle esigenze cliniche dei reparti, definizione dei profili di esami da eseguire in emergenza 3. Gruppo per la installazione di stazioni di diagnostica decentrata. Attori coinvolti: Coordinatori, tecnici di laboratorio, personale sanitario dei reparti (infermieri, OSS). Obiettivo: garantire la qualità analitica dei test eseguiti in PoCT. Modalità di lavoro: addestramento sul campo e verifica in modalità remota. Attività svolte: creazione di poli strategici per l'utilizzo dei PoCT, scelta della tipologia di strumenti, allineamento degli strumenti, controllo e monitoraggio delle apparecchiature, addestramento del personale sanitario utilizzato e verifica dell'efficacia.

RISULTATI. La valutazione dei risultati è stata effettuata mediante indicatori esaminati a distanza di 1, 3 e 6 mesi dalla conclusione del progetto: Indicatori di efficacia: a) Giri trasporti fuori orario/totale giri, risultato: 0 (target < 10%) b)Esami eseguiti in POCT/esami trasferiti a Cisanello, risultato: <1% (target <5%) c)TAT esami prioritari (tempo refertazione <120'), risultato 9% OUT (target < 10%) d) TAT esami urgenti (< 60'), risultato: 17,5% OUT (target < 10%) Indicatori di efficienza: a) Strumenti ritirati/strumenti da ritirare, risultato: 70% (target: 100%) b) Personale da riallocare/personale riallocato, risultato: 100% (target: 100%).

LIMITI. Limiti e vincoli rilevati durante la realizzazione del progetto: iniziale diffidenza all'utilizzo dei PoCT da parte degli operatori sanitari dei reparti, preoccupazione dei clinici per la chiusura del laboratorio, recettività limitata per i campioni urgenti nelle fasce orarie della mattina presso il laboratorio di destinazione, difficoltà logistiche legate al ritiro della strumentazione.

CONCLUSIONI. Il servizio di trasporti diretto tra i due presidi ospedalieri, con giri ravvicinati (max 40'), ha consentito di contenere l'utilizzo dei PoCT solo ai casi di effettiva emergenza clinica. Il ruolo fondamentale del Laboratorio, è stato quello di trovare un punto di equilibrio tra esigenze cliniche (tempi di risposta rapidi) e organizzative (servizio trasporti aggiuntivo). Con il processo di addestramento degli Operatori di reparto, da parte del personale tecnico del Laboratorio si sono create sinergie che hanno favorito l'integrazione e la crescita professionale. L'Azienda attraverso questa operazione ha potuto usufruire di un recupero di risorse umane e strumentali migliorando l'efficienza del sistema senza "sminuire" la qualità dei servizi erogati.

Autore per la corrispondenza: Pellegrini Giovanni – Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana –
Email: gn.pellegrini@ao-pisa.toscana.it

179. L’infermiere di comunità in Friuli Venezia Giulia a 20 anni dalla sua sperimentazione: il modello, l’esperienza, i risultati e gli sviluppi

Pellizzari Mara, Pordenon Marta, Anastasia Daniela, Pletti Luciano, Pecini Dina, Rodaro Marisa, Margheritta Barbara

Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 Bassa Friulana-Isontina

BACKGROUND. Il Friuli Venezia Giulia è una delle Regioni più longeve d’Italia e detiene un saldo demografico negativo. L’aumento esponenziale delle malattie croniche e della multimorbilità ha reso necessario ed urgente passare da un approccio ai problemi-episodi di cura, caratteristici delle fasi acute della malattia, alla presa in carico delle persone nel tempo e nei luoghi in cui la loro vita si svolge. Alla fine degli anni ’90, per rispondere ai nuovi e complessi bisogni della popolazione, nell’Aziensa Sanitaria allora denominata Azienda Sanitaria n. 5 Bassa Friulana" si è ritenuto di cambiare il modello assistenziale e passare da una modalità incentrata sulla prestazione a un nuovparadigma di intervento, fortemente integrato nella comunità servita, attraverso un approccio “relazionale” che si basa sui principi delle community care, dello human caring e della teoria relazionale della società. È stato perciò adottato un modello organizzativo a rete con il coinvolgimento attivo di tutti i soggetti della società civile e l’attivazione di nuove forme di integrazione socio-sanitaria. Il nuovo modello assistenziale, “infermiere di comunità” si può definire “relazionale” in quanto pone al centro la persona, i suoi famigliari e la comunità e li considera all’interno di una rete di relazioni e connessioni formali e informali, in cui il problema trova soluzione perché vengono modificate le relazioni che lo generavano.

OBIETTIVI. 1. Migliorare l'accessibilità e orientamento ai servizi 2. Realizzare la presa in carico della persona, della famiglia e della comunità con un approccio relazionale 3. Responsabilizzare la persona, la famiglia e la comunità e renderli "competenti" nella gestione del proprio patrimonio di salute 4. Realizzare la presa in carico proattiva anticipata e leggera declinando la sanità d'iniziativa 5. Migliorare l’integrazione sociosanitaria 6. Aumentare l’efficacia delle cure infermieristiche 7. Aumentare l’efficienza nell’erogazione del servizio.

METODI. Attivazione di un servizio di assistenza infermieristica decentrata che prevede la presenza di un infermiere dell’Azienda Sanitaria ogni 2500-3000 abitanti 6h/gg per 7gg/sett. (le restanti 6h copertura dell’equipe infermieristica distrettuale presente dal lunedi alla domenica dalle 07.00 alle 19.00). L’IC assicura l’assistenza generale infermieristica in collaborazione con tutti gli attori dell’equipe sociosanitaria territoriale; collabora costantemente con tutti i professionisti e con le risorse attive della comunità per la quale è la figura di riferimento assistenziale; promuove le risorse informali delle reti comunitarie (welfare di comunità). Opera in 3 ambiti: in ambulatorio, a domicilio e nella comunità. A domicilio si prende cura delle persone non autosufficienti, allettate, ad alta complessità assistenziale, in ambulatorio delle persone deambulanti a media/bassa complessità assistenziale, in comunità opera attivando le risorse informali presenti (vicinato, associazioni, volontariato etc) mettendole in rete con le risorse formali ovvero i servizi sanitari e sociali. Le dimensioni del ruolo dell’IC sono la continuità delle cure, la longitudinalità, la presa in carico integrata, la prestazione infermieristica, la proattività e lo sviluppo della comunità.

RISULTATI. • aumento volumi di attività (n. utenti seguiti+331%; n. accessi+235%) • risposta immediata e tempestiva alle esigenze della popolazione • riduzione media accessi/paziente (-29%): investimento educativo dell’IC nei confronti di paziente, caregivere coinvolgimento dell’equipe di cura • riduzione tempi di percorrenza (-32,8%) • migliore capacità di presa in carico della persona anziana (Indicatore LEA PAI >65 anni: 7,4% ABF vs 5,3% FVG) e ad alta complessità assistenziale (CIA >0,13= 4,40%ABF vs 2,66% FVG) • riduzione ricorso ai servizi ospedalieri e dei costi • filtro importante per i MMG per accessi impropri: appropriatezza utilizzo della risorsa clinica • migliore offerta sociosanitaria integrata • migliore integrazione ospedale–territorio • potenziamento attività educative e di addestramento dei pazienti/caregivers • aumento attività di rete • promozione di un rapporto di maggior fiducia infermiere/cittadino e istituzioni/cittadino.

LIMITI. Non rilevati.

CONCLUSIONI. L’infermieristica di comunità basata sul modello relazionale, nella nostra esperienza, è in grado di garantire alla persona e alla comunità un’assistenza globale, di qualità, mirata ai reali bisogni espressi o potenziali; sviluppa il ruolo sociale della professione dell’infermiere e promuove funzioni distintive nuove e altamente professionalizzanti; responsabilizza la persona, la famiglia e la comunità nella gestione del proprio patrimonio di salute, rendendola partecipe, in modo creativo e collaborativo, alla funzione istituzionale della tutela della salute. La funzione di case management che l’IC svolge è rivolta alla presa in carico delle persone che si trovano negli ultimi due gradini della piramide del Chronic Care Model.

Autore per la corrispondenza: Pletti Luciano – Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 Bassa Friulana-Isontina – Email: plettiluciano6@gmail.com

180. La motivazione all'apprendimento: studio qualitativo sugli studenti del Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche

Pelusi Gilda[1], Dignani Lucia[2], Guarinoni Milena Giovanna[3]

[1]Università Politecnica della Marche, [2]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti, [3]Università degli Studi di Brescia

BACKGROUND. La conoscenza del vissuto degli infermieri che si iscrivono ad un percorso formativo post base risulta di estremo interesse per comprendere le motivazioni e le aspettative che spingono i professionisti, spesso già lavoratori, a intraprendere una formazione universitaria. L'apprendimento richiede infatti la volontà di esercitare alti livelli di impegno verso obiettivi educativi avanzati. Alcuni studi sostengono che tra i fattori motivazionali risiedono le esperienze individuali di vita e le prospettive di carriera futura. L'analisi dei determinanti che concorrono alla motivazione all'apprendimento può essere utile nella modulazione e programmazione di attività formative mirate.

OBIETTIVI. Esplorare la percezione degli studenti neo-iscritti al Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche riguardo motivazioni e aspettative sul corso di laurea.

METODI. È stata condotta uno studio fenomenologico interpretativo sulla percezione degli studenti infermieri neo-iscritti al Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche di una università del centro Italia, riguardo motivazioni e aspettative sul corso di laurea. Agli studenti infermieri, durante il primo giorno di lezione, è stato chiesto di rispondere su base volontaria, in forma scritta e anonima, alle seguenti domande: – Descriva brevemente quali sono le motivazioni che hanno determinato la Sua iscrizione a questo corso di laurea magistrale. – Provi a descrivere le Sue aspettative in merito al Corso di Laurea. L'analisi qualitativa delle risposte scritte è stata condotta da un unico ricercatore.

RISULTATI. Hanno partecipato allo studio 24 studenti (response rate: 80%). L'analisi delle risposte relative alla domanda sulle motivazioni che hanno determinato l'iscrizione al Corso di Laurea ha portato in evidenza 14 temi, raggruppati poi in 4 categorie: aumento delle conoscenze, aumento delle competenze, aumento delle prospettive professionali, crescita professionale. L'analisi delle risposte relative alla domanda sulle aspettative in merito al Corso di Laurea, ha evidenziato 12 temi, raggruppati poi in 4 categorie, che coincidono con quelle emerse sull'analisi delle motivazioni all'iscrizione alla formazione post base. Anche le aree tematiche emerse sono spesso sovrapponibili. Il campione ha evidenziato che alla base del percorso formativo intrapreso c'è il desiderio di aumentare le proprie conoscenze e competenze nell'ambito dell'organizzazione, della formazione e della ricerca. Il Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche viene percepito come un'occasione di crescita professionale, e come una possibilità di sviluppo di prospettive di carriera futura.

LIMITI. Uno dei limiti dello studio potrebbe essere rappresentato dal fatto che i ricercatori erano anche i docenti del Corso di Laurea.

CONCLUSIONI. Lo studio ha permesso di far emergere il vissuto di un gruppo infermieristico riguardo le proprie motivazioni e aspettative sul Corso di Laurea Magistrale. I risultati della ricerca potranno essere utili per perfezionare la programmazione della didattica.

Autore per la corrispondenza: Dignani Lucia – Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti –
Email: luciadignani@yahoo.it

181. Clinical Governance e accreditamento delle strutture sanitarie private: studio retrospettivo di confronto tra Gruppi Omogenei di Diagnosi (DRG) dopo l'introduzione di nuovi criteri normativi a livello regionale abruzzese

Petroni Renata, Baldascino Giada, Fiore Pierluigi, Petroni Angelo

Casa di Cura Privata – Di Lorenzo

BACKGROUND. Il governo clinico (GC), liberamente tradotto da Clinical Governance, è una strategia mediante la quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento-mantenimento di elevati standard assistenziali. Per fare questo utilizza delle strategie di intervento e degli strumenti tra cui i clinical audit

OBIETTIVI. Scopo di questo lavoro è stato valutare l'efficienza delle strategie di intervento interne alla Casa di Cura Di Lorenzo in merito ai meccanismi di gestione e di governo clinico, nonché di organizzazione aziendale, a seguito della pubblicazione di una delibera regionale riguardante il Manuale operativo per le ispezioni delle cliniche private accreditate nella Regione Abruzzo, pubblicata ad ottobre del 2017 e che richiedeva un adeguamento delle strutture private in termini di quantità e qualità dei ricoveri.

METODI. Abbiamo analizzato 2468 DRG del primo semestre del 2017 (da gennaio a giugno) e li abbiamo confrontati con 2283 DRG dello stesso semestre del 2018. Dal totale dei DRG, abbiamo estrapolato solo i DRG (numero totale 1379, 55,8% nel 2017 e 1203, 52,7% nel 2018) che erano presenti in numero significativo (= 45 in sei mesi). I DRG totali analizzati soso stati 16 e sono codificati come segue: 39, 266, 500, 503, 544, 6, 53, 60, 87, 127, 143, 162, 225, 234, 297, 494. Di questi, 4 (25%) sono DRG prodotti da branche di Medicina Generale, mentre 12 (75%) sono prodotti dalle varie discipline chirurgiche.

RISULTATI. Su un numero totale di 16 DRG analizzati, 11 (68,7%) hanno subito una significativa variazione in numero nel primo semestre del 2018 rispetto al primo semestre dell'anno precedente In particolare tra i 12 DRG chirurgici, 7 (58,3%) risultano significativamente differenti nei due semestri di confronto, mentre tra i DRG medici, 4/4 risultano differenti in numero.

LIMITI. I dati riguardano una finestra temporale di soli 6 mesi e le verifiche da parte dei NOC non sono state ancora eseguite per valutare se le azioni di miglioramento siano rispondenti all'obiettivo del DGR. Infine, ulteriori analisi dovranno essere eseguite sulle cartelle cliniche per verificare l'effettivo miglioramento non solo relativo alla codifica delle SDO e di conseguenza del DRG, ma anche a tutte le altre componenti della cartella clinica riportate nella delibera regionale.

CONCLUSIONI. Se partiamo dal concetto che lo scopo di questo studio sia stato quello di applicare uno degli strumenti del governo clinico, ossia, come descritto precedentemente, andare a 'identificare le inappropriatezze, sia in eccesso, sia in difetto e verificare i risultati conseguenti al processo di cambiamento, in termini di processo e di esito, possiamo concludere che le azioni di analisi, miglioramento e cambiamento siano state rapidamente applicate.

Autore per la corrispondenza: Petroni Renata – Casa di Cura Privata – Di Lorenzo – Email: renata.petroni@gmail.com

182. Il contributo della mutualità integrativa al sistema di Welfare

Piermattei Massimo

Società di mutuo soccorso CAMPA

BACKGROUND. In un momento in cui diverse categorie di lavoratori e di cittadini patiscono le riduzioni delle tutele del Servizio Pubblico e sono costrette a rinunciare alle cure mediche, la possibilità offerta dalle Mutue Sanitarie integrative di facilitare l'accesso alle prestazioni sanitarie rappresenta un grande sostegno per garantire il diritto alla salute. Lo strumento della mutualità integrativa e non profit è di nuovo tornato di grande attualità e rappresenta una risposta positiva per dare aiuto alle persone.

OBIETTIVI. La mutualità integrativa complementare al SSN non deve essere letta come un arretramento delle tutele dei cittadini, ma al contrario come un passo avanti verso una costruzione del "cosidetto secondo pilastro" dell'assistenza sanitaria in grado di coniugare responsabilità e partecipazione, sussidiarietà, personalizzazione e flessibilità nella copertura dei nuovi bisogni. Tutti insieme questi aspetti costituiscono il "welfare mix" considerato come lo strumento funzionalmente migliore per dare risposte di salute alle persone. Il welfare contrattuale si intreccia dunque con il welfare di comunità. Solo la mutualità è aperta e in grado di declinarsi alle nuove esigenze: occorre superare gli steccati tra le categorie e aggregare risorse ed energie per affrontare le sfide delle spese crescenti in ambito socio-sanitario e i bisogni in aumento.

METODI. Le Mutue con i loro valori fondamentali (non lucratività, democrazia, trasparenza) possono giocare un ruolo positivo nell'interesse superiore di tutti i cittadini. Le Mutue, attente ai bisogni dei Soci, utilizzano le risorse dei propri iscritti per poter garantire il corretto funzionamento e la sostenibilità, come un patrimonio da coltivare e da trasmettere alle generazioni di Soci future. Riescono ad amalgamare le esigenze dei Soci più anziani e da più tempo iscritti con quelli più giovani realizzando una solidarietà intergenerazionale e intercategoriale basata sullo scambio mutualistico costruendo una rete di relazioni positive duratura nel tempo.

RISULTATI. Le Mutue non intendono mettere in discussione il ruolo del SSN ma svolgono privatamente attraverso la contribuzione volontaria o contrattuale una funzione pubblica e aiutano a realizzare un universalismo compiuto sia per le prestazioni escluse dai livelli essenziali di assistenza che rappresentano davvero dei bisogni scoperti (odontoiatria, assistenza socio-sanitaria, riabilitazione, non autosufficienza), sia per superare il razionamento implicito delle prestazioni o per garantire forme flessibili e personalizzate di cura e prevenzione, nonché promuovere stili di vita sana e favorire la promozione della salute.

LIMITI. La circostanza che la Sanità integrativa che oggi conta circa 12 milioni di persone sia garantita da Fondi affidati in gestione a compagnie di assicurazione rappresenta una anomalia. Il legislatore ha infatti ha previsto l'incentivo fiscale solo per gli enti con esclusiva finalità assistenziale cioè Casse e Società di Mutuo Soccorso senza scopo di lucro valorizzando la loro capacità di restituire la maggior quota di risorse ai propri iscritti. Solo la logica del non profit riesce a garantire assenza di discriminazione nei confronti dei cittadini a prescindere dall'età e dalle condizioni di salute, e assistenza a vita intera.

CONCLUSIONI. • Le Mutue sanitarie integrative intendono mantenere la detrazione fiscale dei contributi versati alle vere Società di mutuo soccorso, che perseguono finalità assistenziali e non sono strumenti elusivi eterodiretti da parte di soggetti profit. • Confermano il ruolo integrativo, sussidiario e collaborativo rispetto al welfare pubblico e sono sempre pronte a dialogare con le politiche sanitarie nazionali. • Sono per il mantenimento della distinzione tra le due tipologie di Fondi sanitari integrativi: Fondi negoziali ex art. 51 Tuir e Fondi integrativi del SSN ex art. 9, DLgs 502/92. Suggeriscono tuttavia per questi ultimi di ridurre almeno al 50% le prestazioni integrative, comprendendo tra queste anche quelle complementari, al fine di incentivare lo sviluppo di Fondi Sanitari integrativi aperti a tutte le categorie di cittadini. • Intendono proporsi alla società civile sintonizzandosi con le esigenze dell'universalismo sanitario pubblico e con quelle dei cittadini, che vedono sempre più ostacolata la possibilità di accesso alle cure e sono spinti a ricorrere al mercato privato. • Il sistema mutualistico vuole proporre il proprio modello virtuoso basato sulla responsabilità, la solidarietà e la relazione di fiducia ad una platea sempre più ampia, realizzando una sinergia tra coperture rivolte a dipendenti aziendali e quelle aperte a tutti cittadini per sussidiare nel migliore dei modi il SSN.

Autore per la corrispondenza: Piermattei Massimo – Società di mutuo soccorso CAMPA – Email: direzione@campa.it

183. Green Line H-T: Integrazione Ospedale Territorio mediante sistemi di monitoraggio light per migliorare la gestione dei pazienti complessi nella ASL Roma 6

Pietrantonio Filomena, De Caris Maria Ester, Cenci Sabrina, Ronchetti Mario

ASL Roma 6

BACKGROUND. Il progetto "Green Line H-T: Integrazione Ospedale Territorio mediante sistemi di monitoraggio light per migliorare la gestione dei pazienti complessi nella ASL Roma 6" nasce da un finanziamento della Regione Lazio per la Telemedicina e ha l'obiettivo di costruire un percorso sicuro e integrato ospedale-territorio rivolto ai pazienti ad altissima complessità in un continuum garantito dalla tecnologia wireless del monitoraggio a distanza. Lo stesso dispositivo Win @Hospital è stato utilizzato per il monitoraggio h24 dei Parametri Vitali (PV) in acuto dei pazienti ad altissima complessità durante le prime 72 h di degenza e successivamente applicato al paziente in dimissione sul territorio con la contemporanea attivazione giornaliera dell'ADI per consentire una dimissione appropriata in sicurezza mediante il monitoraggio dei PV nei primi giorni successivi alla dimissione. Dopo i primi 5 giorni di monitoraggio in continuo dei PV dei pazienti presso il proprio domicilio è stato effettuato un teleconsulto per concludere la fase iniziale del percorso. Il follow-up successivo prevede rivalutazione dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) del Distretto di appartenenza e controlli successivi a 15 e 30 gg con la possibilità di riattivare il monitoraggio wireless qualora la situazione clinica lo richiedesse. L'intero programma prevede il possibile utilizzo del sistema di monitoraggio wireless nei mesi successivi all'arruolamento in relazione alle necessità di controllo del paziente.

OBIETTIVI. Scopo del progetto è di migliorare l'appropriatezza della degenza nelle Unità Operative di Medicina Interna di pazienti polipatologici complessi attivando precocemente azioni di integrazione ospedale-territorio e aumentando la sicurezza della dimissione a domicilio mediante l'uso della telemedicina. End point primario: riduzione delle complicanze maggiori a 30 giorni dopo la dimissione dall'ospedale sul territorio in pazienti sottoposti a telemonitoraggio continuo rispetto ai controlli tradizionali. End point secondario: definizione delle caratteristiche dei pazienti che predispongono all'occorrenza di complicanze maggiori.

METODI. Sono state coinvolte più figure e strutture aziendali, che hanno condiviso i criteri di arruolamento, monitoraggio e dimissione: Formazione: 4 sessioni ad Albano e a Frascati ognuna di 3 fasce orarie (29-30 agosto; 4-6 settembre). Delibera attuativa n. 777 del 10.09.18 Fase pilota di validazione del programma dal 10 al 30 settembre (Polo H2 Albano, Polo H1 di Frascati e Distretti 1,2,3,4,5,6) Predisposizione della pronta disponibilità infermieristica (UOC Professione Infermieristica) Predisposizione reperibilità medici (UOC Medicina Interna Polo H2 Albano) Attivazione della Centrale Operativa SATS ASL Roma 6 (24h/die 7gg/7gg). Arruolamento successivo di 8 pazienti appartenenti a tutti e 6 i Distretti dell'ASL Roma 6 Inserimento dei pazienti in SIAT (Sistema Informativo per l'Assistenza Territoriale) Valutazione finale della fase pilota del progetto. Predisposizione della seconda fase del progetto con implementazione della Telemedicina come modalità di assistenza della ASL Roma 6 e predisposizione di uno studio prospettico randomizzato per valutare l'efficacia della Telemedicina rispetto al monitoraggio tradizionale. Gli interventi programmati ed attivati con alert, sono stati garantiti dal personale infermieristico dei Distretti e del personale delle Cure Intermedie CAD coinvolti nel progetto, in orario ordinario e con attivazione della pronta disponibilità durante le ore notturne e festive. Il personale medico dedicato è afferente alle UU.OO.CC di Medicina degli Ospedali di Frascati ed Albano.

RISULTATI. A settembre 2018 è stato attivato il servizio di Telemedicina della ASL Roma 6 con assistenza territoriale 24h/24 e dal 17 al 30 settembre sono stati selezionati, addestrati e monitorati 8 pazienti ad altissima complessità appartenenti ai 6 diversi Distretti della Azienda ASL Roma 6. Sono stati formati 163 professionisti di cui 146 infermieri e 17 medici. Il programma è stato approvato dalla Regione Lazio e concesso il finanziamento ulteriore per un anno, con lo scopo di implementare la Telemedicina come una delle innovazioni gestionali proposte dal Nuovo Ospedale dei Castelli in fase di apertura il 18 dicembre.

LIMITI. Il programma è ancora nella fase pilota e necessita di incremento della condivisione dei nuovi protocolli da parte del personale medico e infermieristico e di miglioramento della comprensione dei vantaggi della telemedicina da parte del paziente e del caregiver.

CONCLUSIONI. La teleassistenza domiciliare produce un impatto positivo, determinato dalla deospedalizzazione precoce, e dalla possibilità per il paziente di continuare a ricevere un'assistenza ad alta complessità a casa, con il beneficio dell'assistenza dei propri familiari. Erogare l'assistenza ad alti livelli a domicilio è in grado di migliorare il rapporto tra operatori e paziente nell'ottica dell'incremento dell'efficacia della presa in carico.

Autore per la corrispondenza: Pietrantonio Filomena – ASL Roma 6 – Email: filomena.pietrantonio@gmail.com

184. Utilizzo dei social network negli studenti maggiorenni del Comune di Ascoli Piceno

Pignotti Paolo, Andreucci Marida, Traini Tiziana

Università Politecnica delle Marche

BACKGROUND. Lo sviluppo e la diffusione di Internet hanno portato all'elaborazione di sistemi e modalità di comunicazione audio visive veloci e sofisticate, utilizzabili con un numero sempre più elevato di dispositivi che hanno cambiato le modalità di approccio all'informazione da parte del cittadino (Censis, 2009; McDaid, La Park, 2011). I social network occupano ormai uno spazio e un tempo notevole nella vita di molti adolescenti. È raro infatti trovare qualche adolescente che, per esempio, non abbia un profilo "social", che come riportano le statistiche più aggiornate è posseduto dall'85% degli stessi. Diventa quindi necessario che le istituzioni sanitarie sviluppino una consapevolezza comunicativa sempre più efficiente per lo sviluppo della promozione della salute, ai fini della condivisione di esperienze e della costruzione di una rete affidabile sulle tematiche della salute.

OBIETTIVI. Analizzare e stimare in che modo gli adolescenti utilizzano i social network. Far conoscere agli adolescenti la professione infermieristica e in che modo la figura professionale dell'infermiere, oltre ad occuparsi dell'assistenza tecnica e riabilitativa, cura l'aspetto relazionale ed educativo, rivolgendosi a tutte le fasce di età e quindi anche ai più giovani. Ampliare il bagaglio culturale degli studenti e fornire informazioni, utili per le scelte riguardanti le preferenze degli indirizzi universitari futuri.

METODI. Il Corso di Laurea in Infermieristica del Polo di Ascoli Piceno, al termine dell'anno scolastico, ha proposto agli istituti della scuola superiore della provincia due incontri, durante i quali sono state esposte e approfondite tematiche riguardanti "l'utilizzo dei social network nella prevenzione dei disagi giovanili e promozione della salute" e "manovre di primo soccorso in un paziente con arresto cardiaco in corso". Hanno aderito le classi di 4° e 5° superiore dei seguenti istituti: ITS Giuseppe Mazzocchi e l'Istituto Tecnico Tecnologico Enrico Fermi. I due incontri, definite "Lezioni da grandi", si sono tenuti ad Ascoli Piceno: il primo presso La Casa della Gioventù, che ha accolto 70 studenti partecipanti, mentre il secondo si è svolto in una delle aule del polo Universitario di Infermieristica di Ascoli Piceno dato che solo 18 ragazzi hanno partecipato all'incontro. Durante le due lezioni sono stati distribuiti, ai soli studenti maggiorenni, i questionari relativi all'indagine sull'uso sui social network relativi, al tempo dedicato, agli strumenti utilizzati e al modo in cui si relazionano con gli altri e come affrontano eventi negativi. Il questionario comprendeva 40 domande, per la maggior parte a risposta multipla, elaborate attraverso un foglio di calcolo Microsoft Excel, che, dai risultati ottenuti, hanno permesso di individuare, in maniera chiara e complessiva, i parametri relativi all'utilizzo dei social network da parte degli studenti arruolati.

RISULTATI. Dall'analisi dei dati raccolti è emerso che circa il 50% degli adolescenti naviga in internet per più di 3 ore al giorno, prevalentemente tramite smartphone o con il pc, utilizzando app di social network e per chattare. I social più utilizzati, infatti, sono Instagram e Facebook, con i quali gli adolescenti vanno alla ricerca maggiormente di amici, foto e informazioni riguardanti la politica, scienza, musica, spettacoli e salute. Il 20% ha un numero di amici Facebook che va dai 300 ai 600, un 10% addirittura più di 900; ciò che fa riflettere è che 27 di loro non ne conosce il 30%, 17 non ne conosce la metà e 19 ne conosce solo un quinto (80% sconosciuti). Gli eventi spiacevoli maggiormente riscontrati sono problemi col partner, derivati dalla pubblicazione di post o nuove amicizie con sconosciuti, oltre che "furto d'identità", dove vengono creati profili falsi identici ai propri. Le figure di supporto delle quali gli adolescenti si confidano maggiormente sono gli amici e fratelli, evitando per lo più i genitori e professionisti sanitari.

LIMITI. Il campione di adolescenti che ha partecipato alle "Lezioni da grandi" è numericamente ristretto, rispetto al totale degli studenti delle scuole superiori della provincia di Ascoli Piceno.

CONCLUSIONI. I due incontri, organizzati dall'UNIVPM, hanno permesso agli adolescenti di osservare, partecipare e vivere l'ambiente universitario della facoltà di Infermieristica di Ascoli Piceno, in modo tale da avere una visione più chiara per una scelta scolastica futura. Inoltre hanno fornito dati importanti riguardanti l'utilizzo dei social network. Risulta efficace e funzionale l'utilizzo di un questionario anonimo per raccogliere informazioni, oltre che per individuare la necessità di approfondire tematiche quali: Bullismo, disturbi alimentari, droga, sesso precoce e abuso di internet. In futuro, sarebbe utile ed interessante una collaborazione tra UNIVPM e scuole superiori, per realizzare incontri e progetti di sensibilizzazione all'educazione sanitaria tra i giovani, cercando di coinvolgere il maggior numero di partecipanti possibile.

Autore per la corrispondenza: Traini Tiziana – Università Politecnica delle Marche – Email: t.traini@univpm.it

185. Ambulatorio specializzato di ginecologia oncologica: studio osservazionale nella realtà marchigiana

Pioli Fabia[1], Gatti Chiara[1], Bianchimani Maria Grazia[2], Cirilli Beatrice[2], Marcelli Stefano[3], Pelagalli Mauro[2]

[1]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti, [2]ASUR Marche - Area Vasta n. 3, [3]ASUR Marche - Area Vasta n. 5

BACKGROUND. I tumori genitali femminili, pur essendo a bassa incidenza, richiedono un'alta complessità di cura, in particolare di tipo chirurgico. Ciò vale innanzitutto per il cancro ovarico, essendo il residuo tumorale al termine della prima chirurgia il principale fattore prognostico per la sopravvivenza. La pratica esecutiva prevede procedure non limitate esclusivamente all'apparato genitale, ma anche sull'intestino, sul diaframma, sulla milza, con competenze di tipo urologico e plastico-ricostruttive. Elemento centrale in ogni tipo di neoplasia ginecologica è la presenza di un team multidisciplinare e sopratutto il possesso di competenze nell'ambito della preservazione della fertilità. Fiore all'occhiello è l'approccio Nerve sparing che consente di ridurre al minimo le disfunzioni urinarie e sessuali e l'utilizzo di tecniche di Linfonodo sentinella nel trattamento del carcinoma dell'endometrio, che hanno permesso di azzerare le sequele dovute a trattamenti aggressivi dello studio dei linfonodi. Dati in letteratura dimostrano come la prognosi risenta significativamente del volume di attività e delle multiprofessionalità indicate e come la qualità migliori nei centri ove siano presenti attività di formazione e ricerca.

OBIETTIVI. Valutare l'efficacia, in termini organizzativi, economici e psicologici dell'introduzione di un ambulatorio specializzato di ginecologia oncologica che favorisca una continuità degli interventi assistenziali in ogni passaggio della terapia: diagnosi, stadiazione clinico-strumentale, chirurgia, chemioterapia, radioterapia e follow-up ambulatoriale.

METODI. È stato condotto uno studio osservazionale descrittivo sul progetto che ha introdotto l'ambulatorio specializzato di ginecologia oncologica presso l'UOC di Ostetricia e Ginecologia dell'ospedale di Macerata, AV3 ASUR MARCHE, nel periodo compreso tra giugno e novembre 2018. Sono stati monitorati i flussi di pazienti, le patologie correlate e il tipo di percorso intrapreso per ciascuna donna afferita alla struttura, così da verificarne in termini organizzativi, economici e logistici punti di forza e criticità per un suo miglioramento. La prenotazione della visita viene effettuata dalle coordinatrici ostetriche su richiesta dei medici di Medicina Generale. L'organizzazione interna prevede una programmazione che consta di 10 visite settimanali effettuate dal Direttore dell'UOC ogni lunedi del mese, dietro pagamento di apposito ticket. A seguito di ogni prestazione svolta ciascuna donna viene indirizzata verso un percorso terapeutico assolutamente personalizzato in termini di esami clinico-strumentali per la stadiazione della patologia, di radioterapia/chemioterapia e/o chirurgia, con il coinvolgimento di un team multispecialistico attentamente selezionato.

RISULTATI. Il primo dato ottenuto è l'elevata richiesta di consulenza da parte dei medici di Medicina Generale, testimoniata da una partecipazione dell'utenza pari a n. 260 pazienti (n. 10 donne reclutate ogni lunedi nel periodo che va da giugno a novembre 2018) e confermata da una rigorosa adesione anche nella fase del follow-up. Ciò sta a dimostrare come una presenza a tutto tondo da parte degli specialisti coinvolti, sinergici nell'intero percorso terapeutico, sia fonte di rassicurazione e supporto psicologico nella malattia. L'attuale assenza di un ambulatorio oncologico specializzato nel contesto della regione Marche, istituito nell'ambito di una sanità pubblica ospedaliera, costituisce la manifestazione diretta di una reale necessità. I costi ad esso correlati sono contenuti, non essendo previste spese aggiuntive per via delle esigue attrezzature necessarie e gli ambienti usati. È stato possibile l'avvio del progetto in tempi ridotti grazie all'utilizzo di personale già dipendente, selezionato per la maturata esperienza e preparazione nel settore, garantite dalla continua attività formativa certificata. Ciò che ne è derivato è un guadagno immediato per l'azienda (ticket dell'utente e contributo regionale) con la possibilità di valorizzazione delle risorse interne e l'inserimento a pieno titolo della struttura nella ricerca scientifica, per via dell'importante innovazione scientifica promossa.

LIMITI. L'ambulatorio, di recente istituzione, è migliorabile in termini organizzzativi e con una dimensione campionaria estensibile. Manca inoltre, ad oggi, un database da cui estrapolare in tempi rapidi i dati da analizzare.

CONCLUSIONI. I risultati dello studio hanno messo in evidenza l'importanza della presenza di un ambulatorio specializzato di ginecologia oncologica nel contesto di una sanità pubblica avanzata, contribuendo alla realizzzazione di un modello assistenziale dinamico e multspecialistico, adeguato ai bisogni di salute degli assistiti e in grado di portare enormi vantaggi all'utenza da un punto di vista psicologico e organizzativo, ma anche alla struttura stessa in termini economici e di prestigio. Tale progetto ha inoltre permesso la valorizzazione delle risorse umane e incentivato comportamenti virtuosi.

Autore per la corrispondenza: Pioli Fabia – Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti –
Email: fabiaost@libero.it

186. Proposta d'indagine conoscitiva sulle competenze dei ruoli manageriali nel Sistema Sanitario Marchigiano

Pioli Fabia[1], Gatti Chiara[1], Buccolini Mara[2], Antognini Paolo[2], Pelagalli Mauro[2]

[1]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti, [2]ASUR Marche - Area Vasta n. 3

BACKGROUND. A fronte dei numerosi cambiamenti che hanno investito la sanità italiana, si è visto come i processi di gestione delle risorse umane abbiano avuto un ruolo chiave nel raggiungimento di un "vantaggio competitivo" all'interno delle organizzazioni. La crescente complessità di funzioni e servizi pubblici fanno si che il Knowledge Management diventi uno degli strumenti principali per far fronte alla pressione verso una maggiore qualità, efficacia ed efficienza. Dalla letteratura emergono numerose ricerche nazionali sulle competenze dei ruoli dirigenziali nelle Aziende e nelle pubbliche amministrazioni e in Sanità. Tutte evidenziano la ingravescente difficoltà nella gestione delle competenze professionali quale leva critica per lo sviluppo strategico aziendale. La competenza diventa una forma di sapere in azione o un saper agire sapiente (Pelleray, 2004).

OBIETTIVI. Proporre, attraverso un questionario anonimo, una indagine conoscitiva sulle competenze dei ruoli manageriali dei professionisti che operano nel contesto della sanità marchigiana.

METODI. È stato creato un questionario ad hoc, strutturato dall'analisi di studi presenti in letteratura e già validati (Indagine LimeSurvey), articolato in cinque sezioni: 1. Informazioni personali di natura generale; 2. Informazioni sull'attività lavorativa svolta quotidianamente; 3. Informazioni sulle conoscenze; 4. Informazioni sulle competenze; 5. Informazioni sull'interesse dei rispondenti verso l'introduzione di un sistema di gestione per competenze nel SSR delle Marche. Esso si compone di 18 item: domande a risposta chiusa (singola o multipla) e classifiche (in cui si chiede al rispondente di ordinare, a seconda della propria preferenza, un elenco di voci). Lo studio è rivolto e coinvolge i partecipanti alla scuola di formazione manageriale/Master universitario di II livello per direttori generali attivata ai sensi dell'Accordo Stato Regioni del 10 luglio 2003 in convenzione tra l'Università Politecnica delle Marche e la Regione Marche (DGR n. 809 DEL 06/06/2011) e s.m.i. Il questionario, ricreabile in una piattaforma online, può essere somministrato al campione d'indagine prescelto tramite invio per mezzo di posta elettronica; in esso sono contenute le indicazioni per una corretta compilazione nel rispetto dell'anonimato dei partecipanti, onde evitare bias interpretativi.

RISULTATI. 1. Informazioni generali dei partecipanti: sarebbe interessante soffermarsi sull'osservazione del sesso di appartena dei rispondenti della Regione Marche. Il dato evidenziato potrebbe chiarire se il campione è perfettamente coerente e rappresentativo con i dati nazionali e regionali. Secondo recenti rilevazioni ISTAT, infatti, nel SSN la presenza femminile è alta (60,9 % del totale); tuttavia nella distribuzione dei ruoli le donne costituiscono solo il 32,2% dei Dirigenti medici, mentre sono il 75,5% del personale infermieristico. Altro dato meritevole di considerazione potrebbe essere la valutazione dell'anzianità di servizio generale nel SSN rispetto a quella maturata nella propria azienda di appartenenza, cosi da far luce sui dati relativi alla mobilità verso altre aziende. 2. Informazioni sull'attività lavorativa e i comportamenti: si può evincere dalle risposte se esiste equità tra lavoro svolto in gruppo/team o individualmente, e in riferimento ai rapporti interpersonali è chiaramente intuibile se le relazioni che si instaurano sono di tipo orizzontale o verticale. 3. Conoscenze ritenute rilevanti: laddove emergesse una elevata percentuale di risposte a favore delle attività manageriali rispetto a quelle di tipo specialistico-professionali i risultati sarebbero in linea e coerenti con la qualifica di Dirigente medico "con responsabilità di struttura", categoria rappresentativa del campione di riferimento. 4. Capacità ritenute rilevanti: professionali e mangaeriali, relazionali e personali. 5. Percezione dell'importanza di un sistema di gestione per competenze: prevede di indagare se può essere rilevante introdurre nel SSR della Regione Marche un sistema di gestione per competenze. Tendenzialmente tale sistema diventa pregnante di significato solo se collegato ai sistemi di sviluppo del personale.

LIMITI. Trattandosi di una proposta d'indagine il progetto è ancora in fase del tutto sperimentale.

CONCLUSIONI. Attraverso la proposta di un'indagine conoscitiva da realizzare nel contesto della Regione Marche, viene inevitabilmente a delinearsi il profilo del "medico manager", responsabile di azienda o di struttura, conscio o meno del ruolo svolto e consapevole del vantaggio che può avere l'introduzione di un sistema di gestione per competenze collegato a sistemi di sviluppo del personale. L'importanza di portare al centro dell'attenzione le diverse professionalità come fattore critico per la qualità del sistema emerge quasi quotidianamente nel mondo sanitario e sarebbe opportuno comprendere lo stadio raggiunto dalle aziende nell'evoluzione dei processi di gestione delle risorse umane.

Autore per la corrispondenza: Pioli Fabia – Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti –
Email: fabiaost@libero.it

187. Qualità didattica tutoriale: il “percepito” dello studente del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche, Polo di Macerata

Pioli Fabia[1], Gatti Chiara[1], Buccolini Mara[2], Pelagalli Mauro[2]

[1]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti, [2]ASUR Marche - Area Vasta n. 3

BACKGROUND. In questi ultimi anni nel campo universitario si è assistito a una vera e propria invasione di termini come “sistema tutoriale”, “tutorship”, “didattica tutoriale”, poiché intrinsecamente legati al processo educativo che tale istituzione mette in atto. Nell’ambiente diventa incisivo il ruolo del mentor o precettore o guida come colui in grado di indirizzare gli studenti infermieri dalla teoria all'applicazione pratica, trasmettere il modello di ruolo insegnando le competenze cliniche utilizzando il pensiero critico (Omanski, 2010). Un recente studio svolto in diversi contesti europei ha confermato l’importanza del ruolo formativo dei “mentors” nella formazione infermieristica, sottolineando però l’aspetto di una profonda difformità nei programmi formativi, requisiti richiesti, attività, ruolo e competenze degli stessi (Salminen et al, 2010).

OBIETTIVI. Misurare, attraverso un questionario anonimo, quanto l’attuale modello tutoriale di riferimento è percepito in grado di supportare lo studente nelle differenti fasi esperienziali, emotive e metodologiche, accompagnandolo verso un agire riflessivo e orientato nella complessità delle azioni di chi si occupa dell’assistenza alle persone, anche in risposta ai suoi bisogni di apprendimento.

METODI. È stato creato un questionario ad hoc strutturato a partire dall’analisi di studi presenti in letteratura sul ruolo tutoriale in ambito didattico, prendendo come spunto il questionario CLES “CLINICAL LEARNING ENVIRONMENT AND SUPERVISION evaluation scale plus NURSE TEACHER scale” (Saarikoski & Leino-Kilpi 2002), del quale sono stati utilizzati gli item volti ad indagare la percezione degli studenti relativa alla relazione con il tutor didattico. A questi sono stati aggiunti 8 item per sondare le competenze metodologico-scientifiche e quelle avanzate, con opportuno richiamo ai descrittori di Dublino. Ai 22 item è stato possibile rispondere utilizzando una scala di valutazione Likert con punteggio da 1 a 5 (1= forte disaccordo, 5= forte accordo). Il questionario è stato distribuito agli studenti appartenenti al II e III anno del CDL in Infermieristica del Polo Didattico di Macerata, Università Politecnica delle Marche, con un’adesione pari a n. 106 partecipanti (n. 53 appartenenti al II anno di corso e n. 53 al III). La ricerca è stata svolta in un periodo compreso tra luglio e settembre 2017 e la partecipazione è stata su base volontaria. È stato chiesto di rispondere in riferimento all'attività dei tutor didattici, delle guide di laboratorio e del Coordinatore AFP e TC del Corso di Laurea in Infermieristica. I dati sono stati inseriti in un data base creato con Microsoft Office Excel 2007 ed elaborati dal ricercatore.

RISULTATI. 1. Statistiche descrittive relative ai partecipanti allo studio: gli studenti che hanno aderito sono stati 53 del II anno (28,3% sesso maschile vs 71,7% sesso femminile) e 53 del III anno (20,7% sesso maschile vs 79,3% sesso femminile). La quasi totalità di essi è di età compresa tra i 20 e i 25 anni (86,7% II anno vs 73,5% III anno) e il titolo di studio posseduto ha un picco maggiore per la maturità tecnica nel II anno (43,3%) e per quella scientifica nel III (43,3%). 2. Statistiche descrittive relative all'interazione dei tutor con lo studente: il percepito è di un buon livello generale, registrando una media su scala Likert di 4,2 per gli studenti del II anno e di 4,5 per quelli del III. 3. Statistiche descrittive relative alla capacità di stimolare la partecipazione dello studente: la media generale ottenuta dalla macroarea è di 4,4 su scala Likert per il II anno e di 4,6 nel III. 4. Statistiche descrittive relative alle competenze scientifico-metodologiche: la media ottenuta nel gruppo degli studenti del II anno è pari a 4,1 della scala Likert, 4,5 per quelli del III. 5. Statistiche descrittive relative alle competenze avanzate: la media generale ottenuta su scala Likert è di 4 per il II anno e di 4,4 per il III.

LIMITI. Monocentrità dello studio e campione numerico ridotto.

CONCLUSIONI. L’analisi delle componenti principali ha consentito di evidenziare gli aspetti che maggiormente hanno contribuito a determinare il livello di soddisfazione percepita dagli studenti sul modello tutoriale di riferimento del Corso di Laurea in Infermieristica. Mentre nel primo gruppo, costituito dagli studenti del II anno di corso, il livello di soddisfazione era correlato al clima, alle relazioni di tutorato e alla disponibilità dei tutor stessi, nel secondo, rappresentato dagli studenti del III, questo parametro è connesso ad aspetti legati soprattutto alle dimensioni cliniche: clima, apprendimento, relazione di tutorato, conoscenze teorico-pratiche. Infatti un buon ambiente di apprendimento si realizza quando esiste cooperazione all’interno dello staff, una buona atmosfera e lo studente è visto come un collega (Pappe at al, 2003).

Autore per la corrispondenza: Pioli Fabia – Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti –
Email: fabiaost@libero.it

188. Realizzazione di una procedura unificata per l'accoglienza, l'inserimento e la valutazione del neoassunto: il caso dell'Area Vasta 2 dell'ASUR MARCHE

Pioli Fabia[1], Gatti Chiara[1], Fermani Laura[1], Grassi Maria Cristina[2]

[1]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti, [2]ASUR Marche - Area Vasta n. 2

BACKGROUND. La gestione delle risorse umane rappresenta sempre più quello che è un ruolo strategico per l'erogazione di servizi di qualità: avere professionisti competenti e motivati porta ad una loro maggiore attenzione verso l'utente e ciò permette al sistema di puntare a quel ruolo di valorizzazione della tutela della salute che è cardine delle organizzazioni sanitarie. I continui processi di mobilità del personale infermieristico-ostetrico, nonché le sostituzioni delle assenze per lunghe malattie, aspettative o gravidanza, producono un elevato turnover; da qui l'esigenza di approntare un processo di selezione ed inserimento che sia realmente strumento funzionale dell'organizzazione aziendale per orientare al meglio le assegnazioni del personale e valutarne le capacità, le attitudini e la professionalità, dal momento dell'assunzione e per tutto il periodo di prova.

OBIETTIVI. Proporre una procedura unificata per l'accoglienza, l'inserimento e la valutazione del neoassunto nei Dipartimenti dell'Area Vasta 2 (AV2) dell'ASUR MARCHE.

METODI. Dopo una revisione della letteratura e l'analisi delle procedure in uso per singola Unità Operativa (U.O.) dell'AV2 dell'ASUR MARCHE, si è giunti alla stesura di un documento definitivo e completo di flow chart. La procedura, unica in Area Vasta, ha lo scopo di fornire la descrizione delle funzioni e le attività del processo di inserimento e valutazione del personale che accede per la prima volta nei servizi assistenziali dell'Azienda. Essa ha visto la collaborazione della Dirigente dell'Area Infermieristico-Ostetrica con un gruppo di lavoro composto da Collaboratori Professionali Sanitari Esperti provenienti da diversi Dipartimenti. Il documento è stato sottoposto all'approvazione del Dirigente del Servizio Infermieristico e presentato nel corso degli incontri cui hanno preso parte i Coordinatori di U.O. in tutte le quattro sedi dell'AV2 (Ancona, Jesi, Senigallia, Fabriano). Alla divulgazione è seguito un periodo di sei mesi di applicazione sperimentale che si concluso a dicembre 2017. Sono seguiti, a gennaio 2018, nuovi incontri con i Coordinatori di U.O. allo scopo di eseguire una revisione a breve termine ed apportare le eventuali modifiche necessarie alla implementazione e messa a regime definitiva. La Dirigenza Infermieristico-Ostetrica dell'AV2 ha provveduto all'introduzione nel Piano Formativo Aziendale 2018 di un evento indirizzato ai professionisti sanitari con il ruolo di tutor aziendali, per l'inserimento del neoassunto. La formazione si è svolta in 4 edizioni, una per ogni sede, e verrà ripetuta negli anni a seguire allo scopo di coinvolgere e formare il maggior numero possibile di operatori.

RISULTATI. 1. Accoglienza ed inserimento del neoassunto nell'U.O./Servizio: incontro col Coordinatore per un primo colloquio d'informazione che riguarda l'organizzazione generale e specifica della U.O., le tematiche contrattuali e il Piano di apprendimento-valutazione, con illustrazione dei contenuti e dei tempi per il raggiungimento degli obiettivi. Il Coordinatore provvederà a consegnare gli strumenti informativi ed operativi e presenterà il tutor clinico. È tenuto a dare indicazioni sul luogo dedicato al deposito dei Dispositivi di protezione individuale e degli ausili, dare indicazioni sulle procedure di sicurezza e far visionare le vie di esodo, la segnaletica e la dotazione dei presidi antincendio presenti. 2. Fase di addestramento: il neoassunto è affiancato dal tutor di U.O./ Servizio, sotto la responsabilità del Coordinatore, che deve assicurare un periodo di supervisione di 30 giorni di cui almeno 15 di addestramento e non inferiore ad un turno completo. 3. Valutazione: avviene tramite lo strumento del "Piano di apprendimento e di valutazione del personale neoassunto" e prevede una valutazione iniziale (a 1 mese), una intermedia (a 3 mesi) e una finale (a 6 mesi). Al termine del periodo di prova il Coordinatore invia la scheda al dirigente dell'Area Infermieristico-Ostetrica delle Professioni Sanitarie, il quale, dopo averla visionata, la invia all'Ufficio Giuridico- Amministrativo per l'archiviazione nel fascicolo personale del dipendente.

LIMITI. Monocentricità dello studio, applicato esclusivamente nel contesto dell'AV2 dell'ASUR MARCHE.

CONCLUSIONI. Dallo studio della letteratura inerente l'inserimento del neofita e nei documenti consultati, si è evidenziato come le recenti teorie del management stimino l'importanza di una valida leadership e di un buon clima organizzativo. Risulta determinante porre l'attenzione sull'investimento e la valorizzazione delle risorse umane come opportunità di crescita per tutte le figure coinvolte (neofita, Coordinatore, tutor aziendale) e per l'intera organizzazione. Determinante risulta la metodologia che sottende all'adozione di uno strumento univoco e validato come la procedura aziendale/dipartimentale o di Area Vasta, come nel caso dell'AV2 dell'ASUR MARCHE, che assicura definizione chiara di obiettivi, passaggi chiave, responsabilità e una corretta valutazione del neofita.

Autore per la corrispondenza: Pioli Fabia – Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti –
Email: fabiaost@libero.it

189. Lotta agli sprechi in ASL TO3: soluzione per risparmiare, innovare e guadagnare in salute e sicurezza

Poletti Alessandra[1], Minniti Davide[1], Olivero Andrea[1], Calandra Teresa[1], Bisanti Francesca[2], Presutti Michele[1], Boraso Flavio[1]

[1]ASL TO3, [2]ASL TO4

BACKGROUND. I cambiamenti culturali, demografici e tecnologici che sta affrontando la società odierna, la crisi economica e le conseguenti restrizioni finanziarie imposte alla sanità pubblica mettono a dura prova la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. In questo difficile contesto, le aziende sanitarie sono chiamate a contribuire alla salvaguardia dei principi fondanti del nostro SSN, mettendo in atto strategie alternative al mero contenimento della spesa, finalizzate ad ottenere migliori risultati dalle risorse investite grazie alla lotta agli sprechi, alla riqualificazione dell'assistenza in termini di appropriatezza clinica e organizzativa, all'incremento del value e alla dismissione di apparecchiature obsolete che comportano costi sociali ma, soprattutto, costi di esercizio.

OBIETTIVI. La revisione dell'offerta e della spesa in ASL TO3 è stata effettuata con l'obiettivo di individuare aree di spreco e di inefficienza sulle quali agire per recuperare risorse economico-finanziarie da reinvestire in servizi di valore per il paziente e in innovazione tecnologica, il cui grado di efficienza può influenzare direttamente la qualità del servizio offerto al paziente in termini di sicurezza nonché di impiego e accuratezza diagnostica e terapeutica.

METODI. Le azioni di disinvestimento e riallocazione sono partite da un lato da un'attenta revisione dei processi aziendali, clinico-assistenziali e di supporto (amministrativi), per individuare possibili sprechi e inefficienze e dall'altro da un'analisi di HTA delle Tecnologie sanitarie presenti in Azienda, per valutare lo stato di manutenzione delle apparecchiature, il fabbisogno tecnologico e per stillare un elenco di priorità di acquisto. Le operazioni di efficientamento, che hanno visto il coinvolgimento di diverse Strutture e dei loro operatori, possono essere ricondotte in parte al contenimento degli sprechi individuati in settori diversi da quello sanitario (risparmi da minori affitti dovuti alla razionalizzazione delle sedi aziendali, rinegoziazioni contrattuali, risparmi energetici, di telefonia e in beni materiali non sanitari), in parte a interventi di sistema (revisione delle prescrizioni in termini di appropriatezza, centralizzazione dei sistemi di acquisto dei farmaci ad uso ospedaliero e territoriale e razionalizzazione delle forniture a pari servizio ai cittadini in ambito di assistenza protesica).

RISULTATI. Grazie agli interventi di riduzione dei costi gestionali e di ottimizzazione dei processi, l'ASL TO3 è riuscita a maturare al termine dell'anno 2017 un utile netto di 7,5 milioni di euro, risultato ottenuto per il secondo anno consecutivo in linea con il bilancio consuntivo dell'anno precedente. L'utile derivante da tale biennio si è tradotto in un piano di acquisti condiviso con la Regione Piemonte che si sta operativamente completando nell'anno 2018. In particolare, l'azione di reinvestimento secondo la logica di HTA "investire per disinvestire", ha permesso di acquistare nuovi sistemi di videochirurgia, nuovi sistemi per la radioscopia digitale, mammografi, ecocardiografi, ECG, cistoscopi/endoscopi, nuovi sistemi di monitoraggio per la Rianimazione etc. Sono inoltre stati finanziati lavori per il completamento tecnologico delle centrali di sterilizzazione dei Presidi Ospedalieri di Rivoli e Pinerolo. Tale reinvestimento con conseguente ridistribuzione dell'offerta ha contribuito ad un aumento della produzione complessiva di prestazioni sanitarie pari a 1,7 milioni di euro, corrispondente ad un incremento dell'1,3% rispetto all'anno precedente.

LIMITI. La lotta agli sprechi comporta un forte cambiamento culturale che deve necessariamente coinvolgere l'intera organizzazione e, come noto, la sfida del cambiamento culturale delle organizzazioni, specialmente se complesse come le aziende sanitarie. Tali comportamenti "proceduralizzati" costituiscono la base della cultura organizzativa di un'azienda, ma possono poi diventare un limite al cambiamento creando resistenza e di inerzia.

CONCLUSIONI. I risultati del piano di efficientamento approntato presso l'ASL TO3 hanno reso evidenza di come sia possibile ottenere ingenti risparmi seguendo la strategia della riduzione o eliminazione degli sprechi. L'Azienda ha poi pianificato di investire tali risparmi per l'innovazione tecnologica e per lo sviluppo di servizi di qualità, continuando con dedizione il percorso intrapreso e cercando di incoraggiare tutti gli operatori ad apportare ogni giorno piccoli cambiamenti, il cui effetto complessivo potrà contribuire a diventare un processo di selezione, miglioramento e sostenibilità dell'intera Organizzazione Aziendale.

Autore per la corrispondenza: Poletti Alessandra – ASL TO3 – Email: alpoletti@aslto3.piemonte.it

190. Il progetto di sensibilizzazione alla deprescrizione nel paziente anziano in ASL TO3: i numeri della formazione ai medici di medicina generale

Presutti Michele[1], Miozzo Simonetta[1], Fasano Paola[1], Esposito Paola[1], Coggiola Nadia[2], Venuti Silvio[1], Boraso Flavio[1]

[1]ASL TO3, [2]Università degli Studi di Torino

BACKGROUND. Per deprescrizione si intende il processo di riduzione o sospensione della dose di farmaci qualora risultino inappropriati per il paziente nel rispetto delle esigenze e obiettivi di cura (Scott IA et al, JAMA 2015). Tra i fattori predittivi correlati all'uso inappropriato di farmaci emergono la politerapia e l'età avanzata. Globalmente infatti, circa il 20% dei pazienti ultraottantenni riceve la prescrizione di almeno un farmaco inappropriato (Fialova et al, Jama 2005). Tra i compiti del medico di medicina generale vi è quello di gestire e supervisionare le terapie nell'ottica dell'appropriatezza prescrittiva. Secondo le evidenze tuttavia, spesso i medici sono poco inclini a interrompere i farmaci per carenza di tempo, difficoltà nella comunicazione per ottenere la compliance terapeutica e scarsità di linee guida.

OBIETTIVI. Il progetto formativo è indirizzato a Medici di Medicina Generale e agli specialisti ambulatoriali per sensibilizzarli sulla problematica della contemporanea assunzione di numerosi farmaci, con particolare riferimento alla popolazione anziana. Il percorso fornisce inoltre gli strumenti necessari alla base dell'attività di deprescrizione aggiornando i medici sulle ultime evidenze disponibili.

METODI. Il progetto formativo si compone di 4 edizioni di un corso residenziale dal titolo: "Sospendere i farmaci negli anziani: un approccio evidence based". È prevista inoltre la realizzazione di una Survey per indagare il grado di conoscenza dei medici di medicina generale mediante questionario realizzato da Vittorio Maio (Thomas Jefferson University, USA) e Marco Lombardi (Azienda U.S.L. di Parma, Italia) comprendente nove item valutati mediante una scala di tipo Likert a sette punti per la raccolta del livello di accordo sul tema della deprescrizione e dei potenziali fattori che influenzano questo processo. Si sta inoltre realizzando un Percorso Formativo sul Campo (FSC) destinato ai medici di medicina generale che afferiscono alla casa della salute di Torre Pellice e che in parte saranno coinvolti nell'ambulatorio di deprescrizione "DERT" per la rivalutazione dei loro assistiti ultra 65enni in terapia con 5 o più tipologie di farmaci, concorrendo al miglioramento dell'aderenza terapeutica e alla prevenzione dei danni da interazione dei medicamenti. Il percorso di FSC prevede come indicatori di risultato il numero di schede di pazienti ultra 65enni pluripatologici analizzate, il numero di pazienti inviati a consulenza DERT sul totale dei pazienti individuati, il numero di pazienti visitati in ambulatorio DeRT e il numero di pazienti "deprescritti" sul totale dei soggetti che hanno fatto accesso all'ambulatorio.

RISULTATI. Formazione residenziale: sono state realizzate tutte le 4 edizioni del corso. I partecipanti complessivamente sono stati 120 ed hanno espresso per il 90% giudizi positivi sull'iniziativa formativa, in particolare per quanto riguarda la pertinenza degli argomenti trattati rispetto alle esigenze professionali specifiche. Un giudizio ampiamente positivo è stato espresso anche in merito alle possibili ricadute in termini di efficacia dell'intervento formativo. La Survey online tramite questionario caricato sulla Piattaforma Smart4Learn della ASL TO3 ha coinvolto oltre 500 medici di medicina generale. La somministrazione è attualmente ancora in corso, la modalità on-line consente un'immediata valutazione dei risultati e la profilazione degli atteggiamenti con il calcolo del coefficiente di correlazione tra la familiarità (confidence) dei medici con la deprescrizione e le attitudini o gli ostacoli ad essa associati. La formazione sul campo si propone di sperimentare nuovi modelli di cure primarie tenuto conto delle indicazioni regionali e dei mutati bisogni sociosanitari e dell'evoluzione della medicina generale. Coinvolgerà 15 medici e una infermiera inserita nel progetto dell'ambulatorio di deprescrizione (DERT). L'impatto atteso dell'ambulatorio a seguito della partecipazione dei medici al percorso di FSC verrà valutato attraverso la riduzione delle prescrizioni inappropriate e l'aumento dell'aderenza terapeutica.

LIMITI. Il progetto permette di incrementare la formazione dei medici di medicina generale in tema di appropriatezza prescrittiva, ma non rappresenta tuttavia uno strumento univoco a garanzia dell'attività di deprescrizione e riconciliazione terapeutica, tenuto conto delle variabili intercorrenti legate alla fragilità della popolazione target.

CONCLUSIONI. Per introdurre cambiamenti nei comportamenti prescrittivi non è sufficiente la sola somministrazione in aula di contenuti scientificamente validati (obiettivo della formazione residenziale), ma occorre innanzitutto comprendere le motivazioni e gli atteggiamenti alla base degli stessi (obiettivo della Survey) attraverso situazioni concrete (obiettivo della FSC) per un apprendimento attraverso il fare, che garantisce maggiore profondità e durata al cambiamento del comportamento professionale.

Autore per la corrispondenza: Coggiola Nadia – Università degli Studi di Torino – Email: n.coggiola@unito.it

191. Indagine campione sul livello di comprensione della nuova informativa privacy. Il rischio della violazione per la struttura se non adempie all'obbligo di far capire all'utente cosa sta firmando

Pulvirenti Sabrina[1], Castiglia Gianfranco[2], Serini Fabio[1]

[1]IPA – Istituto di Previdenza e Assistenza per i dipendenti di Roma Capitale, [2]Studio Castiglia di Risk Management

BACKGROUND. In Italia il D. Lgs n.101/2018 ha adeguato il Codice Privacy (D. Lgs 196/2003) al GDPR. Quest'ultimo con il concetto della accountability, ha investito i Titolari del trattamento, (i legali rappresentanti delle strutture sanitarie pubbliche o private), della responsabilità, non solo di rispettare il nuovo Regolamento privacy ma anche accertarsi che l'utenza abbia compreso l'informativa in ogni sua parte, potendo quindi, in maniera chiara ed inequivocabile, conferire i propri dati ed eventuali consensi, in modo consapevole. Ricordiamo infatti che in base all'art. 9 2^ lettera h) del GDPR le attività sanitarie non necessitano del rilascio preventivo del consenso ma sono obbligate ad un'adeguata informativa. Il combinato disposto del Regolamento EU 2016/679 e della L.24/2017, nota come L. Gelli-Bianco, fanno sì che una violazione della normativa privacy, rappresenti, in quanto difetto organizzativo della struttura, una fonte di rischio da gestire secondo procedure di Risk Management.

OBIETTIVI. Il Presidio Centro di Medicina Preventiva dell'Istituto di Previdenza ed Assistenza dei Dipendenti di ROMA Capitale, circa 27.000 utenti,predisposto quanto necessario e dopo il periodo di utilizzo Giugno-Novembre 2018, ha voluto testare la validità e la comprensione dell'informativa privacy rilasciata agli utenti, per verificare la bontà dell'azione di adesione alla normativa e, nel caso, porre in essere le necessarie azioni correttive o migliorative atte a limitare il rischio di incorrere in violazioni e/o sanzioni, nell'ambito dell'azione di Risk Management dell'Ente stesso.

METODI. Per misurare l'obiettivo prefissato, è stato somministrato un questionario in forma anonima a compilazione volontaria, formulato con 9 quesiti a risposta tripla, ove l'utente a seconda del suo livello di soddisfazione, ha indicato con una "X" il gradimento alto, medio o scarso ed ha segnalato eventuali suggerimenti. Per misurare l'obiettivo prefissato, è stato somministrato un questionario in forma anonima a compilazione volontaria, formulato in 9 quesiti a risposta tripla, ove l'utente a seconda del suo livello di soddisfazione, ha indicato con una "X" il gradimento Alto, Medio, Scarso ed ha segnalato eventuali Suggerimenti. Sono stati somministrati, per 4 giorni consecutivi, a dicembre 2018,500 questionari. Ogni giorno sono stati distribuiti dal personale infermieristico preventivamente informato ed addestrato 125 questionari che gli utenti hanno depositato in contenitore dedicato. L'analisi dei dati è stata condotta per singola frequenza di risposta, cioè per tipologia (alto-medio-scarso) per quesito. Si è ritenuto di validare i questionari che avessero almeno 7 risposte su 9. I suggerimenti sono stati riportati in sede separata.

RISULTATI. Su 500 questionari distribuiti, ne sono stati compilati e validati, 421 (84,2%), mentre 79 pari al 15,8%, sono state escluse poiché non compilate o incomplete. Su un totale di 3.789 possibili valutazioni, il riscontro ottenuto è stato di: 2.406 "Alto" (63,5%), 1.100 "Medio" (29%) e 217 "Scarso" (5,7%). Tralasciando le valutazioni "Alto", i tre quesiti che, nelle singole tipologie "Medio" e "Scarso", hanno ricevuto il maggior numero di valutazioni sono state nell'ordine:.per Medio:n. 2 (156):Èsoddisfatto delle info ricevute per il trattamento dei suoi dati personali?; n.3 (144) ha compreso info ricevute sul trattamento dei suoi dati? n.1 (139) È stato informato sui trattamenti relativi ai sui dati? per lo Scarso: n.5 (39) ha compreso che puo'chiedere l'accesso o la rettifica dei suoi dati personali?; n.8 (34) ha compreso che potrebbe essere contattato telefonicamente o via e-mail?; n.7 (33) ha compreso le info ricevute sui diritti che puo' esercitare?; Sommando le preferenze "Medio" e "Scarso", i quesiti critici sono risultati nell'ordine: n.2 (156+16 = 172 ~13%) n.3 (144+22 = 166 ~13%) n.5 (120+39 = 159 ~12%).

LIMITI. Verosimilmente, i limiti dell'indagine, sono rappresentati: • dal campione di 500 schede, sulla totalità dei 27.000 utenti, potrebbe non sembrare sufficientemente rappresentativo. Ma essendo gli utenti attivi sanitari del CMP circa 10.5000/anno, il campione ne rappresenta circa il 4,8%. Tale limite verrà superato dalla somministrazione permanente del questionario. • Dalla necessità di tempi maggiori con un team dedicato che consentano di illustrare, a ciascun utente, ogni singola domanda.

CONCLUSIONI. Le opportunità emerse da questa prima indagine sono rappresentate dalla somma delle valutazioni "Medio" e "Scarso" dei quesiti 2, 3 e 5, da cui emerge la necessità per la struttura di comunicare in modo più semplice ed intuitivo all'utente quali sono i trattamenti effettuati sui dati e quali sono i suoi diritti tenendo presente la scarsa conoscenza da parte dell'utenza stessa della normativa. Questo richiederà una maggiore formazione del personale sui diritti dell'interessato e sui trattamenti dei dati.

Autore per la corrispondenza: Pulvirenti Sabrina – IPA – Istituto di Previdenza e Assistenza per i dipendenti di Roma Capitale – Email: sabrina.pulvirenti66@gmail.com

192. La dimensione empatica dell'infermiere nella gestione delle vittime a seguito di una catastrofe naturale

Quaglia Sonia[1], Tommasi Marinella[2], Fiori Cinzia[2]

[1]Università Politecnica delle Marche, [2]ASUR Marche - Area Vasta n. 5

BACKGROUND. La figura dell'operatore d'emergenza ha il compito di fornire primo soccorso, sia fisico che psicologico, ad un individuo o una comunità ogni qualvolta si presenti un evento di pericolo, sia che si tratti di un'emergenza, di una maxi-emergenza o di una catastrofe. Eventi catastrofici possono compromettere il mondo emozionale dell'operatore, fino a generare uno stato di stress lavorativo, risultato di uno squilibrio fra risorse disponibili e richieste dell'ambiente esterno, che se non si è in grado di contrastare può portare talvolta all'insorgenza di vere e proprie patologie come stress cronico, burnout e trauma vicario. Per evitare che questo accada è importante fornire una formazione psicosociale preventiva agli operatori del soccorso, relativa alle tematiche dell'emergenza, e attuare degli interventi di sostegno psicologico volti all'elaborazione delle problematiche vissute. Inoltre attraverso l'esperienza, i vissuti e il modificarsi dei meccanismi mentali, gli operatori del soccorso sviluppano delle strategie di coping, cioè comportamenti da adottare per far fronte alle emozioni provocate dall'evento critico.

OBIETTIVI. Rilevare quali sono state le strategie di coping applicate dai soccorritori della centrale operativa di Rieti e Ascoli Piceno, per far fronte allo stress procurato da un evento catastrofico, quale il terremoto del Centro Italia del 24 agosto 2016.

METODI. Per eseguire lo studio, è stato utilizzato uno strumento costruito e convalidato nel 1988 da McCammon et al, la Coping Responses of Rescue Workers Inventory (CRRWI). Si tratta di un questionario che indaga sulle diverse modalità, degli operatori di emergenza, di reagire ad un evento di soccorso difficile e stressante. Il questionario è stato ridotto a 18 times in cui i soggetti hanno indicato la frequenza in cui le hanno svolte nel post-evento attraverso degli indicatori: mai (0), raramente (1), qualche volta (2), spesso (3), ad ogni azione corrisponde a suo volta uno stile di coping: a)ottimista che si distrae (stile 1), in cui attua comportamenti per cercare nuovi interessi e hobby in modo da distarsi, b) razionale e sociale (stile 2), in cui gli operatori tendono a chiedere aiuto a altre persone o religioni, c) centrato su di sé, legato alle emozioni e alla situazione (stile 3), dove il soggetto trova motivazione ricordandosi quale è il ruolo che ricopre e la sua importanza. Il questionario è stato rivolto a tutti gli operatori del soccorso (autisti, infermieri, medici) delle centrali operative di Ascoli Piceno e Rieti che sono state le prime a giungere sul luogo il 24 agosto 2016, la centrale operativa di Rieti ad Amatrice e la centrale operativa di Ascoli Piceno a Pescara del Tronto. La somministrazione è stata effettuata 05/2018 nella centrale operativa di Ascoli Piceno e a 06/2018 a Rieti, quindi a due anni di distanza dal terremoto.

RISULTATI. Sono stati somministrati 50 questionari ed hanno risposto in totale 32 operatori di cui 20 ad Ascoli e 12 a Rieti. Il campione è composto dal 50% da infermieri, per il 41% da autisti e 9% da medici. Dallo studio è emerso che la maggior parte degli operatori (60%) sia nella centrale operativa di Ascoli Piceno che a Rieti, per contrastare lo stress prodotto dalle emozioni e reazioni in seguito all'evento ha attuato un comportamento ottimista (stile 1) e il 20% ha attuato sia uno comportamento razionale e sociale (stile 2) che un comportamento centrato su di sé legato alle emozioni e alla situazione (stile 3). Si è riscontrato inoltre che il 25% dei soggetti invece di attuare un solo stile di coping hanno aderito a due, di questi il 38% hanno attuato sia un comportamento ottimista e razionale (stile 1 e stile 2), che un comportamento razionale e centrato su di sé (stile 2 e stile 3), il restante 25% invece ha adottato un comportamento centrato su di sé e ottimista (stile 3 e stile 1).

LIMITI. Trattandosi di uno studio svolto in piccole realtà come le centrali operativi di Rieti ed Ascoli Piceno che registrano un massimo di 50 operatori i dati raccolti hanno prodotto un campione limitato.

CONCLUSIONI. Dallo studio osservazionale effettuato è emerso che tra gli stili di coping proposti il più diffuso tra gli operatori è uno stile ottimista, basato sul ricercare nuovi interessi, hobby e affrontare la vita con positività. Diversi studi hanno infatti evidenziato che adottare un comportamento ottimista aiuta a superare con meno difficoltà un'esperienza traumatica, tuttavia esistono molteplici stili di coping che un individuo può adottare a seconda del proprio vissuto, del proprio credo e delle emozioni che l'evento gli ha provocato. In quanto essi derivano dalla storia personale del soggetto è difficile intervenire per modificarli, ma è possibile pianificare una formazione con lo scopo di promuovere stili di coping e reazioni emotive che provocano una crescita dinamica dell'operatore, sia professionale che personale.

Autore per la corrispondenza: Quaglia Sonia – Università Politecnica delle Marche – Email: sonia96sq@gmail.com

193. La formazione sulla farmacovigilanza e reazioni avverse da farmaci in Neuropsichiatria Infantile (NPI)

Regnicoli Februa, Garzone Angela M. Felicita, Pompilio Adriana, Andresciani Emanuela, Cingolani Laura, Siliquini Sabrina, Porfiri Liliana, Matricardi Sara, Cesaroni Elisabetta, Pasquini Angelica

Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti

BACKGROUND. Nell'anno 2017, la SOD Neuropsichiatria Infantile dell'Ospedale Salesi di Ancona ha intrapreso un percorso di formazione specifica con la SOD Farmacia Salesi sulla farmacovigilanza. La Farmacovigilanza è la disciplina e l'insieme di attività volte all'individuazione, valutazione e prevenzione di effetti avversi o altri problemi correlati all'utilizzo dei farmaci. La Farmacovigilanza ha l'obiettivo di monitorare costantemente il farmaco durante il suo impiego nella pratica clinica, con lo scopo di individuare la comparsa di reazioni avverse (Adverse Drug Reactions) e contribuire all'osservazione de gli effetti avversi nella sperimentazione clinica, confermandoli e/o individuandone nuovi. Il sistema della segnalazione spontanea rappresenta lo strumento cardine per le attività di farmacovigilanza, in quanto consente di rilevare potenziali segnali di allarme relativi all'uso di tutti i farmaci disponibili sul territorio nazionale. Tuttavia, tale strumento trova difficoltà a diffondersi tra i medici italiani, che spesso tendono a considerare la compilazione della scheda di segnalazione esclusivamente come un obbligo o un adempimento burocratico, piuttosto che una parte integrante della propria attività professionale. Il fenomeno della sottosegnalazione rappresenta la principale problematica della farmacovigilanza.

OBIETTIVI. Il percorso formativo aveva l'obiettivo di approfondire le conoscenze sull'utilizzo dei farmaci in bambini e adolescenti con particolare riferimento alle eventuali reazioni avverse e alle loro segnalazioni per tutte le professioni sanitarie operanti in NPI.

METODI. Realizzazione di un'attività di miglioramento (10 ore) e di due eventi formativi sulla gestione della terapia e sulla farmacovigilanza rivolti a tutti i professionisti sanitari operanti in NPI con accreditamento ECM.

RISULTATI. FORMAZIONE 1) attività di miglioramento "Elaborazione/revisione protocolli/procedure SOD neuropsichiatria infantile per la terapia" con metodica "formazione sul campo" e conseguimento di 10 crediti ECM. Durata 12 ore suddivise in 6 incontri con Audit finale periodo maggio-dicembre 2017. Partecipanti 28 di cui 2 docenti con elaborato finale: Decalogo di gestione sicura della terapia in NPI 2) corso interattivo: "Analisi nella SOD neuropsichiatria infantile della Raccomandazione n.7 del Ministero della salute per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica" con metodica "corso residenziale interattivo" e conseguimento di 5 crediti ECM. Durata 4 ore per edizione (1° edizione maggio 2017, 2° edizione dicembre 2017). Partecipanti 1° edizione 12 2 docenti, 2° edizione 10 2 docenti. Professione partecipanti: Infermieri 52% (10 su 19 di cui 3 assenti ad entrambi i corsi per ferie/L. 104/turno/maternità, 5 assenti ad un corso per turno, 1 assente), medici 100% (7 su 7), Tecnici neurofisiopatologia 50% (2 su 4), Tecnici neuropsicomotricità 50% (1 su 2), Farmacisti (4 su 4). Hanno partecipato i medici in formazione di Farmacia e Pediatria Modulo segnalazione ADR AIFA reso disponibile presso studio medici e dentro al blocco terapia SEGNALAZIONI ADR Le segnalazioni ADR dall'anno 2015 all'anno 2018 sono state 22 di cui: Anno 2015: 2 Anno 2016: 0 Anno 2017: 11 Anno 2018: 10 (al 10/12/2018) Diciotto segnalazioni sono state effettuate dal personale medico (81,81%) e 4 dal personale infermieristico (18,18%). TIPOLOGIA FARMACO ASSOCIATO AD ADR Il maggior numero di segnalazioni risulta associato all'uso di farmaci della classe ATC N03 Antiepilettici con 10 (22%) segnalazioni; segue la classe ATC J "antimicrobici e vaccini" con 6 (13,2%) segnalazioni relative a vaccini, 1 (2,2%) relativa ad antibiotico in monoterapia; segue la classe ATC J06 Immunoglobuline con 2 segnalazioni (4,4%), segue la classe ATC A02BA02 "gastroenterologici" 1 (2,2%) segnalazione. Due reazioni sono avvenute in politerapia con 1 (2,2%) segnalazione farmaci anestetici generali stupefacenti gas anestestico ed 1 (2,2%) relativa a tre antibiotici in associazione ad antiepilettico). Reazioni: gravi n. 8, non gravi 14. Delle 8 reazioni gravi, 4 sono avvenute in conseguenza a somministrazione di vaccino (1- morbillo, parotite, rosolia e varicella / meningococcico gruppo A, C, W-135 e Y, 2-morbillo, parotite,rosolia/ meningococcico C, 3 e 4-Vaccino Difterite, Epatite B, Haemofilus Influenzae B, Pertosse, Poliomelite, Tetano/pneumococco (2) 3 dopo somministrazione di antiepilettici (Carbamazepina, Etosuccimide, Perampanel, 1 dopo anestesia generale (Midazolam, Fentanyl, Propofol, Rocuronio, Remifentanil, Sevorane).

LIMITI. Non immediata segnalazione ADR. Segnalazioni fatte da personale ospedaliero per ADR avvenute a domicilio o presso altri ospedali. Mancata partecipazione al 100% del personale, formazione da ripetere per diffondere la cultura della farmacovigilanza.

CONCLUSIONI. Il progetto ha favorito la sensibilizzazione degli operatori sanitari della SOD Neuropsichiatria Infantile alla segnalazione spontanea, come evidenziato dal trend in crescita del numero di sospette ADR inserite dal 2017 al 2018 con un incremento rispetto al 2016 e un miglioramento qualitativo della segnalazione (ad es. numero campi compilati). La formazione in tema di farmacovigilanza è utile per diminuire il fenomeno della sottosegnalazione e per favorire la conoscenza degli effetti avversi dei farmaci.

Autore per la corrispondenza: Regnicoli Februa – Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti –
Email: februa@alice.it

194. Incident reporting sulla terapia in NPI

Regnicoli Februa[1], Porfiri Liliana[1], Pasquini Angelica[1], Dmitrenko Liudmila[1], Pittori Martina[1], Cecchini Lorenzo[1], Donno Maria Giorgia[1], Torcoletti Francesco[1], Vigilante Giulia[2], Simonetti Elisabetta[1]

[1]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti, [2]INRCA Macerata

BACKGROUND. Numerosi studi dimostrano che i pazienti pediatrici sono esposti tre volte più degli adulti ad errori terapeutici potenzialmente dannosi. La frequenza stimata è di 2,3 errori e di 10 "quasi errori" (errori evitati all'ultimo momento, i cosiddetti "near misses") ogni 100 bambini ricoverati di cui 10% in ambito psichiatrico. Per quanto riguarda il tipo di errore nella somministrazione della terapia il più frequente è l'errore di dosaggio (28%), seguito da errori delle vie di somministrazione (18%) e gli errori nella registrazione (14%). Per quanto riguarda la fase in cui l'errore si verifica, la maggior parte avviene nella prescrizione (74%); mentre circa il 10% riguarda la via di somministrazione. Gli errori più frequenti nei bambini sono gli errori di terapia (17%), gli errori di trattamento o di procedura (13%) e gli errori di persona, mentre per i neonati sono piu' frequenti gli errori di trattamento o di procedura (17%), gli errori di terapia (15%) e gli errori relativi all'accettazione, ai trasferimenti ed alla dimissione (14%). Il 10% degli errori di terapia riguarda bambini tra 0 e 4 anni. È emerso che la somministrazione di una dose errata di farmaco costituisce il 23% degli errori di terapia nei bambini ed il 18% nei neonati. La mancata somministrazione del farmaco è al secondo posto tra gli errori di terapia e rappresenta rispettivamente il 10% degli errori di terapia nel bambino ed il 18% degli errori nel neonato. Nell'8% degli errori di terapia nel bambino e nel 13% degli errori di terapia nel neonato è stata sbagliata la frequenza di somministrazione.

OBIETTIVI. Dall'anno 2015 la SOD NPI di Ancona ha posto particolare attenzione alla mappatura delle situazioni di rischio latenti (legate alla struttura, all'organizzazione del lavoro ecc.) e ad interventi correttivi e di prevenzione sugli errori di terapia attraverso la formazione di tutto il personale coinvolto a vario titolo nel processo terapeutico al fine di prevenire danno da errore in terapia.

METODI. Il personale sanitario della SOD NPI in collaborazione con la SOD Farmacia Salesi e la SOS Risk Management, ha intrapreso un percorso di analisi dei rischi e degli errori correlati alle cure dei pazienti. Attraverso riunioni, corsi di formazione, attività di miglioramento, training personalizzato, lezioni personalizzate, ispezioni in reparto, Incident Reporting ha avviato un percorso di sensibilizzazione del personale e di monitoraggio degli eventi indesiderati con conseguente attività di riduzione/risoluzione delle criticità.

RISULTATI. Gli errori di preparazione più frequenti sono: Scambi confezione/ farmaco (6) errore di dosaggio (4) errore nel prelevare il farmaco dall'armadio farmaceutico (farmaco errato) (1) Gli errori di somministrazione più frequenti sono: errore di orario (1) errore di dose (4) Gli errori di registrazione più frequenti sono: mancata registrazione dell'avvenuta somministrazione (1) Incident reporting Anno 2015 (totale 1) 1- (grave-10 fold error) Anno 2016 (totale 3) 2-Somministrazioni di dose errata di farmaco 1-Somministrazione di farmaco diverso da quello prescritto Anno 2017 (totale 6) 3- Scambi confezione/ farmaco (near miss) 1-Scambio di farmaco (evento sentinella) 1- Omissione di terapia 1-Tempo di somministrazione errato 1 -Preparazione errata di terapia domiciliare Anno 2018 (totale 4) 2 Scambi confezione/ farmaco (near miss) 1- errore di dosaggio 1- sottrazione di farmaco da parte di parte di una paziente senza assunzione La causa più frequente indicata dal personale è l'interruzione durante la preparazione/somministrazione della terapia. Produzione di un "Decalogo per la gestione sicura della terapia in NPI". Migliorata la conservazione dei farmaci: data di apertura su confezioni e flaconi multidose di farmaci e disinfettanti, mantenimento nella confezione originale, allocazione in luoghi e a temperature idonee. Prodotto elenco dei farmaci "pericolosi" ad alto livello di attenzione (elettroliti concentrati) e dei farmaci LASA Lista dei farmaci "No crash pills" in sala infermieri Lo schema di diluzione dei farmaci di uso più frequente è in fase di elaborazione.

LIMITI. Le segnalazioni di errore di terapia sono pervenute tramite: personale sanitario e/o familiare coinvolto nel processo di terapia e analisi della documentazione sanitaria/Scheda Unica di Terapia (SUT). Si auspica un maggior numero di segnalazioni volontarie.

CONCLUSIONI. La segnalazione di errori in terapia è estremamente importante e preziosa per la valutazione del percorso del farmaco in quanto consente di rivalutare e correggere l'intero processo. La formazione consente di limitare il fenomeno della sottosegnalazione e di ridurre la cultura della ricerca del colpevole in quanto inefficace perché porta a tenere nascosti gli errori. La formazione favorisce altresì il cambio di mentalità verso la ricerca delle cause dell'errore per correggerle. Essa si è rivelata efficace poiché si discute degli errori senza paura di essere puniti. L'errore è una opportunità di miglioramento se ben affrontato.

Autore per la corrispondenza: Regnicoli Februa – Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti –
Email: februa@alice.it

195. L'infermiere nella realtà psichiatrica "no restraint". Revisione della letteratura

Riccardini Silvia[1], Girotti Susi[2], Marchetti Mara[3]

[1]Neolaureata, [2]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti, [3]Università Politecnica delle Marche

BACKGROUND. A partire dagli anni settanta si è riusciti ad intervenire nella malattia psichiatrica con la riabilitazione che permette di valorizzare ogni persona; finalmente si abbandona il concetto che, chi è affetto da un disturbo psichiatrico ha bisogno solamente di un'assistenza di tipo clinica in quanto è definito inguaribile. Oggi nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) è sempre più accettata l'idea che quadri gravi di disabilità psichica o di disordini dello sviluppo psico-mentale devono essere affrontati con interventi multidisciplinari in ambito psichiatrico di diverso genere: medico-farmacologico, assistenziale, educativo, psicoterapeutico, riabilitativo. Gli SPDC no restraint cercano di evitare percorsi assistenziali centrati esclusivamente sulla custodia e sull'uso di farmaci ed ha come obiettivo la riabilitazione della persona, reintegrare la persona rispettando la propria dignità, valorizzando le proprie risorse, creando un rapporto di fiducia con empatia. Si basano su due principi fondamentali: lavorare con le porte aperte e non legare mai la persona a letto. Inoltre è molto importante la relazione con l'assistito (nursing psicodinamico) e l'holding. In Italia oggi le strutture no restraint sono solamente ventitré.

OBIETTIVI. Obiettivo della revisione è mettere in evidenza che negli SPDC, anche in Italia esistono alternative all'utilizzo di tutti i tipi di contenzione, che permettono un'assistenza mirata alla riabilitazione e reintegrazione della persona con disturbi psichici.

METODI. È stata condotta una revisione della letteratura basata su studi in lingua inglese e italiano, pubblicati negli ultimi 10 anni. Questi studi trattano dell'organizzazione delle strutture no-restraint a livello internazionale, con particolare approfondimento sulle realtà italiane. Le banche dati che sono state utilizzate per la ricerca sono PubMed, Jama, Cochrane e il motore di ricerca Google Scholar.

RISULTATI. Dall'analisi dei 12 articoli inseriti nella revisione, si evidenzia una mancata uniformità nella organizzazione e gestione di queste realtà, pur nel rispetto degli stessi principi che sono a fondamento delle realtà no restraint. La realizzazione degli SPDC no restraint è una conquista per la realtà psichiatrica in Italia. Si è riusciti a superare gli ostacoli che la chiusura dei manicomi ha comportato. Con queste realtà no restraint si riesce a gestire una situazione di crisi senza contenzione meccanica. La persona travolta in una situazione acuta di aggressività e violenza si trova di fronte personale preparato a prendersi cura di lui. È la dimostrazione di un cambiamento culturale sia per l'assistito che per l'infermiere. Il paziente, è considerato come persona con proprie capacità, viene eliminato il pregiudizio che, chi è affetto da disturbi psichici deve solo essere messo a tacere. L'obiettivo è di responsabilizzare e rendere consapevole l'assistito della propria situazione e di renderlo partecipe nel proprio piano terapeutico. L'infermiere si trova in una situazione in cui è molto motivato a crescere professionalmente nell'ambito psichiatrico, il suo ruolo da "controllore" è superato, acquisisce tecniche e responsabilità che portano a dei riscontri positivi nell'assistenza. Il professionista a volte si trova anche a vivere sensazioni di sconforto poiché il riscontro dei suoi interventi relazionali non sarà mai immediato come la contenzione meccanica. Il negoziare con il paziente è un intervento molto lungo ed elaborato, alla fine l'operatore può ritrovarsi estenuato. Per questo, all'inizio soprattutto, gli infermieri non si ritengono soddisfatti del proprio operato e della gestione del reparto, ma credendo nei valori degli SPDC no restraint, con tenacia e mettendo in atto la formazione ricevuta, si noteranno positivi riscontri rispetto all'assistenza che si sta applicando.

LIMITI. Il limite più importante è rappresentato dalla esigua presenza di articoli al riguardo, reperiti attraverso le banche dati consultate.

CONCLUSIONI. Lavorare a porte aperte e usare strategie di lavoro che mettono l'utente al centro del percorso di cura, anche in situazioni di crisi acuta contribuisce a sviluppare criteri positivi come l'autoresponsabilizzazione, la non violenza, l'autodeterminazione, lo sviluppo di capacità che promuovono la resilienza, la co-gestione e la conoscenza della propria malattia, la partecipazione al progetto terapeutico, la conoscenza di sé, la condivisione delle esperienze. Si evidenzia come, dalla realizzazione degli SPDC no restraint, la libertà è terapeutica per chi soffre di disturbi psichici e per gli operatori che credono in questo progetto. Un dato da non trascurare è la necessità di continuo e costante controllo da parte degli operatori per garantire la sicurezza.

Autore per la corrispondenza: Marchetti Mara – Università Politecnica delle Marche –
Email: mara.marchetti@univpm.it

196. La professione infermieristica: le motivazioni e le influenze nella scelta degli studenti

Ricchiuto Pierluigi[1], Rossetti Roberta[2], Marchetti Mara[3], Mercuri Maurizio[3]

[1]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti, [2]Residenza Dorica Santo Stefano, [3]Università Politecnica delle Marche

BACKGROUND. Esistono molte ragioni per cui i giovani scelgono determinati percorsi di carriera, ma è sempre più evidente che il Corso di Laurea in Infermieristica non è realmente considerato come un'opzione valida dagli studenti delle scuole secondarie di secondo grado. L'assistenza infermieristica è una professione profondamente conosciuta in quanto la società non ha ancora pienamente riconosciuto la competenza, l'autonomia e l'indipendenza degli infermieri. Dove altre professioni, come quella medica, sono considerate altamente accademiche, l'infermieristica è considerata "solo" come un semplice prendersi cura del paziente, considerando gli infermieri meno abili e intellettualmente meno capaci. Ancora è forte l'associazione a diverse immagini tradizionali che attribuiscono la professione ad un ruolo vocazionale, con poca autonomia o opportunità di progressione. I nuovi studenti che intraprendono il percorso universitario in Infermieristica usano esempi stereotipati e raccolgono immagini provenienti dai mass-media per descrivere le loro aspettative sulla professione, che spesso è indicata come ultima opzione di scelta e ripiego quando viene meno la possibilità di intraprendere altre strade o carriere universitarie. Diventa fondamentale che questa ricerca e promozione della motivazione abbia inizio in ambito formativo, dove lo studente, futuro infermiere, acquisirà nuove conoscenze e competenze da applicare alla realtà operativa.

OBIETTIVI. Individuare le motivazioni e le influenze che hanno avuto gli studenti prima di intraprendere questo percorso universitario.

METODI. A seguito di una ricerca bibliografica è stato condotto uno studio osservazionale descrittivo nel periodo giugno-luglio 2017. Sono stati arruolati gli studenti iscritti al Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche – sede di Ancona e la raccolta dati ha avuto luogo nelle aule di laboratorio durante le attività formative. Per l'indagine è stato usato un questionario costruito ad hoc che valuta quattro ambiti: dati demografici e relativo profilo socio-anagrafico, percezioni e opinioni della figura dell'infermiere, influenze sulla scelta del Corso di Laurea in Infermieristica e relativo orientamento pre-universitario.

RISULTATI. Hanno partecipato allo studio 279 su 321 studenti (tasso di risposta totale dell'86,91%). Per il 49,10% degli studenti la scelta del corso era una prima opzione, mentre per il 47,67% era una II o III scelta. Il corso di Laurea in Medicina e Chirurgia (37,12%), in Fisioterapia (31,06%) e Ostetricia (15,91%) rappresentano le opzioni preferenziali. Dal questionario è emersa una generale connotazione positiva della professione soprattutto per caratteristiche come: "gratificazione per il rapporto interpersonale con il malato" (34,15%) e "responsabilità personale" (30,02%). Per quanto riguarda l'opinione corrente maggiormente diffusa sulla professione infermieristica tra gli studenti, il 27,49% degli intervistati dichiara che "è un lavoro poco considerato" (27,49%) e "un lavoro impegnativo" (20,16%). Di scarso rilievo appare invece "influenza di amici" (1,48%) o "influenza di genitori e/o parenti" (2,95%). Le motivazioni che hanno spinto maggiormente gli studenti all'iscrizione al corso di laurea in Infermieristica sono di carattere relazionale, come "professione che consente di aiutare chi soffre" (26,37%) o "professione che consente di stare a diretto contatto con le persone" (25,35%). Analizzando l'orientamento pre-universitario, il 33,69% degli studenti ha dichiarato di non aver ricevuto informazioni adeguate riguardanti il corso di laurea in questione prima di effettuare l'iscrizione allo stesso. Nella restante parte del campione (66,31%) che ha ricevuto, seppur in parte, informazioni relative al corso di laurea, successivamente è stato chiesto attraverso quali modalità avevano recepito queste informazioni. Se si considerano i canali attraverso i quali tali informazioni hanno raggiunto i potenziali studenti, emerge che per il 47,27% si è trattato di canali informali, come studenti che hanno frequentato o stanno frequentando il corso.

LIMITI. Un limite dello studio è rappresentato dall'utilizzo di un questionario realizzato ad hoc per la rilevazione dei dati; inoltre la monocentricità dello studio pone dei limiti alla validità esterna.

CONCLUSIONI. Risultano decisive le azioni di orientamento volte a supportare i giovani nella delicata fase di scelta del futuro formativo e professionale. È quindi necessario proseguire nello studio dei fattori motivazionali partendo dai neoiscritti, per cercare di rispondere nel lungo termine alle conseguenze che possono procurare percezioni distorte o fattori di stress universitario. Questo permette anche una riduzione nei tassi di abbandono dal percorso di studio e rende gli studenti più motivati nella scelta. Essere pienamente convinti e fortemente motivati è sempre considerato un fattore fondamentale per portare a termine con successo le scelte fatte.

Autore per la corrispondenza: Ricchiuto Pierluigi – Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti –
Email: p.ricchiuto94@gmail.com

197. La consulenza infermieristica tra passato, presente e futuro: uno studio conoscitivo in Dipartimento Medico

Ricci Irene[1], Gatti Chiara[2], Giacometti Angela[1], Pelusi Gilda[3]

[1]ASUR Marche - Area Vasta n. 2, [2]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti, [3]Università Politecnica delle Marche

BACKGROUND. In Italia la figura dell'Infermiere Consulente (IC) non è istituita formalmente, non ne sono definiti i requisiti, le aree di responsabilità, il profilo, ma sono presenti numerose realtà di esperienze consulenziali che permettono di affermarne l'importanza del ruolo e della sua funzione. Nel panorama internazionale, come ad esempio in Australia, Regno Unito e Stati Uniti, invece, questo ruolo è già stato definito ufficialmente a partire dal 1999. La Linea Guida del Dipartimento della Salute del Regno Unito descrive il consulente come un professionista esperto e definisce le quattro funzioni principali che l'IC deve possedere: esperienza nella pratica clinica, leadership professionale, educazione e sviluppo (inteso come capacità di lavorare in una rete professionale e di comprendere le implicazioni etiche medico-legali), pratica e sviluppo dei servizi legati alla ricerca e alla valutazione. Nella realtà marchigiana del Presidio Ospedaliero Urbani di Jesi, nel maggio 2017, è stata stipulata una procedura di attivazione del servizio di Consulenza Infermieristica, attivabile ogni qual volta il professionista sanitario riconosca una situazione assistenziale in cui ritenga di non poter agire in sicurezza, riconoscendo i limiti delle proprie competenze e ravvisi la necessità di un trattamento infermieristico specialistico.

OBIETTIVI. Primario: revisionare la letteratura riguardo gli ambiti lavorativi in cui la figura dell'IC è maggiormente richiesta e ricercare eventuali resistenze psico-intellettuali tra i professionisti. Secondario: analizzare le conoscenze e le metodologie di utilizzo da parte degli infermieri della procedura aziendale di Consulenza Infermieristica.

METODI. Nei mesi di gennaio-febbraio 2018 è stata effettuata la revisione della letteratura nella banca dati Medline ed attraverso Science Direct.com – Elsevier e Google Scholar. Dopo aver posto i filtri "Species: human", "Publication dates: 10 years" e "Text availability: free full-text" e dopo la rimozione dei duplicati, l'analisi degli abstract ha condotto all'eleggibilità di 44 records. Da febbraio ad agosto 2018, previa autorizzazione da parte della Direzione Aziendale, è stato condotto uno studio conoscitivo presso il Presidio Ospedaliero Urbani di Jesi (AN) che ha visto reclutati 128 infermieri nelle Unità Operative Medicina Generale (n=32), Broncopneumologia (n=15), Cardiologia-Utic (n=20), Neurologia-Stroke Unit (n=20), Chirurgia-Urologia (n=19), Ortopedia (n=15), Ostetricia-Ginecologia (n=7). È stato somministrato un questionario costruito ad hoc in collaborazione con la Dirigente Area Infermieristica ed Ostetrica, la cui validità di facciata e contenuto è stata validata da un panel di esperti che ha giudicato la versione finale chiara, semplice e senza dubbi.

RISULTATI. Il response rate è stato dell'82% (n=105). La maggior parte degli infermieri (80%) conosce la procedura e la definisce parte integrante dell'assistenza infermieristica. Il 49% del campione riferisce di averla richiesta almeno una volta e gli ambiti più richiesti sono lesioni cutanee (32%), stomie intestinali ed urinarie (24%) e accessi vascolari centrali (19%). Per quanto riguarda la modalità di attivazione/invio della richiesta di consulenza, per il 41% essa è di tipo cartaceo, per il 35% per via telefonica e solo il 2% per via telematica. Infine, secondo l'88% del campione, la consulenza infermieristica contribuisce al miglioramento della qualità assistenziale. Molti studi in letteratura riportano l'area critica come ambito di gestione in cui l'IC esercita un ruolo chiave nello sviluppo della pratica clinica, nella riduzione degli errori e nel garantire l'erogazione di cure di qualità al fine di raggiungere l'esito desiderato sul paziente. L'IC nell'ambito dell'area critica svolge un ruolo principale nella dimissione del paziente dalla Terapia Intensiva, garantendo un continuum con il reparto di degenza e fornendo supporto psicologico ai pazienti e ai familiari. Secondo una ricerca italiana, può verificarsi una condizione in cui gli infermieri tendono a non richiedere consulenze se i reali bisogni dell'utente non sono adeguatamente riconosciuti: nel campo degli interventi dei terapisti della riabilitazione, senza l'input derivante da una consulenza medica, è probabile che l'infermiere tenda a sopravvalutare le proprie competenze e a non ricercare invece l'intervento da parte dei professionisti della riabilitazione.

LIMITI. I principali limiti dello studio sono la ridotta numerosità campionaria e la monocentricità dello studio.

CONCLUSIONI. Essendo la consulenza infermieristica un'esigenza molto sentita dagli infermieri, ne consegue che quello dell'IC è un ruolo che può contribuire indubbiamente alla modernizzazione dei servizi, dei percorsi di carriera futuri e della maturità professionale, nonché al miglioramento della qualità dell'assistenza a beneficio del paziente, soprattutto in termini di sicurezza.

Autore per la corrispondenza: Gatti Chiara – Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti –
Email: chiaragatti91@libero.it

198. Riduzione dello spreco di farmaci antiretrovirali: l'esperienza della distribuzione diretta ospedaliera di Modena

Rivasi Marianna[1], Iudicello Antonella[1], Mussini Cristina[2], Borghi Vanni[2]

[1]Azienda USL Modena, [2]Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena

BACKGROUND. La disponibilità attuale di farmaci antiretrovirali di varie classi, efficaci e ben tollerati consente di impostare regimi duraturi nel tempo nella maggioranza dei casi. È possibile tuttavia che la terapia antiretrovirale sia modificata dal clinico per diversi motivi. Il passaggio ad un altro regime terapeutico viene effettuato con la finalità di ridurre la tossicità della terapia sul medio e lungo termine, conservare l'aderenza alla terapia (ad esempio riducendo il numero di compresse da assumere, migliorando la tollerabilità), contenere i costi, il tutto a parità di efficacia clinica. Oppure ogni qual volta vi siano interazioni con altri farmaci assunti dal paziente, in seguito alla comparsa di effetti collaterali o in corso di gravidanza. Il cambio di terapia comporta però un elevato spreco di farmaci ad alto costo perché non sempre il paziente può terminare l'assunzione dei farmaci del precedente regime terapeutico.

OBIETTIVI. L'obiettivo di questo lavoro è stato in primis quello di cercare di ridurre lo spreco dei farmaci antiretrovirali inutilizzati e ancora in corso di validità dai pazienti ai quali era stata modificata la terapia antiretrovirale e quantificarne il risparmio sulla spesa. E, allo stesso tempo, quello di sensibilizzare i pazienti ad un utilizzo responsabile dei farmaci riducendone lo spreco e limitandone anche gli impatti negativi sull'ambiente.

METODI. Ai pazienti afferenti alla distribuzione diretta della farmacia interna del reparto di Malattie Infettive del Policlinico di Modena ai quali veniva cambiata la terapia antiretrovirale il farmacista chiedeva la riconsegna dei farmaci non più utilizzati, correttamente conservati e ancora in corso di validità. Anche il medico che modificava la terapia dava indicazioni al paziente di riportare in farmacia i farmaci che non doveva più assumere. I farmaci resi, una volta controllati e inventariati, venivano stoccati in un armadio dedicato e destinati al riutilizzo. Se privi del foglietto illustrativo si provvedeva alla stampa di una copia dello stesso da allegare alla confezione (Banca dati farmaci, AIFA). Ogni volta che erano dispensati veniva annotata la specialità e la quantità erogata in un file Excel.

RISULTATI. Nel periodo dal 1 novembre 2016 al 31 ottobre 2018 (24 mesi) sono state recuperate un totale di 38.510 compresse per un valore complessivo di 287.038,89€ (IVA esclusa). I farmaci oggetto dell'analisi erano tutti quelli compresi nel Prontuario Terapeutico Area Vasta Emilia Nord appartenenti alla classe ATC J05A.

LIMITI. Questa attività richiede una forte motivazione e un impegno costante da parte del farmacista ospedaliero e una stretta collaborazione con i medici infettivologi. È necessaria una formazione propedeutica dei pazienti alla corretta conservazione dei farmaci anche in vista di una possibile restituzione della terapia nonché la disponibilità di uno spazio dedicato in cui poter collocare i farmaci restituiti.

CONCLUSIONI. Un impiego corretto dei farmaci, riducendone al minimo lo spreco, costituisce non solo un importante recupero di risorse economiche del Sistema Sanitario Nazionale ma anche un forte richiamo etico al buon utilizzo di beni preziosi e onerosi per la nostra collettività. Il contributo del farmacista ospedaliero nella lotta allo spreco dei medicinali e al buon utilizzo dei farmaci è indispensabile, e, grazie ad un impegno, anche se non trascurabile, permette di raggiungere risultati importanti in termini di riduzione immediata della spesa, nonché di impatto ambientale e, non ultimo, la sensibilizzazione dei pazienti cronici trattati con terapie ad alto costo genera notevoli risparmi anche a lungo termine.

Autore per la corrispondenza: Rivasi Marianna – Azienda USL Modena – Email: m.rivasi@ausl.mo.it

199. L'utilizzo della maschera laringea nella pratica clinica infermieristica: un'indagine qualitativa

Rizzalli Martina, Luongo Donatella, Alcamo Salvatore

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori

BACKGROUND. Il controllo delle vie aeree è una pratica di fondamentale importanza per la sicurezza dell'assistito e l'intubazione orotracheale (ETT) è universalmente riconosciuta come la procedura di migliore efficacia per questo. Ciò nonostante, questa manovra, può comportare difficoltà in fase di posizionamento, o la comparsa di sintomi all'estubazione. La maschera laringea (LMA) è un presidio extra glottico, utilizzabile per il controllo delle vie aeree e nominato nelle linee guida nazionali ed internazionali per il controllo delle vie aeree difficili, progettato da Archie Bain nel 1981. Alcuni studi hanno messo a confronto ETT e LMA concludendo che quest'ultima abbia un posizionamento semplice, possibile anche per professionisti meno esperti, e che riduca complicanze come faringodinia, tosse, nausea e vomito. La letteratura ne sostiene l'utilizzo in contesti extra ospedalieri e per interventi di chirurgia minore o per interventi in assistiti nei quali l'utilizzo dell'ETT risulti difficoltoso. Le LMA di seconda generazione più innovative e tecnologiche, hanno un ridotto rischio di aspirazione e una migliore compliance dell'assistito e attualmente ne viene raccomandato l'uso. In contesti internazionali vengono utilizzate anche dagli infermieri, mentre in Italia essi sono coinvolti principalmente nella gestione del presidio in situazioni di urgenza extra ospedaliera, pur ricevendo una formazione specifica a riguardo. La scarsa letteratura che documenta l'uso della maschera laringea da parte degli infermieri e le loro opinioni ed i vissuti in qualità di posizionatori, ci ha condotti allo scopo della ricerca.

OBIETTIVI. Approfondire le conoscenze, le esperienze vissute e le percezioni degli infermieri, sull'utilizzo della maschera laringea per individuare prospettive future e sostenere la diffusione del suo impiego in campo infermieristico, verso una crescita professionale.

METODI. Lo studio qualitativo fenomenologico è stato condotto, nel mese di ottobre 2018, attraverso interviste semi-strutturate vis a vis, rivolte ad un campione propositivo di professionisti, che rispondessero a criteri di inclusione. Un'intervista pilota ha anticipato la conduzione delle interviste. Successivamente l'analisi è stata effettuata da due revisori in cieco, secondo il metodo Van Kaam, con l'identificazione di sotto temi e temi, comuni.

RISULTATI. La saturazione del dato è avvenuta con 16 interviste, della durata di 10 minuti e mezzo circa, dalle quali sono emersi cinque temi: lavorare multidisciplinariamente sul paziente nel dare assistenza da molti punti di vista; l'esperienza professionale fa tanto, a volte troppo; un presidio semplice e poco invasivo per gestire le vie aeree a livello infermieristico; il desiderio di un cambiamento per assicurare il controllo delle vie aeree; intervenire al momento del bisogno per sentirsi orgogliosi.

LIMITI. Particolarità dell'argomento, che non ha attualmente una vasta letteratura a sostegno, l'inesperienza del ricercatore principale, in qualità di studente laureando del Corso di laurea in Infermieristica, l'utilizzo ancora poco diffuso della maschera laringea nei contesti intra ospedalieri.

CONCLUSIONI. Dalle interviste emerge che gli infermieri considerano la LMA un presidio valido per ridotta invasività e semplicità di posizionamento, la identificano come ancora lontana dalla propria realtà, con un ristretto campo d'utilizzo, principalmente di stampo extra ospedaliero. Gli infermieri hanno mostrato curiosità e partecipazione attiva, reazione può sottolineare quanto la figura infermieristica sia desiderosa di cambiamento e che i professionisti vorrebbero consolidare le proprie competenze nella gestione delle vie aeree e nell'utilizzo della LMA, consapevoli di doversi adeguatamente formare non solo per apprendere nuove conoscenze e capacità di gestione delle situazioni critiche ma soprattutto per il bene dell'assistito. Si percepisce disponibilità ad assumersi nuove ed ulteriori responsabilità, nonostante possibili resistenze dei professionisti con cui lavorano a stretto contatto. Il tema della multidisciplinarietà dell'équipe è emerso come fondamentale, così come il possedere un proprio bagaglio esperienziale, per poter agire nel miglior modo possibile, in ogni situazione. Ci si potrebbe chiedere se un prossimo cambiamento organizzativo e normativo sosterrà l'affermazione degli infermieri nella gestione delle vie aeree e nell'uso della LMA in contesti sanitari. Potrebbe essere interessante monitorare questo processo e la sua evoluzione, attraverso una sperimentazione sul campo con il coinvolgimento attivo degli infermieri.

Autore per la corrispondenza: Rizzalli Martina – Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori –
Email: martina.rizzalli@outlook.it

200. Aderenza al regime terapeutico nei pazienti candidati a chirurgia generale maggiore elettiva e sottoposti ad immunonutrizione: un'indagine osservazionale prospettica

Rizzo Alessio[1], Marseglia Giulia[2], Coata Paola[1], Canaletti Fulvia[1], Bachini Ilaria[1], Trucco Silvia[1], Grosso Paola[1], Gariazzo Silvia[1]

[1]Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino, [2]Università degli Studi di Torino

BACKGROUND. Si stima che la malnutrizione sia una delle cause principali di morbilità e mortalità nei pazienti ospedalizzanti. Nel paziente chirurgico questa condizione clinica incide particolarmente poiché si correla ad una serie di complicanze postoperatorie, tra cui quelle infettive causate da un'alterazione del sistema immunitario. L'immunonutrizione rappresenta un ruolo importante nel contrastare la malnutrizione, nel paziente chirurgico. Nel corso degli anni sono state svolte numerose ricerche che hanno evidenziato l'efficacia dell'immunonutrizione nel sostenere un fabbisogno energetico e un sistema immunitario tali, da fronteggiare meglio lo stress postchirurgico, con ricadute significative sugli esiti clinici. Scarse sono tuttavia in letteratura le informazioni circa la reale aderenza dei pazienti a questo particolare regime terapeutico e circa la presenza o meno di fattori predittivi di una buona compliance pre-operatoria al trattamento.

OBIETTIVI. Rilevare e valutare la presenza di fattori predisponenti e ostacolanti l'aderenza al trattamento terapeutico dell'immunonutrizione, nel paziente candidato a chirurgia addominale maggiore.

METODI. Si tratta di un'indagine osservazionale prospettica monocentrica svolta considerando un campione di pazienti consecutivi ai quali è stata prescritta immunonutrizione. Previo consenso informato all'analisi ed al trattamento dei dati, sono state valutate statisticamente le associazioni tra la compliance ai trattamenti immunonutritivi e le caratteristiche demografiche, socio-culturali e cliniche dei pazienti candidati a chirurgia.

RISULTATI. Durante il periodo di studio sono giunti all'attenzione del Centro Pre-ricoveri 196 pazienti. 60 sono risultati malnutriti o ad elevato rischio di malnutrizione post-operatoria (MUST >= 2), quindi da trattare con immunonutrizione pre-operatoria. 33 pazienti (67,3%) non hanno avuto una compliance preoperatoria ottimale al trattamento con immunonutrienti. Si riscontra un'associazione significativa: tra la completa compliance alla terapia immunonutritiva e l'inserimento del paziente, sin dal pre-ricovero; in un Enanched Recovery Program (ERAS) p=0.013 ed una correlazione direttamente proporzionale tra la qualità della vita e la completa compliance all'immunonutrizione. Ad ogni incremento medio di un punto nella scala di valutazione EORTC-QLQ C30 Global infatti, aumenta del 3% la probabilità che il paziente completi il trattamento pre-operatorio. Non si evidenziano associazioni statisticamente significative con le altre variabili.

LIMITI. Lo studio è monocentrico e necessita certamente di numerosità maggiori per poter meglio valutare la presenza di queste associazioni statistiche e renderle generalizzabili. Altresì è possibile immaginare che con numerosità maggiori si possano evidenziare associazioni significative anche con altre variabili che al momento appaiono poco influenti sulla compliance.

CONCLUSIONI. Dai dati a nostra disposizione emerge che i pazienti inseriti in un Enhanced Recovery Program siano più propensi ad assumere completamente l'immunonutrizione pre-operatoria. Verosimilmente ciò è dovuto alla reiterata educazione terapeutica in merito che questi pazienti ricevono dal team multidisciplinare ERAS. Sembra esserci inoltre, un'associazione forte anche tra la Qualità di Vita dei pazienti e la completa assunzione del trattamento. Entrambi questi risultati ci spingono a credere che implementare stategie di pre-habilitation sia necessario al fine di consentire ai pazienti di avvantaggiarsi, oltre che di una migliore qualità di vita, dell'ulteriore miglioramento degli outcome post-operatori generato da una ottimale immunonutrizione. Risulta necessario indirizzare l'indagine verso un campione più ampio e multicentrico per meglio valutare queste associazioni.

Autore per la corrispondenza: Rizzo Alessio – Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano di Torino –
Email: alessiorizzo@mauriziano.it

201. Campagna di promozione delle vaccinazioni in gravidanza

Rompianesi Maria Chiara, Bisaccia Eufemia, Ragni Pietro, Marchesi Cristina

AUSL di Reggio Emilia

BACKGROUND. Le vaccinazioni sono uno degli strumenti preventivi più importanti in Sanità Pubblica per prevenire in modo efficace e sicuro sviluppo, complicanze e diffusione di alcune malattie infettive. Tra le condizioni più comuni che possono beneficiare delle vaccinazioni rientra la gravidanza, periodo di grande recettività, che aumenta il senso di consapevolezza e responsabilità della donna per la protezione personale e del nascituro. Il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019 e la Regione Emilia Romagna raccomandano di offrire alle donne in gravidanza la vaccinazione gratuita nei confronti della pertosse e dell'influenza. Si tratta di due vaccini sicuri volti a prevenire gravi complicanze sia nella madre che nel neonato. La pertosse è una malattia contagiosa, particolarmente grave nel 1° anno di vita: nel neonato e nel lattante spesso si manifesta con crisi di soffocamento che costringono al ricovero in ospedale. Al di sotto del primo anno di vita, inoltre, sono più frequenti disturbi del cervello, che possono causare danni permanenti o, nei casi più gravi, la morte del bambino. Con la diffusione della vaccinazione, in Italia, il numero dei casi di pertosse si è ridotto moltissimo, ma la malattia è ancora presente. Chi ha avuto la malattia o è stato vaccinato è protetto solo per qualche anno poi può reinfettarsi e contagiare altri. Nei primi sei mesi di vita il bambino può essere protetto solo dagli anticorpi ricevuti dalla madre che viene vaccinata durante la gravidanza. Il bambino inizia a essere protetto dalla pertosse circa un mese dopo avere ricevuto la seconda dose del vaccino, quindi dopo i sei mesi di vita. La vaccinazione contro la pertosse in gravidanza è sicura, come confermato da numerosi studi. L'influenza è una malattia che può causare gravi disturbi durante la gravidanza. Anche le donne sane, senza una gravidanza problematica, possono contrarre l'influenza con un maggior rischio di sviluppare forme gravi che possono compromettere il normale decorso della gravidanza. La vaccinazione antinfluenzale riduce le probabilità di ammalarsi di influenza e di andare incontro alle sue complicanze.

OBIETTIVI. La campagna si applica agli operatori dell'Azienda USL di Reggio Emilia che nell'ambito delle loro attività si interfaccino con donne in gravidanza al fine di fornire indicazioni chiare ed univoche basate sulle conoscenze scientifiche in materia. La campagna vaccinale dedicata alle donne in gravidanza promossa dall'Azienda Usl Irccs di Reggio Emilia mira ad aumentare l'adesione alle vaccinazioni raccomandate in gravidanza quali pertosse ed influenza e ad implementare la consapevolezza della loro importanza sia negli operatori che nella popolazione generale.

METODI. Per questa iniziativa è stato realizzato dall'Ausl un opuscolo informativo contenente informazioni utili sull'importanza dei vaccini raccomandati in gravidanza, sulle modalità di accesso ai servizi e sulle corrette tempistiche di esecuzione delle vaccinazioni. La vaccinazione contro la pertosse deve essere eseguita preferibilmente tra le 27° e 32° settimana; si utilizza una sola iniezione di vaccino che protegge anche contro difterite e tetano. L'antinfluenzale viene offerta alle donne che siano nel secondo o terzo trimestre nella stagione influenzale. Le due vaccinazioni possono essere co somministrate. A tutte le donne che aderiscono alla campagna "Mi proteggo per proteggerci" sarà dato in omaggio un gadget, un cordino portachiavi, che le future mamme potranno fotografare e condividere sui canali social con l'hashtag #miproteggoperproteggerci per fare conoscere l'iniziativa.

RISULTATI. A novembre 2018 l'AUSL di Reggio Emilia ha emesso il comunicato stampa che ha dato l'avvio alla campagna di promozione. Sono stati coinvolti i Dipartimenti di Sanità Pubblica, Materno Infantile, Cure Primarie e l'Ordine dei Medici di Reggio Emilia. È attualmente in corso la divulgazione dei volantini informativi nelle Strutture dei Dipartimenti coinvolti e la distribuzione dei cordini gadget alle donne gravide che si presentano alle sedute vaccinali. Sui canali social dell'Azienda (facebook, twitter) è stata lanciata la campagna.

LIMITI. Non sono disponibili dati di adesione in quanto la campagna è appena iniziata. Il prossimo anno potranno essere effettuate valutazioni di confronto tra le gravide vaccinate prima e dopo l'inizio della campagna.

CONCLUSIONI. La campagna ha teso a migliorare la definizione dei percorsi integrati tra i dipartimenti coinvolti nella presa in carico delle donne gravide, ad aumentare la consapevolezza degli operatori fornendo chiare linee di indirizzo alla popolazione in materia di vaccinazioni in gravidanza.

Autore per la corrispondenza: Rompianesi Maria Chiara – AUSL di Reggio Emilia –
Email: mariachiara.rompianesi@ausl.re.it

202. Roma è pronta a reagire ad un attacco CBRNe?

Rosiello Francesco[1], Vitali Matteo[1], Ruggeri Matteo[3], Menga Luca Salvatore[4]

[1]Università degli Studi di Roma – La Sapienza, *[3]Alta Scuola di Economia e Management Sanitario, [4]Università Cattolica del Sacro Cuore*

BACKGROUND. Roma ospita migliaia di targets sensibili. La resilienza sanitaria è garantita da 6 DEA di II livello e 7 di I. Ogni giorno, Roma ospita 4 milioni di persone, ± 2 di turisti. Roma ospita 4 magazzini della Scorta Nazionale Antidoti.

OBIETTIVI. Valutazione dello stato dell'arte riguardo l'approccio sanitario di Roma ad un possibile attentato ed analisi di possibili miglioramenti inter ed intra ospedali.

METODI. Interviste semistrutturate ed analisi dei PEIMAF degli ospedali con DEA di II livello romani e della loro preparazione ad un evento terroristico chimico. Analisi tabletop e modello matematico di un incidente C/E a Piazza San Pietro durante l'Udienza Generale del mercoledì e simulazione dei tempi di attivazione e approntamento della SNA. Confronto con gli attentati di Madrid, Londra, Parigi e Nizza, nonché con le soluzioni di resilienza sanitaria proposte dai Paesi Bassi. Analisi HTA in termini di costi economici e vite salvate circa le differenti strategie proposte per l'organizzazione della SNA.

RISULTATI. I DEA sono cronicamente sottodimensionati già nell'ordinario e potrebbero non essere in grado di ospitare un così grande afflusso di persone in poco tempo, soprattutto se contaminate. Alcuni ospedali non informano il proprio personale sulle procedure previste dal PEIMAF (dove quasi mai sono contemplate emergenze di natura CBRNe), ed anche ove ciò avviene, raramente si tengono esercitazioni. Inoltre, senza un protocollo standardizzato attivo che copra l'intera città, non è possibile eseguire alcuna organizzazione intra ospedaliera. La valutazione di economia sanitaria ha mostrato che spostando i magazzini SNA presso i DEA di II livello, pur non ottenendo un sensibile risparmio economico, si aumenterebbe il numero di persone salvabili attraverso un reinvestimento dei fondi risparmiati (mortalità/min ridotto da 708 persone/min a 600).

LIMITI. Questo studio, pur basandosi sulla letteratura internazionale più recente ed avendo impostato una significatività statistica (riproducibilità dello studio) pari all'80%, presenta due limiti maggiori: 1) bassa prevedibilità della natura dell'attacco e delle condizioni atmosferiche, che potrebbero comportare scenari anche piuttosto diversi tra di loro. 2) Qualità della letteratura internazionale per: a) Motivi di pubblica sicurezza e difesa nazionale: un eventuale terrorista potrebbe mettere più studi a sistema e progettare un attacco terroristico molto più complesso/efficace; b) (s)fortunatamente, attacchi di questo tipo, capitano piuttosto raramente e pertanto non è possibile confrontare in modo rigoroso simulazioni con studi "case report". Per tale motivo, dal punto di vista dell'Evidence-based Practice, i livelli di evidenza (LE) in questo campo non possono essere maggiori, ad esclusione degli studi tossicologici, del IIa (studio clinico controllato non randomizzato) e pertanto la forza delle raccomandazioni (FR) riportate non può essere superiore al grado B D'altra parte, non è sempre facile discernere tra competenze, materiali e mezzi potenzialmente" e "realmente" posseduti, soprattutto per la mancanza di un numero significativo di esercitazioni in condizioni di peggior scenario possibile.

CONCLUSIONI. La difesa di Roma appare quantomeno fortemente implementabile e le soluzioni individuate dal presente studio risultano concrete e fattibili: 1) spostamento di aliquote di antidoti presso locali vicini e funzionalmente collegati ai DEA, pur mantenendo l'attuale gestione logistico/economica; 2) maggiore coinvolgimento dei Centri Antiveleno locali, fatto salvo un loro coordinamento con il CAV della Fondazione Maugeri di Pavia; 4) uso massivo di esercitazioni inter-Agenzia, al fine di coinvolgere (possibilmente) il 100% del personale ed abituarlo a lavorare con colleghi con diverso know-how, 5) polo di specializzazione regionale nel trattamento di pz contaminati che non giustifica la creazione di centri specializzati "esclusivi" perché è sufficiente una AO(U) con DEA II livello, degenza protetta per pz portatori di radioattività in condizioni ordinarie (per esempio per terapia radiometabolica o brachiterapia interstiziale), UOS/UOC di fisica sanitaria. La situazione italiana appare particolare: da una parte sembra esistere un'ottima coordinazione tra enti diversi specialisti nella gestione delle maxi-emergenze anche in assenza di piani specifici multiagenzia; dall'altra, una impreparazione di fondo del personale non specializzato che, però, costituisce la "prima linea" in caso di attivazione. Molti problemi, infatti, rilevati nelle esperienze internazionali appena segnalati, non sembrerebbero coinvolgere l'Italia (Livello di Evidenza IV, Forza delle Raccomandazioni C), almeno sul piano (teorico) dell'esistenza di elementi di resilienza.

Autore per la corrispondenza: Rosiello Francesco – Università degli Studi di Roma – La Sapienza –
Email: francesco.rosiello@hotmail.it

203. Un nuovo modello di organizzazione ospedaliera: l'esempio di Assisi

Rosignoli Maria Gigliola[1], Piccardi Stefano[2], Monti Manuel[2]

[1]Ospedale di Assisi, [2]Azienda USL Umbria 1

BACKGROUND. Negli ultimi anni tanti luoghi di cura italiani hanno dovuto affrontare importanti trasformazioni dettate dai nuovi bisogni della popolazione, dall'evoluzione scientifica e tecnologica, dalle norme che disciplinano il sistema sanitario, dalla moderna formazione dei professionisti. Fino al 2013 il Presidio Ospedaliero di Assisi era un piccolo ospedale con 80 posti letto al cui interno erano presenti i seguenti reparti: Medicina Generale, Chirurgia Generale, Ginecologia, Pediatria, PS. La vicinanza con ospedali più grandi d'emergenza (Foligno e Perugia) associato alla presenza di difficoltà gestionali-organizzative ha portato ad una riduzione negli ultimi anni dei pazienti ricoverati con un aumento dei costi. Nel 2016 il PO di Assisi aveva un fatturato di 14.778,114 euro con una perdita di 2,865 milioni di euro e l'impossibilità a mantenere aperti alcune Unità Operative che non rispettavano i criteri indicati dalla Conferenza Stato Regioni (ginecologia, pediatria e chirurgia generale h24).

OBIETTIVI. Al fine di rispondere in modo adeguato all'evoluzione dei bisogni di salute della popolazione, la USL Umbria 1 ha avviato ad Assisi un processo di riorganizzazione dei servizi sanitari secondo modelli innovativi clinici e organizzativi che sono più funzionali alle esigenze dei cittadini e che facilitano l'accesso ai percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali, favorendo anche un livello migliore di sicurezza e qualità delle cure con una forte integrazione tra Ospedale-Territorio.

METODI. Tale organizzazione ha permesso di attivare servizi funzionali ad un ospedale a maggiore vocazione territoriale, senza perdere di vista la sua funzione di nodo della rete ospedaliera regionale, con delle peculiarità che rendono il presidio strategico. Nel dettaglio i nuovi servizi avviati sono: La medicina a ciclo breve per la presa in carico e la gestione dell'assistenza di pazienti affetti da patologie acute o riacutizzazioni di patologie croniche con l'apertura di 6 posti letto monitorizzati, in risposta anche all'alta presenza di turisti. L'Unità Integrata per lo Scompenso Cardiaco, struttura interaziendale che si occupa del trattamento dello scompenso cardiaco e delle cardiopatie croniche che prevede interventi sia a livello ospedaliero sia a livello specialistico ambulatoriale e territoriale, per garantire la presa in carico complessiva del paziente anche a domicilio. Riorganizzazione della Chirurgia Generale con un nuovo modello organizzativo che prevede la rimodulazione della chirurgia in Week Surgery, con attività chirurgica programmata e degenza inferiore ai cinque giorni con una particolare attenzione alle chirurgie specialistiche (chirurgia oculistica, ORL, pediatrica e plastica ricostruttiva) Apertura Reparto delle Ferite Difficili composto da attività ambulatoriale, day hospital e degenza ordinaria con sei posti letto gestito dai chirurghi plastici ricostruttivi in integrazione con una equipe multidisciplinare. In sostituzione al Punto Nascite è stato realizzato un Centro Donna che ha visto unificate le attività di prevenzione (screening citologico), il consultorio giovani, l'ambulatorio menopausa, il supporto al percorso della gravidanza fino al parto e le attività diagnostiche e chirurgiche di primo livello come colposcopia, ecografia, piccoli interventi chirurgici.

RISULTATI. La riorganizzazione del PO di Assisi ha portato ad un sensibile aumento del numero di interventi chirurgici ambulatoriali (dal 1108 al 2013 a 3567 del 2018), l'effettuazione di 5392 prestazioni ambulatoriali per l'Area dello Scompenso Cardiaco, il ricovero di 497 pazienti/annui dal reparto di Medicina a Ciclo Breve oltre all'aumento del'11 % degli accessi del PS (da 14842 del 2016 a 16,499 del 2018) Cio' si è trasformato in un aumento del fatturato tra il 2013 e il 2018 di circa 2,5 milioni di euro ed una riduzione delle spese correnti, con l'obiettivo di un pareggio di bilancio.

LIMITI. La ri-organizzazione dell'Ospedale di Assisi è avvenuto in una regione sanitaria virtuosa permettendo un investimento iniziale per l'acquisto di materiale tecnologico, difficilmente possibile in regione in deficit.

CONCLUSIONI. Affrontare la riorganizzazione di un ospedale territoriale comporta necessariamente una visione estesa a molti altri fattori, quali le linee di indirizzo della politica sanitaria, le modalità di finanziamento degli ospedali, il progresso scientifico e tecnologico, l'evoluzione demografica ed epidemiologica, che nell'insieme determinano le esigenze e le priorità. L'esempio di Assisi dimostra che l'organizzazione di nuovi servizi maggiormente rispondenti alle esigenze del territorio e inserito in una programmazione regionale che vede gli ospedali territoriali con una mission specifica, non solo è sostenibile in termini economici (senza perdere in qualità delle risposte ai bisogni di salute) ma rappresenta la costruzione di un nuovo modello di sanità regionale che pone, tra l'altro, una particolare attenzione all'integrazione Ospedale-Territorio.

Autore per la corrispondenza: Monti Manuel – Azienda USL Umbria 1 – Email: montimanuel@tiscali.it

204. Realizzazione a scopo didattico di una scheda di accertamento clinico infermieristico secondo il modello testa-piedi

Rossetti Roberta[1], Ricchiuto Pierluigi[2], Marchetti Mara[3], Mercuri Maurizio[3]

[1]Residenza Dorica - Kos Care srl, [2]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti, [3]Università Politecnica delle Marche

BACKGROUND. La valutazione infermieristica dello stato di salute della persona riguarda più dimensioni: quella fisica, quella psicologica, quella sociale e quella spirituale e ha lo scopo di raccogliere dati soggettivi e oggettivi riguardo il paziente. Nello specifico la valutazione clinica infermieristica della persona adulta è un'indagine sistematica delle strutture corporee e si avvale dell'esame fisico, che consiste nel mettere in atto tecniche al fine di valutare i sintomi e i disturbi più importanti che riguardano il paziente, per ottenere un quadro completo sulle sue condizioni.

OBIETTIVI. Strutturare una scheda di accertamento clinico secondo il modello testa-piedi.

METODI. È stato condotto uno studio qualitativo fenomenologico coinvolgendo 24 studenti del Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche, sede di Ancona, per approfondire le loro conoscenze sull'argomento; la raccolta dei dati, analizzati secondo il metodo Colaizzi, si è interrotta per saturazione. Successivamente è stata realizzata la scheda, utilizzando tre testi di riferimento (Bates, Craven, Dillon) ed è stato effettuato un incontro per condividerla con il responsabile dell'implementazione per la documentazione clinica e il processo di nursing dell'AOU Ospedali Riuniti di Ancona e con i tutor del CdL in Infermieristica di Ancona.

RISULTATI. Dall'analisi delle interviste sono emersi tre temi principali: coinvolgimento degli infermieri, area di applicazione, gap tra teoria e pratica. È emerso che la maggior parte degli studenti afferma di aver assistito all'esame fisico e di averne preso parte, ma non riesce a individuarne una definizione o a elencare gli approcci e/o le tecniche da mettere in atto per effettuarlo. La maggior parte degli studenti che ha affermato di aver assistito all'esame fisico o di averne preso parte attivamente, riferisce che ciò è avvenuto nei reparti appartenenti all'area chirurgica e all'area critica e che nella maggioranza dei casi non viene seguito un protocollo o un approccio comune, ma ognuno ha il proprio metodo. È stata quindi costruita una scheda di accertamento clinico secondo il modello testa-piedi composta da: riassunto della sequenza operativa; legenda dei termini specifici presenti nella scheda; 10 schede specifiche per le regioni corporee, a loro volta composte da: intestazione da compilare con i dati anagrafici del paziente e la data di valutazione, una sezione contenente le caratteristiche della regione corporea e i segni delle alterazioni più comuni, campi per inserire i qualificatori ICF e una sezione in cui l'operatore può inserire delle note libere; una scheda riassuntiva con schema della struttura corporea su cui evidenziare le regioni con le alterazioni principali.

LIMITI. Un limite dello studio riguarda il campione ristretto di studenti sottoposti alle interviste, interrotte per saturazione dei dati. Un altro limite è rappresentato dalla differenza della figura professionale in Italia rispetto alla realtà anglosassone a cui fanno riferimento i testi utilizzati nella stesura della scheda stessa.

CONCLUSIONI. L'infermiere svolge un ruolo fondamentale nella valutazione dello stato di salute del paziente e la sua preparazione e la formazione ricevuta determinano la misura in cui partecipa al processo di valutazione clinica; è necessario quindi che gli infermieri abbiano competenze specifiche riguardanti l'accertamento clinico poiché questo fornisce informazioni fondamentali affinché possano essere prese determinate decisioni in ambito assistenziale. La valutazione infermieristica dello stato di salute della persona rappresenta un momento fondamentale del processo di nursing che aiuta l'infermiere a formulare diagnosi infermieristiche e rappresenta uno strumento di per far sì che il paziente possa ricevere trattamenti adeguati in maniera tempestiva e un'assistenza ottimale, puntando sulla piena collaborazione tra infermiere e medico. Lo studio descritto è uno studio preliminare che ha portato alla realizzazione di una scheda di accertamento clinico secondo il modello testa-piedi, utilizzata successivamente a scopo didattico all'interno di un laboratorio sperimentale extracurricolare che ha coinvolto un gruppo di studenti del primo anno del CdL in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche, sede di Ancona.

Autore per la corrispondenza: Rossetti Roberta – Residenza Dorica - Kos Care srl – Email: rossetti_robi@libero.it

205. L'infermiere in Pediatria: la qualità assistenziale infermieristica percepita dal bambino

Rossetti Sara[1], Comparcini Dania[2], Cicolini Giancarlo[3], Galli Francesco[4], Simonetti Valentina[1]

[1]Università Politecnica Delle Marche, [2]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti, [3]Università degli Studi di Chieti e Pescara - Gabriele D'Annunzio, [4]ASUR Marche - Area Vasta n. 2

BACKGROUND. La qualità assistenziale percepita rappresenta uno degli indicatori fondamentali e utili all'infermiere per auto valutare i propri interventi e comprendere quali possono risultare fattori di rischio modificabili e quali i punti di forza espressi dal loro operato. L'indagine sulla qualità percepita non ha semplicemente lo scopo di verificare la capacità degli operatori dell'azienda a soddisfare le aspettative del paziente; l'obiettivo prioritario è piuttosto l'individuazione delle possibili azioni di miglioramento del processo organizzativo dell'accoglienza. Sono numerosi gli studi che hanno analizzato la qualità percepita dai pazienti adulti, dando anche ulteriore spazio alle sensazioni vissute dai caregivers che li assistono. Tuttavia, ad oggi, pochi studi hanno esplorato, come obiettivo primario, la qualità dell'assistenza infermieristica percepita dal punto di vista dei bambini, nonostante, recentemente, sia stata riconosciuta, da parte dei ricercatori, la necessità di includerli come partecipanti attivi nelle ricerche che esplorano questo ambito.

OBIETTIVI. Misurare la percezione della qualità assistenziale percepita dai bambini durante la loro ospedalizzazione per individuare eventuali strategie di miglioramento dell'assistenza infermieristica pediatrica.

METODI. Lo studio osservazionale cross-sectional è stato effettuato tra novembre 2017 e settembre 2018, somministrando il questionario validato "CCQH-Child Care Quality at Hospital" (Pelander, et al., 2009) ad un campione di 39 bambini presso l'U.O.C. di Pediatria dell'ASUR Marche di Ascoli Piceno, includendo pazienti con età compresa tra i 7-11 anni, che erano stati sottoposti ad almeno una notte di ricovero. Il questionario consisteva in 49 items suddivisi in tre fattori principali: caratteristiche dell'infermiere (5 items: umanità, competenza, senso dell'umorismo ed affidabilità degli infermieri), attività infermieristiche (25 items: intrattenimento, cura e comunicazione, sostegno all'iniziativa, educazione, cura e trattamento fisico) e ambiente infermieristico (19 items: ambiente fisico e sociale ed emotivo). Sono state incluse domande preliminari per descrivere le caratteristiche socio-demografiche dei partecipanti, il motivo e la durata del ricovero, la presenza dei genitori durante la degenza, le precedenti esperienze di ospedalizzazione. Inoltre, il questionario includeva due domande a risposta aperta per esplorare le percezioni dei bambini sulla cosa migliore e la cosa peggiore vissuta durante il loro ricovero in ospedale. Infine, veniva richiesta valutazione complessiva della soddisfazione (da 1 = scarso a 5 = ottimo). Gli items riguardanti le caratteristiche dell'infermiere e le attività infermieristiche sono valutati con una scala Likert a 5 punti per misurare la frequenza, utilizzando sia le parole che le rappresentazioni grafiche (da 1=mai a 5=sempre). Gli items per l'ambiente infermieristico venivano classificati con una scala di disaccordo/accordo a 5 punti, utilizzando delle icone di orsacchiotto.

RISULTATI. I bambini hanno riportato un ottimo livello generale di qualità con l'assistenza infermieristica, in particolare con tutti gli aspetti relativi alle caratteristiche dell'infermiere (media=4.38, SD=0.68) come gentilezza, senso dell'umorismo, sincerità, simpatia e competenza. Sono leggermente più bassi i valori relativi alle attività infermieristiche (media=3.4, SD=0.34) ovvero quelle attività che l'infermiere può e dovrebbe svolgere con il bambino (es. giocare, informare sui motivi del ricovero, intrattenere, ascoltare).

LIMITI. La limitata numerosità campionaria, non consente una visione esaustiva del fenomeno.

CONCLUSIONI. Dai risultati ottenuti vi è la necessità di migliorare l'assistenza infermieristica a partire dalle esigenze espresse dai bambini che, nonostante non abbiano rilevato criticità importanti, hanno manifestato diversi disagi e disaccordi. L'assistenza pediatrica potrebbe essere migliorata tenendo conto delle migliori esperienze dei bambini utilizzandole per ridurre al minimo od eliminare le peggiori esperienze. Le opinioni dei bambini dovrebbero essere utilizzate nella pianificazione strategica, negli acquisti, nella progettazione dello spazio e in altre iniziative chiave. Infatti, è più probabile che i minori siano meno stressati se le loro opinioni vengono prese in considerazione, non dimentichiamo che è un loro diritto prendere parte all'assistenza sanitaria e di essere informati, tenendo conto anche del loro grado di maturità. Inoltre è fondamentale che l'ambiente di cura sia a misura di bambino che deve continuare il suo percorso di crescita, malgrado i problemi derivati dalla malattia e dal ricovero; per questo viene coinvolto in esperienze significative, che ne potenzino l'autostima e lo aiutino a sconfiggere le sue paure, sollecitando energie positive utili per la guarigione. In questo modo la malattia ed il ricovero non saranno solo un periodo da rimuovere, ma potranno diventare una tappa nel suo delicato processo di crescita.

Autore per la corrispondenza: Rossetti Sara – Università Politecnica delle Marche – Email: sarossetti96@gmail.com

206. Annali AMD 2018: un audit clinico nazionale sulla Qualità di Cura erogata alle persone con Diabete in Italia

Rossi Maria Chiara[1], Nicolucci Antonio[2], Manicardi Valeria[2], De Cosmo Salvatore[2], Gennaro Clemente[3], Manti Roberta[4], Rocca Alberto[5], Pisanu Paola[6], Musacchio Nicoletta[2], Mannino Domenico[2]

[1]Azienda Ospedaliera Nazionale SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, [2]AMD - Associazione Medici Diabetologi, [3]CNR Napoli, [4]ASLO TO5, [5]ASST Nord Milano,[6]Azienda Ospedaliero-Universitaria di Cagliari

BACKGROUND. Il diabete rappresenta una delle più comuni malattie croniche. La crescita esponenziale dell'incidenza di diabete di tipo 2 (DT2) e l'aumento delle aspettative di vita pongono i sistemi sanitari in crescente difficoltà nel garantire equità di accesso a cure adeguate. Inoltre, le evidenze scientifiche attualmente disponibili ci mostrano che la semplice disseminazione di raccomandazioni basate sull'evidenza può non essere sufficiente a ottimizzare la pratica clinica. Infatti, molti possono essere i potenziali fattori che condizionano la qualità della cura erogata: frammentazione dei percorsi assistenziali, risorse economiche e umane insufficienti, o specifiche caratteristiche dei pazienti. Il risultato è che esiste ancora una larga proporzione di persone con diabete che hanno livelli sub-ottimali di controllo metabolico e dei principali fattori di rischio cardiovascolare, che è la causa di morbidità e di morte principale nel Diabete. In Italia dal 2006 è attivo un ampio progetto di monitoraggio e di miglioramento continuo della qualità dell'assistenza diabetologica – Gli Annali AMD – ideato e realizzato dall'Associazione Medici Diabetologi (AMD), che coinvolge un terzo dei centri di diabetologia. L'ultima rilevazione nazionale risale al 2012.

OBIETTIVI. Gli Annali AMD 2018 hanno lo scopo di mostrare, a distanza di 6 anni dall'ultima valutazione, come si è evoluta la qualità della cura erogata in Italia alle persone con DT1 e DT2.

METODI. Il database utilizzato per la valutazione di un set standardizzato di indicatori di qualità della cura deriva dall'estrazione dei dati raccolti sulla cartella clinica informatizzata nel corso della normale pratica clinica da 222 servizi di diabetologia diffusi sul territorio italiano (che hanno ottenuto l'approvazione dei Comitati Etici). L'anno indice per la valutazione degli indicatori AMD è il 2016.

RISULTATI. Il database contiene informazioni su 28.538 pazienti con DM1 e 427.124 con DM2, valutati per 8 indicatori di processo, 17 di esito intermedio, 14 indicatori di intensità/appropriatezza del trattamento, 7 di esito finale, 3 di qualità di cura complessiva. Il maggior numero di Regioni partecipanti ha incluso fra il 15% e il 45% dei pazienti. Il confronto degli indicatori di processo relativi al DM1 mostra un generale miglioramento nel 2016 rispetto al 2011, più marcato per quanto riguarda il monitoraggio dell'albuminuria e l'esame del piede. Si evidenzia inoltre un incremento relativo del 22% per i soggetti a target di HbA1c (HbA1c <= 7,0%) e del 42.3% (LDL-C <= 100 mg/dl) per quelli a target per il colesterolo LDL, mentre la percentuale di soggetti a target pressorio (PAS/PAD < 140/90 mmHg) è rimasta invariata. Anche il confronto degli indicatori di processo relativi al DM2 mostra un generale miglioramento nel 2016 rispetto al 2011. Variazioni molto più importanti si registrano per gli indicatori di esito intermedio: un incremento relativo del 16.2% dei soggetti a target per l'HbA1c, del 22.5% per quelli a target per il colesterolo LDL e dell'11% di quelli a target pressorio. Si è ridotta inoltre di circa un terzo la percentuale di pazienti con HbA1c >9.0% e di oltre il 50% la quota di pazienti non trattati con statine nonostante valori di colesterolo HDL =130 mg/dl. Èrisultata aumentata la quota di soggetti trattati sia con ipolipemizzanti che con antiipertensivi; inoltre, fra i soggetti trattati si è ridotta la quota di quelli non a target nonostante il trattamento, indice indiretto di intensificazione della terapia.

LIMITI. La scarsa rappresentatività di alcune regioni in cui la prevalenza del diabete è particolarmente elevata (Campania, Puglia) e la qualità dei dati non omogenea per i diversi indicatori tra i diversi centri.

CONCLUSIONI. Gli Annali AMD rappresentano un esempio virtuoso di monitoraggio e miglioramento continuo dell'assistenza diabetologica in Italia e uno strumento importante di benchmarking e pianificazione, messo in campo e praticato da una società Scientifica nazionale, l'AMD: si tratta di fatto di un Audit clinico nazionale sulla qualità di cura erogata nel mondo reale alle persone con diabete nei servizi di diabetologia del SSN. Il trend di generale miglioramento dal 2011 al 2016 dei principali indicatori di monitoraggio e di esito intermedio, è motivo di particolare orgoglio in quanto avviene in un periodo di scarsità di risorse, di disinvestimenti in sanità, soprattutto nel settore diabetologico. I risultati ottenuti devono soprattutto servire da stimolo per il miglioramento del controllo metabolico e dei principali fattori di rischio cardiovascolare nelle persone con diabete. Questa attività di monitoraggio degli indicatori, se supportata da adeguati percorsi formativi per gli operatori sanitari e da un dialogo proficuo con le istituzioni sanitarie, può rappresentare l'innesco di un'importante riduzione del peso clinico, sociale ed economico del diabete.

Autore per la corrispondenza: Manicardi Valeria – AMD - Associazione Medici Diabetologi –
Email: manicardivaleria@gmail.com

207. Efficacia della Radiofrequenza e dell'Elettroporazione associati ad addestramento comportamentale per il trattamento dell'ipertono del pavimento pelvico posteriore maschile

Salati Nicola, Bertozzi Elena, Amendola Filomena

Fisioterapista

BACKGROUND. Il pavimento pelvico è stato, ed è tutt'ora, ignorato per ragioni di varia natura: si tratta di un'area del nostro corpo nascosta e poco raggiungibile, con la quale, generalmente, non si instaura quel rapporto quotidiano e spontaneo di consapevolezza e contatto che invece si stabilisce con una mano piuttosto che con una gamba. Il pavimento pelvico è l'area dedicata alla sessualità, alla minzione e alla defecazione; molteplici pudori sociali e tabù culturali hanno contribuito nel tempo a renderla ancora più rimossa e dimenticata. Le disfunzioni pelviche provocano, oltre a problemi igienici (specie nel caso dell'incontinenza), disagio fisico e psicologico, suscitando imbarazzo e senso di frustrazione nelle attività della vita quotidiana (lavorative, del tempo libero, sociali e sessuali). Fino ad un recente passato si era soliti ritenere questi disturbi "un tabù culturale" e ad appannaggio quasi esclusivamente femminile; in realtà con l'informazione, l'educazione e la riabilitazione di queste problematiche, anche la sfera delle disfunzioni maschili può cominciare, oggi, ad avere le sue prime applicazioni e benefici negli esiti. A tali disfunzioni si possono associare tutta una serie di segni e sintomi. I sintomi sono l'indicatore soggettivo di una malattia o del cambiamento delle condizioni così come percepito dal paziente, dal care-giver o dal partner e possono condurre il soggetto a rivolgersi al professionista della salute. I sintomi causati dalla disfunzione del pavimento pelvico modificano, spesso, la qualità di vita di chi ne è afflitto, peggiorando notevolmente più aspetti della vita quotidiana. L'International Continence Society identifica diversi sintomi: Sintomi del basso tratto urinario (incontinenza urinaria; urgenza e frequenza; flusso rallentato o intermittente e con spinte; sensazione di incompleto svuotamento); Sintomi colo-proctologici (ostruita defecazione; costipazione funzionale; incontinenza fecale; prolasso ano-rettale); Disfunzione sessuale (eiaculazione precoce/ritardata; disfunzione erettile; disfunzione dell'orgasmo); Dolore (dolore pelvico cronico; sindrome del dolore pelvico). Una frequente disfunzione maschile è l'Over Actives Pelvic Floor Muscles.

OBIETTIVI. L'obiettivo del presente lavoro di tesi è quello di valutare l'efficacia del trattamento riabilitativo nelle disfunzioni del comparto posteriore del pavimento pelvico maschile, affiancando al protocollo standard l'utilizzo di una nuova apparecchiatura elettromedicale che combina due tecniche: Radiofrequenza, basata sulla somministrazione di calore (calore endogeno) ed Elettroporazione, con la quale viene ad essere veicolato, per via transdermica, un principio attivo attraverso un particolare impulso elettromagnetico.

METODI. Lo studio è stato condotto su 6 pazienti maschi con disfunzione a carico del comparto posteriore del pavimento pelvico (esclusi pazienti con neoplasie e problemi neurologici). Per ogni paziente è stato applicato un protocollo basato su presa di coscienza, correnti antalgiche e terapia manuale a cui si è associata la combinazione innovativa di meccanismi fisiologici di Elettroporazione e di Radiofrequenza.

RISULTATI. Per la rilevazione dei dati, nell'arco temporale di somministrazione dei trattamenti, si è provveduto a valutare il tono basale tramite Biofeedback; il dolore mediante somministrazione della scala VAS; la qualità della vita tramite compilazione del questionario SF-36. Alla fine del ciclo riabilitativo si è registrato un miglioramento significativo degli outcomes prefissati, ovvero recupero della funzionalità volontaria dello sfintere anale, attraverso la risoluzione del problema del tono elevato (overactive pelvic floor muscles) della muscolatura pelvica (T0 8,83µV, T1 4,17µV); eliminazione/riduzione del dolore a livello del distretto interessato (T0 VAS=8,33, T1 VAS=1); miglioramento della qualità della vita e mantenimento di tale condizione nel tempo (monitoraggio a tre mesi) in tutti i domini di salute, in particolare nei domini di attività fisica, ruolo e salute fisica, dolore fisico, ruolo e stato emotivo.

LIMITI. I limiti del presente lavoro sono rappresentati da presenza di un campione di studio limitato ed eterogeneo; assenza di un gruppo di un controllo; impossibilità di confrontare il valore del tono basale tra fine trattamento e rivalutazione (valutazione a tre mesi).

CONCLUSIONI. Il trattamento proposto si è dimostrato efficace per risolvere il problema della disfunzione del comparto posteriore del pavimento pelvico maschile, mettendo in evidenza, oltre alla diminuzione del dolore e al raggiungimento di uno stato ottimale di salute in tempi brevi, anche il mantenimento dello stesso nel tempo (monitoraggio a tre mesi). Sarebbe auspicabile e interessante somministrare il trattamento ad un campione statisticamente significativo, effettuando anche dei confronti con un gruppo sottoposto al trattamento tradizionale e valutare, attraverso un follow-up di rilevazione oggettiva, il valore del tono basale e il suo mantenimento nel tempo.

Autore per la corrispondenza: Amendola Filomena – Fisioterapista – Email: famendola@ausl.pr.it

208. La valutazione dello stato di coscienza del paziente adulto con trauma: l'esperienza di un gruppo di progetto multiprofessionale e multicontesto

Salvatore Lanzarone, Cristina Aguiari, Simona Cavallo, Giuliana Centini, Gavetti Dario, Maurizio Berardino, Vincenzo Amelio, Marco Marcello Garbarino

Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino

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

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

METODI. Il progetto sarà così articolato, Fase 1- Analisi dell'esigenza formativa a) Revisione della letteratura sulle principali scale validate per la VSC del paziente in oggetto. b) Costruzione di una griglia di comportamenti raccomandati nella valutazione e monitoraggio dello stato di coscienza. c) Utilizzo della griglia di analisi per la raccolta dati di 40 pazienti, con trauma cranico grave in 4 mesi campione del 2016. d) Focus group multiprofessionale e multicontesto per analizzare i dati emersi dall'analisi retrospettiva. Fase 2: Progettazione del percorso formativo a) Macro e microprogettazione: finalità, obiettivi di apprendimento, sessioni e metodologie didattiche, sistema di valutazione. b) Costruzione del materiale didattico: adattamento di un caso clinico reale, video simulati e reali per le esercitazioni; serious game esperienziale per sviluppare la competenza valutativa in team. 4) Identificazione di indicatori di impatto immediato (gradimento; apprendimento) e a lungo termine (trasferimento di comportamenti professionali nella realtà) al raggiungimento del 70% di destinatari.

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

LIMITI. Allo stato attuale, non è possibile misurare l'impatto che l'azione formativa ha avuto in termini di comportamenti agiti dai professionisti, in quanto tale valutazione verrà portata avanti al raggiungimento del 50% dei destinatari previsti. La valutazione seguirà le medesime modalità previste nella fase pre corso.

CONCLUSIONI. Iniziato a ottobre 2017, il corso è giunto alla sua quinta edizione per un totale di 85 partecipanti con una saturazione media dell'85%. In relazione al gradimento si registra la soddisfazione massima in tutti gli ambiti valutati. L'esperienza condotta, supportata dal feed back dei partecipanti, ha mostrato quanto una progettazione formativa che tenga conto delle reali esigenze dei destinatari e del contesto di riferimento, abbia migliori probabilità di risultare utile ed efficace.

Autore per la corrispondenza: Lanzarone Salvatore – Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino – Email: lanzarone.salvatore77@gmail.com

209. Terapie complementari per l'Alzheimer: la Doll Therapy. Revisione narrativa della letteratura

Sarta Jessica, Rossi Federica, Marchetti Mara

Università Politecnica delle Marche

BACKGROUND. L'Alzheimer è una malattia cronica, degenerativa e irreversibile che si sta diffondendo al punto tale da essere diventata una priorità per la Sanità Pubblica, secondo quanto detto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. L'Associazione Italiana Malattia di Alzheimer, riporta i numeri preoccupanti di questa malattia: nel mondo 46 milioni di persone soffrono di demenza di cui il 50-60% causata dall'Alzheimer, mentre in Italia degli 1,4 milioni di persone affette da demenza oltre 600.000 sono colpiti dall'Alzheimer. I malati trattati con farmaci molto costosi, possono essere vittime di effetti collaterali da curare a loro volta con altri farmaci. Nel mondo si sono scoperte, studiate e sperimentate nuove terapie complementari come la musicoterapia, l'aromaterapia, la terapia snoezelen, la dog therapy e l'arte terapia; tra questi il trattamento, ancora in fase di studio, ma che sembra funzionare con il malato di Alzheimer, è la Doll Therapy. La bambola terapeutica utilizzata, è empatica ed ha caratteristiche particolari, tra cui una importante somiglianza con un bambino vero, pelle morbida, braccia allargate per ricevere un abbraccio e un taschino in cui è possibile inserire un'essenza con azione calmante.

OBIETTIVI. Verificare i benefici della Doll Therapy, tra le terapie complementari, per i pazienti con l'Alzheimer, per le famiglie e per l'équipe di cura.

METODI. È stata effettuata una revisione narrativa della letteratura consultando i database, PubMed, Cinahl e Cochrane, e Google Scholar. La strategia di ricerca ha previsto la costruzione della stringa con parole chiave come "Doll Therapy", "Alzheimer", "Terapia Complementare", "Terapia non farmacologica", "Demenza". Sono stati selezionati un totale di 1.232 articoli, sono stati esclusi gli articoli non full text, i duplicati e gli articoli che non trattavano la Doll Therapy e le terapie complementari per l'Alzheimer, pubblicati prima del 2008. Alla fine della ricerca solo 64 rispondevano ai criteri scelti per la revisione. Dopo un'analisi dei full text sono stati inclusi nella revisione 14 articoli.

RISULTATI. Tutti gli articoli, anche se di diverse tipologie, sostengono le terapie complementari nei pazienti con la malattia di Alzheimer. L'uso della bambola comporta numerosi vantaggi, come la riduzione dell'agitazione e del wandering, il miglioramento del benessere, della mobilizzazione e dell'interazione con familiari e personale. Inoltre questa terapia sembra rallentare il disorientamento e l'aggressività del malato di Alzheimer, perché oltre ad impegnarlo, rievoca dei ricordi passati, ed in questa fase sono preziosi e fondamentali i familiari. La Doll Therapy è un'ottima alleata anche a livello nutrizionale, perché grazie alla compagnia della bambola, il paziente accresce il consumo di cibo. Secondo studi recenti la bambola terapeutica aumenta l'autonomia del paziente, ma queste ricerche sono state condotte solo su persone ricoverate, è necessario effettuare uno studio anche su malati a domicilio per verificare se questi benefici si riscontrano anche nell'ambiente domestico. Alcuni autori hanno sollevato una problematica etica relativa al dire una bugia terapeutica al paziente sul bambino/bambola, ma la maggior parte degli studiosi ha considerato più importante il bene della persona, rispetto al problema etico. La Doll Therapy risulta utile anche per riunire lo staff, svolgere un ottimo lavoro di squadra e per sollevare il morale. Una problematica che può insorgere è rappresentata dalla possibilità di smarrimento o furto della bambola, che può scatenare ansia e disorientamento nel paziente; tutto gestibile dal personale dopo essere stato educato e preparato.

LIMITI. Il limite più importante è stato lo scarso numero di articoli da poter includere nella ricerca.

CONCLUSIONI. La Doll Therapy è una terapia complementare efficace nella persona affetta da Alzheimer. La terapia con la bambola è ritenuta una valida alleata per gestire i disturbi umorali e comportamentali e per assistere i pazienti. L'infermiere è uno degli operatori che realizza la terapia e deve ricevere una adeguata formazione. Nessun malato ha registrato un peggioramento dello stato di benessere dopo l'uso della bambola, ma anzi si sono evidenziati una ridotta assunzione di farmaci dall'effetto calmante e sedativo, una diminuzione delle cadute, del dolore, della sofferenza della depressione ed un illimitato aumento della gioia.

Autore per la corrispondenza: Sarta Jessica – Università Politecnica delle Marche – Email: jessica.sarta@virgilio.it

210. Bisogni occupazionali dei pazienti afferenti alla Casa della Salute: studio osservazionale della realtà di San Secondo Pramense

Schiavi Margherita[1], Chiara Erriu[2], Volta Barbara[1], Donetti Chiara[3], Squeri Giorgia[3]

[1]AUSL di Reggio Emilia, [2]Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, [3]AUSL di Parma

BACKGROUND. L'aumento della cronicità e la crescente aspettativa di vita nella popolazione, causano una maggior richiesta di interventi riabilitativi. Il Sistema Nazionale Sanitario si trova a far fronte ad una crisi economica con spese crescenti e minori risorse. È necessario quindi individuare trattamenti centrati sui bisogni della persona e volti a massimizzare la sua autonomia e qualità di vita.

OBIETTIVI. Rilevare i problemi occupazionali dei pazienti che presentano disabilità da moderata a moderatamente grave alla Modified Rankin Scale, allo scopo di valutare l'inserimento del Terapista Occupazionale nel team multiprofessionale della Casa della Salute per rispondere a tali eventuali bisogni.

METODI. Lo studio è osservazionale prospettico di coorte ed include i pazienti afferenti alla Casa della Salute di San Secondo Parmense, degenti in del reparto Riabilitazione estensiva o in carico al Servizio di Riabilitazione Ambulatoriale, Arruolati dal 1 giugno 2018 al 31 agosto 2018 e con criteri di inclusione: punteggio 3 o 4 di disabilità alla Modified Rankin Scale e che abbiano data il consenso allo studio. I bisogni del campione in studio vengono raccolti attraverso la somministrazione, da parte del terapista occupazionale, della Canadian Occupational Performance Measure (COPM), analizzati quantitativamente in base a performance e soddisfazione autopercepita dalla persona e qualitativamente in base alle macroaree di appartenenza: cura di sè, produttività e tempo libero.

RISULTATI. Il campione in studio è di 36 pazienti con età media 65 anni e DS 16 anni, 22 donne e 14 uomini, il 33% del campione è in età lavorativa, il 17% è in carico ai Servizi Sociali, il 22% vive solo e in abitazioni senza adattamenti ambientali. Il campione in studio risulta avere bisogni occupazionali i tutte le aree di vita quotidiana, con prevalenza nelle aree di cura di sè e produttività. Questi dati suggeriscono che i pazienti hanno problemi sia nelle attività di base che nelle attività più complesse legate al loro ruolo familiare e sociale. La presenza di tali bisogni può portare all'esigenza di assistenza e a restrizioni della partecipazione. Nei bisogni emersi i pazienti riferiscono basse performance e insoddisfazione.

LIMITI. Numero esiguo del campione.

CONCLUSIONI. Dall'analisi dei dati è possibile affermare quindi che l'inserimento del Terapista Occupazionale all'interno del team multidisciplinare permetterebbe di rispondere ai bisogni rilevati aumentando l'autonomia dei pazienti e favorendo la loro inclusione sociale.

Autore per la corrispondenza: Schiavi Margherita – Azienda USL di Reggio Emilia –
Email: margheritaschiavi@gmail.com

211. La sigaretta elettronica è dannosa come quella tradizionale? Revisione narrativa della letteratura

Sgubbi Pamela[1], Fioretti Marco[2], Marchegiani Martina[1], Marchetti Mara[3]

[1]Neolaureata, [2]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti, [3]Università Politecnica delle Marche

BACKGROUND. Il fumo di tabacco è uno dei principali fattori di rischio della salute individuale e pubblica; è anche uno dei principali motivi per il quale vengono fatte battaglie allo scopo di promuovere uno stile di vita sano. Il fumo di sigaretta per molti anni è stato considerato come una semplice abitudine o come un "vizio", in realtà si tratta di una vera e propria dipendenza, provoca più decessi di alcol, AIDS, droghe, incidenti stradali, omicidi e suicidi messi insieme. La prevenzione primaria, la cura del tabagismo e le patologie ad esso correlate sono essenziali per promuovere e tutelare la salute pubblica. La sigaretta elettronica (e-cig) è un dispositivo che ha riscosso molto successo a livello internazionale. È nata come ausilio per la cessazione dal fumo, con più precisione per ridurre i rischi derivanti dall'utilizzo della sigaretta tradizionale. Si pensa infatti che sia meno tossica e meno nociva rispetto al fumo di tabacco in quanto manca del processo di combustione, ma studi effettuati hanno rilevato che non è del tutto innocua. Molti sono gli effetti dannosi provocati dalla vaporizzazione del liquido contenuto nella e-cig. Dalle linee guida emanate dall'OMS per la salute pubblica, si evince che la sigaretta elettronica, nonostante abbia un valore della qualità dell'aria 15 volte più basso rispetto a quello della sigaretta convenzionale, supera comunque gli standard previsti.

OBIETTIVI. Valutare l'efficacia, i danni e i benefici della sigaretta elettronica e determinare se è più o meno nociva rispetto alla sigaretta tradizionale.

METODI. È stata condotta una revisione narrativa della letteratura basata su studi in lingua inglese e italiano, pubblicati negli ultimi 5 anni. Questi studi confrontano i danni, i benefici e l'efficacia della sigaretta elettronica rispetto alla sigaretta tradizionale. Sono stati selezionati gli articoli più inerenti alla ricerca, escludendo studi non pertinenti, i duplicati e gli studi condotti su animali. Le banche dati utilizzate: PubMed, Jama, Cinahl, Cochrane, il portale EpiCentro del CCM e il motore di ricerca Google Scholar.

RISULTATI. Dall'analisi dei 14 articoli inseriti nella revisione, emerge che la sigaretta elettronica non è dannosa come la sigaretta tradizionale, ma risulta comunque essere nociva per la salute individuale e di tutta la popolazione. La concentrazione di nicotina plasmatica è alta dopo l'utilizzo della sigaretta elettronica, ma rimane comunque più bassa dal 25% al 53% rispetto ai valori ottenuti con la sigaretta tradizionale. Molti sono gli eventi avversi che si verificano dopo l'utilizzo di questo dispositivo (es. tosse, irritazione alla gola, mal di testa e vertigini), che tuttavia, rimangono molto più tollerabili rispetto a quelli che avvengono dopo l'aspirazione del fumo di tabacco. Per quanto riguarda il Particulate Matter (PM), studi hanno dimostrato che quelli rilasciati dalla sigaretta tradizionale persistono nell'aria molto più a lungo e di valori sei volte più alti rispetto ai PM prodotti dalla e-cig. Va comunque fatta distinzione tra l'utilizzo di liquido senza nicotina e quello con nicotina, che viene utilizzato come strumento per smettere di fumare. L'assorbimento di nicotina proveniente dalla sigaretta elettronica risulta provocare effetti cerebrali, respiratori e cardiovascolari sulla salute, simili a quelli provocati dal fumo di tabacco. Molti sono gli effetti dannosi provocati soprattutto dalla vaporizzazione del liquido contenuto nella sigaretta elettronica che va ad intaccare le vie respiratorie procurando irritazione alla gola, infiammazione cronica, asma ed enfisema. Tuttavia si dimostra che, se usata nel breve termine, può aiutare i fumatori a smettere, a volte però si rischia di utilizzare entrambi i tipi di sigaretta, convenzionale ed elettronica, andando incontro a rischi molto più elevati. Si sono verificati casi in cui proprio chi non fumava le sigarette convenzionali, spinti dalla curiosità di provare questo strumento di tendenza, hanno provato ad utilizzarla diventando poi veri e propri "svapatori", altre situazioni in cui è stato l'incentivo per iniziare a fumare sigarette tradizionali.

LIMITI. Il limite più importante è rappresentato dalla esigua presenza di articoli al riguardo, reperiti attraverso le banche dati consultate.

CONCLUSIONI. Non ci sono prove abbastanza solide per confermare gli effetti dannosi e non, della sigaretta elettronica, che non può essere considerata priva di effetti dannosi. Se usata a breve termine, offre un aiuto nella cessazione o per lo meno nel ridurre il fumo di tabacco diminuendo così i rischi associati. Gli effetti nocivi, però, sono presenti e con caratteristiche simili a quelli della sigaretta convenzionale, soprattutto se il liquido utilizzato contiene nicotina. È doveroso perciò attuare un comportamento prudente e far sì che spot pubblicitari non influenzino le nostre scelte.

Autore per la corrispondenza: Marchetti Mara – Università Politecnica delle Marche –
Email: mara.marchetti@univpm.it

212. Analisi comparativa dei set multidimensionali degli Indicatori di Qualità dell'Image Guided-Intensity Modulated Radiation Therapy (IG-IMRT) integrata alla ChemioTerapia (CT) concomitante

Marco Andrea[1], Liberale Anna[1], Pacchielli Valentina[1], Tonetto Fabrizio[1], Grillone Lucrezia[2]

[1]Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine, [2]Università degli Studi di Udine

BACKGROUND. L'introduzione di nuove tecnologie e modalità di cura per le neoplasie, come l'IG-IMRT integrata alla CT concomitante, implica lo studio e l'applicazione di programmi per tutelare la sicurezza e l'indice terapeutico dei pazienti (pz). Indicatori di Qualità (IQ) consentono l'analisi comparativa nazionale ed internazionale per la valutazione delle condizioni operative, delle organizzazioni, delle performance di servizio ed elaborare piani di miglioramento della qualità.

OBIETTIVI. 1) Applicare un sistema completo di indicatori sulla gestione clinica, tecnica e organizzativa dell'IG-IMRT combinata con CT nella nostra Unità di RT; 2) Confrontare i risultati con i dati pubblicati da quattro Centri di RT italiani di validazione (RT-CIV); 3) Fornire miglioramenti di qualità per la "Governance clinica e tecnica".

METODI. Dal 2014 al 2016, abbiamo studiato l'applicazione tecnica e clinica della IG-IMRT, rispetto al totale dei trattamenti erogati dalla nostra Unità di RT ed analizzato l'attività svolta durante il 2016, utilizzando un sistema multidimensionale pubblicato (Gabriele P. et al., Critical Reviews in Oncology/Hematology; 2016) per confrontare i nostri IQ con i dati testati da quattro RT-CIV italiani, durante l'anno 2015, e con gli standard internazionali (europei). Gli IQ considerati in analisi sono stati divisi in tre categorie: 2 Indicatori di Struttura (risorse umane, tecnologiche e controllo delle dotazioni strumentali), 10 Indicatori di Processo (aspetti organizzativi/gestionali del percorso clinico del pz) e 2 Indicatori di Esito.

RISULTATI. In Udine, l'applicazione tecnica e clinica della IM-IGRT, rispetto la totale dei trattamenti RT è incrementata dal 13,31% (216/1622) nel 2014, al 20,63% (299/1499) nel 2015, al 30,04% (411/1367) durante il 2016. Dall'analisi comparativa degli IQ abbiamo rilevato, rispettivamente: Indicatori di struttura: 1. Adeguatezza delle Tecnologie apparecchiature per la IG-IMRT: SOC RT di Udine: 3/3 LINACs (100%); Centri Italiani di validazione (VC): 13/14 (92,8%); Standard Internazionali: 72% 2. Carichi e Flussi di Lavoro: totale di pz trattati nel 2016: 1367; Radioterapista oncologo (MD): 8 (media 170,8), Fisico Sanitario (FS): 6 (media 227,83), Tecnico di radioterapia (TRT): 16 (media 85,43); nel 2015, totale di pz trattati, numero di MD, FS and TRT sono stati 1040 pazienti, 7, 6, 12 per il Centro 1; 1910 pz, 10,9,17 per il Centro 2; 320 pz, 3,3,5 per il Centro 3; 1936 pz, 8,6,20 per il Centro 4; gli standard: MD: 209, FS: 303, RTT: 77 Indicatori di processo: 3. Approccio multidisciplinare nella cura del paziente: 77%, 81%; 80% 4. Adeguatezza dell'imaging multimodale: PET-CT: 12.5%; MRI: 47.5%; PET-CT: 27.9%; MRI: 25%; 80% 5. Qualità della cartella clinica: 100% per tutti 6. Tempo d'attesa medio: 16 die per pz; 22 die per pz; = 30 die per pz. 7. Appropriatezza dei programmi di Assicurazione di Qualità: 100% per tutti 8. N° di controlli dosimetrici per pazienti trattati con IG-IMRT: 100% per tutti 9. N° di controlli Megavolt(MV) o Cone Beam Computed Tomography (CBCT) rispetto al numero di frazioni di RT: 1/3 delle Frazioni (sono implementati protocolli IG off-line; 100%; 100%: almeno un IG per Frazione, quando i protocolli IG off-line non sono implementati) 10. N° di controlli clinici al paziente durante il trattamento: 1 esame clinico ogni 5 sessioni di RT (1 alla settimana) = 100%, anche 2 esami alla settimana; 100%; 1 esame clinico ogni 5 sessioni di RT (1 alla settimana) = 100% 11. Numero di RT adattative: 3%; 10%; 10% 12. Tempo d'occupazione della sala di trattamento: 3 pz/ora; 2.4-3 pz/ora; in funzione delle tecnologie IG-IMRT, dovrebbe essere almeno 2,4 pz/ora Indicatori di outcome: 13. N° di pazienti trattati inseriti in studi clinici: 0% in studi prospettici, ma 81% in studi retrospettivi.; 13% (range 3%-30%); 13% 14. Tempo di operatività dei LINACs: 96%; 97.8% (range 93-99%); range 90-97%. Nella nostra realtà, l'analisi di benchmark evidenzia sette QI negli standard proposti, quattro sopra e tre sotto gli standard comparati. Il piano di miglioramento della "Governance clinica e tecnica" comprende l'introduzione di: 1) i software di imaging elastico e autoplanning; 2) l'introduzione di nuovi studi prospettici; 3) un programma di manutenzione adattato dei LINAC; 4) l'analisi delle opinioni dei pazienti; 5) la somministrazione di QI per distretti patologici.

LIMITI. 1) l'analisi è applicata ai trattamenti integrati di IMRT-CT, non a tutti i trattamenti IMRT 2) La letteratura internazionale offre standard di riferimento con range spesso variabili.

CONCLUSIONI. L'applicazione di un set multidimensionale di QI sulla gestione clinica tecnica dell'IG-IMRT + CT ha offerto un'analisi comparata sostanzialmente allineata con la migliore pratica di quattro RT-CIV e con gli standard europei. I dati rilevati possono supportare programmi per migliorare la "Governance" e/o giustificare investimenti in risorse umane e/o tecnologiche.

Autore per la corrispondenza: Marco Andrea – Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Udine –
Email: marco.signor@asuiud.sanita.fvg.it

213. Le decisioni rilevanti nelle politiche vaccinali in Italia nei primi 40 anni del SSN

Signorelli Carlo, Odone Anna

Università Vita-Salute San Raffaele

BACKGROUND. Nella sanità moderna l'Italia ha sempre rivestito un ruolo di Paese leader nelle vaccinazioni per gli eccellenti contributi scientifici, la lungimiranza delle sue politiche vaccinali e l'esperienza dei suoi ricercatori e operatori.

OBIETTIVI. Il presente contributo ha l'obiettivo di ripercorrere criticamente le diverse fasi delle politiche vaccinali italiane nei primi quarant'anni del Servizio Sanitario Nazionale; alla luce dei patterns epidemiologici delle malattie infettive, dei vaccini a disposizione e delle raccomandazioni basate sulle evidenze adottate negli anni dalle autorità sanitarie.

METODI. Forniamo una revisione critica delle raccomandazioni vaccinali in Italia ed un'analisi quantitativa dell'impatto delle stesse sui tassi di copertura, nel tempo e per regione.

RISULTATI. Nei primi 40 anni del Servizio Sanitario Nazionale sono state identificate quattro fasi nelle politiche vaccinali: la prima (1978-98) caratterizzata dall'eradicazione del vaiolo, dalle speranze di ulteriori eradicazioni e dall'introduzione dei vaccini antiepatite B e antipertosse acellulare; la seconda (1999-2008) è coincisa con i primi piani vaccinali nazionali e con l'ipotesi di un progressivo passaggio dall'obbligo all'adesione consapevole, segnata dall'importante sperimentazione della Regione Veneto; la terza fase (2009-14) è stata caratterizzata dalla diffusione dell'informazione sanitaria su web e social, da sentenze giudiziarie antiscientifiche e da una sempre più diffusa vaccine hesitancy che hanno portato a errate percezioni, cali generalizzati delle coperture e riaccensione di focolai epidemici; nell'ultima fase (2015-18) c'è stata una reazione delle istituzioni che ha portato all'approvazione del PNPV 2017-19, all'estensione degli obblighi vaccinali e a sanzioni contro i medici antivaccinisti. Ciò ha portato ad un rapido rialzo delle coperture, di cui offriamo dettagliata analisi qualitativa, ma anche ad un acceso dibattito politico e mediatico sugli aspetti etici e sociali legati alle sanzioni e ai divieti di ammissione dei bambini non vaccinati nelle scuole.

LIMITI. Manca nel presente contributo un'analisi comparativa con altri paesi europei, nel merito delle politiche, dell'offerta vaccinale e del loro impatto sulle coperture; oggetto di altri lavori pubblicati dal nostro gruppo.

CONCLUSIONI. In un momento storico in cui le autorità internazionali Europee hanno ribadito la volontà di supportare gli Stati Membri a promuovere la cultura vaccinale e aumentare le coperture, fondamentale è ripercorrere le principali tappe delle politiche vaccinali del nostro Paese, al fine di pianificare, implementare e valutare per il futuro approcci innovativi e basati sulle evidenze.

Autore per la corrispondenza: Odone Anna – Università Vita-Salute San Raffaele – Email: odone.anna@hsr.it

214. Terapia sequenziale nell'osteoporosi: dati di farmacoutilizzazione e revisione narrativa della letteratura

Signoretta Vincenzo, Pieraccini Fabio, Calabrese Valeria, Carnaccini Francesca

Azienda USL della Romagna

BACKGROUND. Le note AIFA dalla loro istituzione ad oggi sono progressivamente diventate un mezzo per assicurare l'appropriatezza d'impiego dei farmaci, orientando, in alcuni casi, le scelte terapeutiche a favore di molecole più efficaci e sperimentate. In questo senso, tra gli strumenti che regolano l'accesso ai farmaci, le Note si ispirano ai criteri della medicina basata sull'evidenze. La nota AIFA 79, che regola la rimborsabilità dei farmaci per il trattamento dell'osteoporosi, prevede in prevenzione secondaria come farmaco di I scelta la Teriparatide (T) in pazienti in con pregresse fratture vertebrali o di femore che presentano le seguenti condizioni cliniche: = 3 fratture; =1 frattura + T-score colonna o femore =-4; =1 frattura + trattamento > 12 mesi con prednisone o equivalenti =5 mg/die; nuova frattura vertebrale o femorale nonostante trattamento con farmaci in Nota AIFA 79 da almeno 1 anno. La T è prescrivibile a carico del SSN su diagnosi e piano terapeutico specialistico per una durata massima di 24 mesi, trattamenti prolungati sono stati associati in modelli animali alla comparsa di osteosarcomi. Alla sospensione di T clinicamente si rende talora necessario un prosieguo di terapia (terapia sequenziale). Le opzioni di II scelta rimborsate sono zoledronato o denosumab (D).

OBIETTIVI. L'obiettivo è stato inquadrare lo scenario prescrittivo della terapia sequenziale T-D e indagare le evidenze a supporto.

METODI. È stata predisposta una specifica query per individuare i pazienti che hanno ricevuto T e shiftati a D nel periodo anno 2015-primo quadrimestre 2018 utilizzando come fonte dati il flusso FED (farmaci a erogazione diretta) presso l'AUSL Romagna. Al fine di reperire evidenze a supporto di tale pratica clinica sono state interrogate le banche dati quali PubMed, Cochrane Library utilizzando come keywords Teriparatide, Denosumab. Dei records individuati sono stati considerati solo studi prospettici.

RISULTATI. I pazienti trattati con T nel periodo indagato sono stati 1504 così divisi per i vari ambiti dell'AUSL Romagna: Forlì 149, Cesena 245, Ravenna 527, Rimini 583 e di questi hanno proseguito con D 154 (10%) di cui Forlì 6 (4%), Cesena 30 (12%), Ravenna 61 (12%), Rimini 57 (10%). In letteratura sono stati reperiti solo due studi che avevano i criteri preimpostati. Il primo lavoro (Leder BZ et al. Denosumab and Teriparatide Transitions in Postmenopausal Osteoporosis (The DATA-Switch Study): a Randomised Controlled Trial Lancet. 2015 September 19; 386(9999): 1147–1155) è un'estensione prepianificata di un trial randomizzato controllato in aperto in donne post-menopausa. Il trial indagava efficacia e sicurezza della terapia combinata T+D vs i singoli componenti. L'estensione prevedeva lo switch -dopo 24 mesi- da T a D (27 pazienti) e da D a T (27 pazienti) e dalla terapia di combinazione a D. La densità minerale ossea a livello della colonna lombare, del collo del femore e dell'anca è aumentata di 8.6, 5.6 e 4.7 punti percentuali nel gruppo T a D. I dati sulla riduzione delle fratture sono risultati non statisticamente significativi e non erano l'outcome principale. Il secondo lavoro (Ebina K et al. The effects of switching daily teriparatide to oral bisphosphonates or denosumab in patients with primary osteoporosis J Bone Miner Metab. 2017 Jan;35(1):91-98) è uno studio osservazionale prospettico condotto su di un totale di 78 persone seguiti per 12 mesi. I due bracci di trattamento prevedevano rispettivamente: switch da T a D (42 pazienti) o switch da T a Bifosfonati (BP). Dopo 12 mesi, l'aumento della BMD era significativamente maggiore nel gruppo switch-to-D rispetto al gruppo switch-to-BP: colonna lombare (6,2 vs 2,6%, P <0,05).

LIMITI. Il limite intrinseco è la valutazione attraverso il solo dato prescrittivo non corredato di informazioni cliniche aggiuntive oltre a quelle presenti nei form/piani terapeutici, altresì bisogna considerare che al momento dell'erogazione della terapia il Farmacista verifica la corretta compilazione del piano terapeutico stesso quale conditio sine qua non per la rimborsabilità del farmaco. La ricerca di evidenze a supporto della terapia sequenziale non ha preso in considerazione la letteratura grigia inoltre non è stata effettuata una revisione sistematica ma bensì una revisione narrativa seppure la ricerca delle fonti è stata effettuata da due autori in modo indipendente.

CONCLUSIONI. Ad oggi le evidenze a supporto della terapia sequenziale Teriparatide-Denosumab sono estremamente limitate -per carenza su end-point clinici hard- e di qualità bassa. I dati di farmacoutilizzazione e le evidenze scientifiche saranno utilizzate per aprire un confronto con i clinici a fronte anche di una non omogeneità di abitudini prescrittive nei vari ambiti. In un'ottica incentrata sui bisogni di salute dei pazienti si dovrebbero pianificare studi ad hoc per verificare il value di un intervento sanitario prima ancora di renderlo rimborsabile.

Autore per la corrispondenza: Signoretta Vincenzo – Azienda USL della Romagna –
Email: vincenzo.signoretta@auslromagna.it

215. La valutazione della qualità del tirocinio clinico degli studenti del CdL in Infermieristica mediante CLES e SVIAT

Silvestri Irene, Marchetti Mara, Mercuri Maurizio

Università Politecnica delle Marche

BACKGROUND. Il tirocinio clinico è il cuore della formazione degli studenti del Corso di Laurea (CdL) in Infermieristica, rappresenta l'occasione privilegiata di apprendimento ed è fondamentale per sviluppare competenze professionali, ragionamento diagnostico e pensiero critico. È dunque evidente l'importanza che la formazione universitaria riveste nel percorso di sviluppo dello studente infermiere come futuro professionista in grado di fornire assistenza di qualità. Il concetto di ambiente di apprendimento clinico e il suo impatto sull'acquisizione di competenze da parte degli studenti è stato oggetto di grande interesse negli ultimi anni. Recenti studi hanno infatti posto in evidenza l'esistenza di un rapporto di proporzionalità diretta tra livello qualitativo dell'ambiente di tirocinio e livello di conoscenze acquisite al termine dello stesso; tanto più è elevata la soddisfazione degli studenti per l'ambiente di tirocinio, tanto maggiore risulta essere il livello di apprendimento che ne deriva. Sulla base di questo assunto sono stati elaborati e validati a livello internazionale diversi strumenti di valutazione dell'ambiente di apprendimento clinico. In letteratura, il Clinical Learning Environment and Supervision (CLES) è attualmente considerato il Gold Standard poiché è stato validato in molti sistemi formativi internazionali e presenta i migliori risultati di affidabilità e validità, mentre lo Strumento di Valutazione Italiano degli Ambienti di Tirocinio per gli studenti infermieri (SVIAT) è un nuovo strumento elaborato partendo dall'analisi dei punti di forza e limiti dei questionari ad oggi disponibili e validato nel 2017 all'esito di uno studio multicentrico condotto dal gruppo italiano di ricerca SVIAT. Utilizzando tali strumenti è possibile raccogliere dati per orientare le decisioni relative all'accreditamento delle sedi di tirocinio che fanno parte della rete formativa ed individuare eventuali aree per le quali risulta necessario avviare progetti di miglioramento o percorsi formativi per i tutor clinici.

OBIETTIVI. Valutare la qualità del tirocinio clinico degli studenti del CdL in Infermieristica, Università Politecnica delle Marche – sede Ancona, individuare il grado di soddisfacimento degli stessi ed i relativi determinanti.

METODI. Studio osservazionale descrittivo condotto nell'anno accademico 2017/2018 nel suddetto CdL. Le sedi di tirocinio valutate sono: l'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti – Ancona, l'INRCA – IRCCS di Ancona e Osimo e i Presidi ASUR Marche – Area Vasta 2. Il campione sottoposto a valutazione include gli studenti del primo, secondo e terzo anno di corso. Per la raccolta dati sono stati utilizzati due strumenti di valutazione della qualità del tirocinio clinico validati in letteratura: il CLES, scala che da anni viene utilizzata presso questa facoltà per la valutazione dell'esperienza di tirocinio clinico degli studenti, e lo SVIAT, uno strumento del tutto nuovo mai stato sperimentato nella suddetta realtà. Per la valutazione dei tirocini mediante CLES è stata coinvolta l'intera popolazione di riferimento, mentre, lo SVIAT è stato somministrato ad un campione rappresentativo di studenti selezionati dalla popolazione originaria mediante campionamento randomizzato per cluster.

RISULTATI. Sono state raccolte 436 schede CLES e 23 SVIAT. Il punteggio medio riscontrato all'analisi globale delle schede CLES è di 4,3 su un massimo di 5 e di 2,2 su un massimo di 3 per lo SVIAT. Il grado di soddisfazione degli studenti in merito alla loro esperienza di tirocinio è individuabile nelle due schede di valutazione con un valore medio di 4,6 per il CLES e di 2,6 per lo SVIAT. Gli studenti hanno infine attribuito una media di 4,5 e 2,6 punti, rispettivamente per la valutazione con CLES e SVIAT, all'item relativo alla valutazione della sede di tirocinio quale buon ambiente per un apprendimento clinico efficace e significativo.

LIMITI. Il limite dello studio è individuabile nell'esiguo campione preso in riferimento per la valutazione SVIAT; il suo superamento è previsto con l'ampliamento del campione nelle successive fasi del progetto di ricerca.

CONCLUSIONI. Le esperienze di tirocinio clinico realizzate presso la realtà indagata presentano nel complesso un ottimo livello di qualità riscontrabile sia mediante CLES che SVIAT; gli studenti infermieri considerano inoltre i vari ambienti di apprendimento clinico come valide realtà formative che tendono effettivamente a presentare i fattori documentati quali precursori di un apprendimento significativo. In ultimo, gli studenti esprimono un elevato livello di soddisfazione relativamente alla propria esperienza di tirocinio; ci si attendono pertanto buoni esiti di apprendimento clinico al termine del percorso formativo.

Autore per la corrispondenza: Silvestri Irene – Università Politecnica delle Marche –
Email: irene.silvestri24@gmail.com

216. La sanità 4.0: potenzialità e limiti di una rivoluzione già in corso

Silvestri Francesco

Ospedale Regionale U. Parini

BACKGROUND. Oggi la nostra specie sta attraversando una nuova fase di sviluppo tecnologico, così rapido e rivoluzionario che è stata definito alla Fiera di Hannover del 2011 come la Rivoluzione Industriale 4.0. Essa prevede un modello di produzione e gestione dei dati attraverso connessione tra sistemi fisici e digitali, analisi complesse attraverso Big Data e adattamenti real-time, utilizzo di dispositivi connessi al Web, analisi delle informazioni ricavate della Rete Internet, gestione flessibile del ciclo produttivo; la gestione di dati in cloud e la loro analisi per rilevare debolezze e punti di forza della produzione-organizzazione, realtà aumentata, manifattura additiva, il cloud-computing e l'intelligenza artificiale rappresentano i suoi pilastri e la fonte dello stravolgimento che si sta verificando nella nostra società. Se la Rivoluzione Industriale 4.0 sta attraversando tutta la società, come si sta preparando l'assistenza sanitaria a tale cambiamento?

OBIETTIVI. Analizzare le potenzialità ed i limiti offerti nell'assistenza sanitaria nel'era della rivoluzione 4.0.

METODI. Utilizzando le parole chiave digital hospital, talecare, Big Data in healthcare, robotic surgery, intelligent hospital, digital operating room e wireless operating room con l'impiego degli operatori booleani AND, OR e NOT sui database Pubmed e Cochrane attraverso la Biblkioteca Biomedica Biellese a cui l'autore è iscritto. Sono stati identificati 12 articoli dopo aver eseguito una selezione per attinenza e pertinenza.

RISULTATI. Lo sviluppo della tecnologia ICT (Information & Communication Technology) sta trasformando il nostro quotidiano e la nostra società, promettendo grandi opportunità nel settore dei servizi e del terziario, migliorandone efficienza e riduzione dei costi. Nel frattempo i sistemi sanitari hanno davanti un numero elevato di sfide organizzative: carenza di personale, costi, invecchiamento della popolazione ed aumento delle cronicità e difficoltà di comunicative. Per questo l'OMS ha proposto da tempo che le ICT possono essere un valido strumento per affrontare le difficoltà sopra citate: ovvero aiutare a ridurre i costi dell'assistenza sanitaria migliorando l'efficienza e l'efficacia, promuovendo la prevenzione; inoltre queste tecnologie possono far progredire l'assistenza clinica e i servizi di sanità pubblica facilitando la pratica e la comunicazione inter-professionale, riducendo le disparità sanitarie applicando nuovi approcci per migliorare la salute delle popolazioni isolate. L'OMS è così giunta a creare due nuovi concetti di salute: l'Electronic Heath (uso delle tecnologie dell'informazione a sostegno della salute, la sorveglianza sanitaria, la letteratura sanitaria, l'educazione alla salute, la conoscenza e la ricerca) e la Mobile Heath (legata a piccoli dispositivi portatili, sensori medici e tecnologie di comunicazione per assistenza a distanza); ha inoltre previsto un'architettura applicativa delle ICT a livello internazionale con 3 livelli organizzativi: micro, utilizzato da pazienti e personale sanitario; meso, a disposizione delle organizzazioni sanitarie; macro, impiegato da sistemi ministeriali/internazionali. Nei prossimi anni la sanità andrà incontro a grandi cambiamenti: nelle sale operatorie, con grande diffusione della chirurgia robotica, sistemi wireless e sensori impiantabili; nell'impiego di strumenti diagnostici sempre più sofisticati, con la miniaturizzazione di endo-capsule operative, bio-sensori impiantabili nelle protesi; attraverso la telemedicina per l'assistenza delle patologie croniche o in post-acuzia, con la condivisione di conoscenze tra operatori e pazienti per migliorarne il self-care. Tutto questo si traduce però in un volume dati spropositato, i Big Data sanitari: per saper gestire, analizzare, elaborare e ricavarne anche valutazioni predittive saranno presto necessarie nuove tecnologie già in studio come l'high-dimensional space e intelligenze informatiche auto-learning.

LIMITI. Questo studio può far comprendere quali saranno i cambiamenti organizzativi e tecnologici nell'assistenza sanitaria in futuro. Vista la vastità di materiale offerto, si renderà in futuro trattare ed approfondire tali argomenti in modo singolo e dedicato: le possibilità offerte all'infermieristica sono molte e vanno colte in modo da essere dei professionisti della salute anche nel 4.0.

CONCLUSIONI. Le possibilità offerte dall'applicazione delle ICT nel campo sanitario sono a dir poco esplosive: l'assistenza a pazienti con malattie croniche o degenerative subirebbe un grande miglioramento grazie alla telepresenza; i dati di un singolo individuo potrebbero seguire l'intero decorso della propria esistenza. La qualità dei Big Data sanitari offre grandi possibilità di analisi (sanitarie, biologiche, sociologiche, previsioni di spesa e indicatori qualità) ma per coglierne il potenziale è richiesto un grande lavoro internazionale di preparazione e condivisione dell'architettura di una tale organizzazione, che l'OMS sta tentando di creare coinvolgendo gli attori della salute.

Autore per la corrispondenza: Silvestri Francesco – Ospedale Regionale U. Parini – Email: silvervda@yahoo.it

217. Le Raccomandazioni Cliniche in Odontostomatologia di MinSalute del 2017, il nuovo SNLG e le implicazioni in termini di “Qualità”

Spatafora Francesco

Studio Spatafora Cassata

BACKGROUND. La visione che in campo giuridico si ha del Diritto, costituzionalmente sancito, alla Salute, di cui all’art. 32 della Carta, è stata modulata e modificata dalla Legge 24/2017, nota come “Legge Gelli/Bianco”. Ciò ha determinato la necessità di un ripensamento dell’operare clinico di tutti i Professionisti sanitari, in primis dei Medici e degli Odontoiatri. Ad essi è demandato il difficile compito di coniugare la Qualità delle prestazioni sanitarie con l’effettiva disponibilità delle risorse, sia in ambito pubblico che in ambito privato; nel corso della relazione, perciò, si forniranno spunti di riflessione, elementi di analisi e, soprattutto, chiavi di lettura dell’importantissimo documento ministeriale noto come “Raccomandazioni Cliniche in Odontostomatologia”, giunto alla seconda edizione. Tale documento è in atto candidato a divenire l’unico riferimento oggettivo per la valutazione dell’operato del Medico Odontoiatra, e ciò anche in ambito medico-legale; ma si profila la attività del nuovo SNLG, che svolgerà – in auspicio – lo stesso ruolo ed in modo più dinamico e sistematico.

OBIETTIVI. vedi Background

METODI. vedi Background

RISULTATI. vedi Background

LIMITI. vedi Background

CONCLUSIONI. La coniugazione della necessità di rispettare in pieno il Diritto alla Salute dei nostri pazienti (alla luce delle novità legislative del 2017/2018) e della crescita tecnica qualitativa alla base dell’eccellenza odontoiatrica pone problemi sia etici che legali di non facile soluzione, ma certamente da affrontare, sia da parte del Sanitario che da parte delle Società scientifiche destinata a svolgere un ruolo determinante.

Autore per la corrispondenza: Spatafora Francesco – Studio Spatafora Cassata – Email: ciccio.spatafor@libero.it

218. Epatite A: analisi epidemiologica ed impatto economico dei casi avutisi nei residenti dei Distretti 1 e 2 dell'AULSS 9 Scaligera nel 2017

Spedicato Daniele[1], Brioni Alessandro[2], Bosco Oliviero[2]

[1]Università di Verona, [2]Azienda ULSS 9 Scaligera

BACKGROUND. In Europa ed in Italia a partire dal 2016 si sono sviluppati diversi focolai di infezione da virus dell'epatite A, in particolare diffusi fra maschi che fanno sesso con maschi (MSM), che hanno determinato un incremento complessivo dei casi rispetto agli anni precedenti, e dei costi ad essi associati. Nel 2017 in Regione Veneto ci sono stati oltre 400 nuovi casi di epatite A notificati. Assistendo ad un aumento dei casi di questa infezione legati a MSM, la regione Veneto ha deciso mediante la Circolare del 08/03/2017 di offrire gratuitamente la vaccinazione contro l'epatite A ad alcune categorie a rischio come gli omosessuali.

OBIETTIVI. Dimostrare che le vaccinazioni, mirate alle categorie con comportamenti a rischio, oltre ad essere efficaci nel ridurre l'incidenza di determinate patologie, permettono di ridurre la spesa sanitaria nazionale.

METODI. L'Unità Operativa Profilassi Malattie Infettive del SISP dell'Azienda ULSS 9 Scaligera, attraverso l'analisi dei dati riportati dal SEIEVA (Sistema Epidemiologico Integrato Epatite Virale Acuta), ha condotto uno studio epidemiologico retrospettivo per individuare i fattori di rischio dell'infezione da HAV coinvolti nella recente epidemia, ed in particolare la prevalenza di maschi che fanno sesso con maschi (MSM) tra i casi notificati nel 2017 nei residenti dei distretti 1 e 2 dell'AULSS 9 Scaligera e la relativa spesa economica.

RISULTATI. Nel 2017 sono stati notificati ben 61 casi di epatite A nei residenti dei distretti 1 e 2 dell'AULSS 9 (casi totali residenti AULSS 9 pari a 105). L'età media dei casi è stata di 36 anni ed il sesso prevalente è risultato essere quello maschile (70,5%). La totalità dei casi è stata ricoverata. Nel 28% dei casi sono soggetti che hanno dichiarato di aver avuto rapporti sessuali con uomini nei 6 mesi precedenti l'inizio dei sintomi (pari al 40% dei casi di notifica riguardanti soggetti di sesso maschile), con un numero medio dichiarato di 10 diversi partner. La quasi totalità di questi pazienti ha dichiarato di utilizzare il profilattico occasionalmente. Come riportato dal tariffario dei DRG 1805/2011 della Regione Veneto, la tariffa per i ricoveri ordinari per epatite acuta (Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC) è pari a 1688,65€, con un valore soglia della degenza di 24 giorni. Prendendo in analisi i soli casi di epatite A acuta avutisi nei residenti dei distretti 1 e 2, attribuibili ai maschi che fanno sesso con altri maschi, ed il solo valore del DRG sopramenzionato, il Sistema Sanitario Regionale ha dovuto sostenere un costo complessivo pari a 42.216€ per la loro cura.

LIMITI. Ridotta numerosità del campione.

CONCLUSIONI. Dal nostro studio è emerso come accanto ai fattori di rischio classicamente riconosciuti giochino un ruolo importante nella diffusione di HAV anche i comportamenti sessuali a rischio, in modo particolare nelle comunità di MSM. Essendo la spesa per una singola dose di vaccino antiepatite a pari a 28€, con un costo vaccinale complessivo di 1400€, se i nostri pazienti avessero eseguito il ciclo completo di vaccinazione (che consta di due dosi), il Sistema Sanitario Regionale avrebbe risparmiato circa 40.816€. Risulta quindi particolarmente importante attuare la vaccinazione preventiva dei gruppi a rischio (come le persone con comportamenti sessuali a rischio, i familiari e i contatti di un caso accertato), quale mezzo privilegiato per tutelare la salute dei singoli e della collettività e per determinare una riduzione della spesa sanitaria, contribuendo in ultima analisi ad un sistema sanitario sostenibile.

Autore per la corrispondenza: Brioni Alessandro – Azienda ULSS 9 Scaligera – Email: alessandrobrioni@hotmail.it

219. La frattura prossimale di femore: l'esperienza del Servizio di Fisioterapia dell'AOU Careggi nella gestione riabilitativa in fase acuta ad un anno dall'implementazione del Piano Fisioterapico Standard

Sticci Silvia, Puggioni Marco, Grisolia Giancarlo, Bandini Barbara, Livi Luca, Fontana Ilaria, Freschi Laura, Rasero Laura, Brandi Angela

Azienda Ospedaliera-Universitaria Careggi

BACKGROUND. La frattura prossimale di femore rappresenta una delle maggiori cause di ricovero in ospedale sia a livello nazionale che internazionale. Per questa tipologia di pazienti diventa necessario promuovere un modello assistenziale volto ad ottimizzare il periodo di ricovero, migliorare l'iter terapeutico e facilitare quando possibile il rientro domiciliare. Tale modello prevede la gestione integrata delle varie problematiche cliniche, funzionali e sociali con un approccio multidisciplinare e multiprofessionale anche in considerazione della complessità clinico assistenziale e delle comorbidità spesso presenti in questa tipologia di pazienti. Nell'intento di ridurre la variabilità nella gestione delle problematiche riabilitative e di promuovere l'adozione di strumenti finalizzati ad omogeneizzare modalità di trattamento e garantire un monitoraggio degli esiti funzionali, la definizione di un Piano Fisioterapico Standard rappresenta uno strumento indispensabile per orientare la pratica professionale promuovendo interventi Evidence Based e di qualità.

OBIETTIVI. Definire ed implementare un Piano Fisioterapico Standard (PFS) in pazienti con frattura prossimale di femore sottoposti ad intervento chirurgico, valutando il processo di presa in carico in termini di efficacia ed efficienza.

METODI. Un gruppo di lavoro multidisciplinare ha definito gli interventi riabilitativi, i criteri per la presa in carico, gli strumenti e gli standard di monitoraggio del PFS. La scala mILOA è stata adottata come strumento per valutare in modo incrementale gli esiti funzionali raggiunti dal paziente. Il traguardo funzionale potenzialmente raggiungibile, compatibile con il percorso aziendale, è stato identificato nell'item "distanza percorsa compresa tra 5 e 9 metri" corrispondente al punteggio 3 della scala mILOA, risultando coerente alla durata media del trattamento fisioterapico (5 giorni) e alla durata della degenza di un ospedale per acuti. Il Piano è stato applicato dal team di fisioterapisti a partire dal primo febbraio 2018. Il monitoraggio ha previsto la registrazione dei tempi di presa in carico dalla segnalazione al Servizio di Fisioterapia e dell'esito funzionale (scala mILOA) raggiunto dal paziente al momento della dimissione.

RISULTATI. Nel periodo 01/02/2018–30/11/2018 sono stati ricoverati nel settore Degenze area Trauma del CTO n. 452 pazienti con frattura prossimale di femore, dei quali 223 sono risultati eleggibili al Piano Fisioterapico Standard. Sono stati infatti esclusi i pazienti non sottoposti a trattamento chirurgico e quelli che presentavano pregresse morbilità invalidanti, procrastinazione del carico per indicazione chirurgica, o che avessero sviluppato complicanze internistiche e/o neurologiche interferenti con la progressione del Piano Standard. I pazienti presi in carico entro le 48 ore dalla segnalazione sono stati il 76% (n. 170); di questi il 74% (n. 126) ha raggiunto il punteggio uguale o inferiore a 3 alla scala mILOA; il 9,4 % (n. 16) ha raggiunto il punteggio 4 (distanza percorsa uguale a 3-4 metri), il 2,3 % (n. 4) ha raggiunto il punteggio 5 (distanza percorsa uguale a 2 metri); l'8,2% (n. 14) ha raggiunto il punteggio 6 (distanza < 2 metri). I pazienti presi in carico oltre le 48 ore sono stati n. 53 (24%); di questi, il 43 % (n. 23) alla dimissione ha raggiunto un punteggio uguale o superiore a 3; l'1,8% (n. 1) ha raggiunto punteggio 4; l'1,8 % (n. 1) ha raggiunto punteggio 5 mentre il 34% (n. 18) ha raggiunto punteggio 6. Un totale di n.20 pazienti (n. 10 presi in carico entro le 48 ore e n. 10 presi in carico dopo le 48 ore) ha raggiunto solo la posizione seduta come massimo traguardo funzionale. Questo criterio ha determinato la non applicabilità del calcolo con la scala mILOA.

LIMITI. La mancanza di un sistema informatizzato predisposto all'interno della cartella clinica informatizzata in uso in Azienda per il monitoraggio degli indicatori identificati ha reso necessario la creazione di un data base ad hoc per la rilevazione dei dati a verifica del percorso fisioterapico effettuato. La non validazione in lingua italiana della scala mILOA utilizzata in via sperimentale come strumento valutativo per l'esito funzionale.

CONCLUSIONI. Il PFS si è rilevato uno strumento utile ed appropriato per la standardizzazione degli interventi riabilitativi rivolti dal team di fisioterapisti ai pazienti con frattura prossimale di femore. Inoltre ha permesso di acquisire elementi valutativi utili a documentare la qualità degli interventi, gli esiti delle cure e gli ambiti organizzativi da sottoporre ad azioni di miglioramento, che consentiranno in futuro di orientare la pratica professionale verso migliori livelli di performance.

Autore per la corrispondenza: Sticci Silvia – Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi –
Email: sticcis@aou-careggi.toscana.it

220. Uno strumento in cartella clinica per il monitoraggio e il controllo delle procedure invasive e assimilate e delle emocolture di sorveglianza al fine della riduzione delle infezioni ospedaliere gravi e mortali e gli audit condivisi

Stroili Manuela, Ceschia Giuliano, Ferretti Elisabetta, Berlot Giorgio

Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste

BACKGROUND. Gli ospedali per acuti curano pazienti gravi, portatori di polipatologie, sovente immunodepressi, più suscettibili di sviluppare infezioni da batteri, virus e miceti che possono provocare morte per polmoniti, sepsi e shock settici. La loro possibile riduzione quoad vitam ha indotto la Comunità scientifica a definire politiche sanitarie per la prevenzione, identificazione precoce e cura tempestiva degli stati settici, politiche alle quali anche noi partecipiamo (European Center Disease Control-Point Prevalence Survey/ECDC-PPS; La sepsi: riconoscimento precoce in Pronto Soccorso e gestione della fase iniziale nell'adulto.2017 https://egas.sanita.fvg.it/it/aree-tematiche/rete-cure-sicure-fvg/).

OBIETTIVI. Per migliorare prevenzione e cura delle infezioni nosocomiali ci siamo proposti di rilevare i casi gravi d'infezione anche in un sottogruppo di Pazienti omogenei per età ed in un sottogruppo di ematologici immunodepressi, curati in più Reparti durante lo stesso ricovero.

METODI. È stata approfondita la bibliografia (Siaarti "Le buone pratiche per gli accessi vascolari" www.siaarti.it/standard clinici 2018; Regione Emilia R. Sorveglianza e controllo delle Infezioni in Terapia Intensiva.Dossier 104/2005; Matt P. Wise &all Guidelines on the management and admission to intensive care of critically ill adult patients with haematological malignancy in the UK. BJH Guideline 2015; Giornate Mediche di Santa Maria Nuova "Percorsi e procedure per il rischio infettivologico" Firenze 2015). Medici legali e specialisti hanno svolto audit di valutazione su oltre 40 cartelle cliniche(CC) del 2017 rilevando le infezioni gravi, i germi coinvolti e i decessi con comorbidità infettiva; i risultati sono stati condivisi in tutto l'Ospedale.

RISULTATI. I dati clinici più significativi rilevati nelle CC, resi anonimi, sono stati comunicati ai Direttori delle Strutture e della Commissione Infezioni Ospedaliere al fine di condividere le informazioni per le politiche di controllo delle infezioni manifestatesi durante i ricoveri. I germi riscontrati sono stati: Staphylococcus aureus e Streptococco Parasanguinis, Klebsiella pneumoniae, Escherichia Coli e Pseudomonas aeruginosa oltre a Cytomegalovirus, Aspergillus e Pneumocystis Carinii. Lo studio ECDC-PPS ha rilevato che l'esposizione a procedure invasive moltiplica le infezioni: da 5,6 a 30,9% negli intubati, da 4,2 a 21,4% nei cateterismi venosi centrali, da 4 a 13,2% nei pazienti con catetere urinario. I pazienti complessi ricevono molti interventi sanitari in reparti diversi e la loro esecuzione può sfuggire al personale turnista che si trova il paziente improvvisamente febbrile e la cui diagnosi eziologica non sempre è rapida e facile. Nelle CC della Rianimazione è stato agevole identificare il sito delle eventuali infezioni grazie alla presenza di una Scheda di monitoraggio di CVC e PICC con le emocolture, mentre nelle altre CC era necessario ricercarlo tra numerosi referti di laboratorio o radiologici. In seguito a queste osservazioni si è ritenuto di proporre l'estensione a tutti i Reparti della "Scheda di registrazione ampliata a tutte le procedure invasive e assimilate" effettuate durante il ricovero in ordine cronologico,con i risultati delle emocolture.Vanno definite le Procedure da registrare: Angioplastica coronarica, Artroscopia, Broncoscopia, Biopsia, Cateterismo Venoso Centrale-CVC, Cateterismo Cardiaco, Catetere Vescicale, Cistoscopia, Crioablazioni, Drenaggi chirurgici, Elettromiografia, Endoscopia, PICC/ peripherally inserted central catheter, Intervento chirurgico, Sondino nasogastrico-SNG, Termoablazioni, Trombectomia endovascolare radiologica, etc. La Scheda riepilogativa delle Procedure invasive effettuate anche in reparti diversi va tenuta aggiornata in Cartella Clinica con l'esito delle Emocolture, dei tamponi eseguiti ed i germi identificati (informatizzabile). Questa Scheda consente al medico responsabile e agli infermieri di avere rapidamente sotto controllo visivo e mnemonico i maggiori fattori di rischio infettivo, favorendo un ragionamento diagnostico e terapeutico più veloce.

LIMITI. La prevenzione delle infezioni è multifattoriale: un attento comportamento di tutto il personale (lavaggio mani e sterilità), contrasto al burnout, formazione, sanificazione costante di ambienti e superfici, sterilizzazione dei devices, più stanze d'isolamento, manutenzione degli impianti di distribuzione e filtraggio dell'aria e loro modalità costruttive, politica degli antibiotici e un adeguato percorso intraospedaliero del paziente a rischio.

CONCLUSIONI. Riteniamo sia possibile ridurre la mortalità da gravi infezioni ospedaliere estendendo a tutti i Reparti di degenza lo strumento "Scheda delle procedure invasive" che fa porre l'attenzione ai maggiori fattori di rischio presenti durante il ricovero. Inoltre la condivisione dei dati di patologia e mortalità in tutto l'Ospedale responsabilizza e aumenta l'attenzione di tutto il Personale.

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

221. Management dei disturbi post-traumatici del rachide cervicale in pronto soccorso: un nuovo modello integrato

Tenci Andrea[1], Leardini Nicola[1], Turcato Gianni[1], Sivero Valentina[1], Firas Mourad[2], Patuzzo Alberto[3]

[1]AULSS 9 Regione Veneto, [2]Universidad Rey Juan Carlos Madrid, [3]Università di Verona

BACKGROUND. La gestione dei pazienti affetti da WAD (Whiplash Associated Disorders) o Colpo di Frusta è spesso demandata alle scelte del singolo operatore e alla sua personale esperienza. Inoltre, la numerosità di tali presentazioni, l'impegno di risorse dedicate e l'imprecisa definizione del percorso di cura suggeriscono la necessità di disegnare un processo snello di inquadramento comune, con terminologia condivisa, secondo la più recente letteratura scientifica in questo ambito.

OBIETTIVI. Uniformare il linguaggio nel processo di inquadramento diagnostico di pazienti con colpo di frusta standardizzare modalità e strumenti di valutazione migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni terapeutiche e le modalità di management di questi pazienti; implementare un modello operativo da diffondere sul territorio, coinvolgendo anche strutture private, per migliorare la gestione post-ospedaliera del paziente e diminuirne quindi i riaccessi in Pronto Soccorso.

METODI. È stato implementata una modalità di inquadramento di tale popolazione fondata sull'appropriatezza e sull'applicabilità, sviluppando quindi uno strumento di Clinical Governance riproducibile in tutte le unità di Pronto Soccorso. La strutturazione di tale strumento parte da un'analisi organizzativa e normativa del setting specifico, che ha portato al confronto tra i seguenti professionisti: 2 fisioterapisti specializzati nella gestione dei disturbi muscoloscheletrici, il Direttore ed i medici dell'UOC di Pronto Soccorso dell'Osp. di San Bonifacio (VR-AULSS 9 Reg. Veneto "Scaligera") e il Coord. Infermieristico dell'UO. È stata quindi effettuata un'analisi della letteratura internazionale, al fine di sviluppare un modello di management basato sulla Best Practice clinica. Tale modello è stato quindi somministrato in forma di corso ECM da parte della stessa UO a tutti i suoi 14 medici e 40 Infermieri.

RISULTATI. L'adozione da parte degli operatori di tale percorso clinico, al termine del periodo di formazione, ha portato modifiche operative rilevanti. Sono stati analizzati alcuni indicatori in 3 periodi di 12 mesi, due antecedenti e uno successivo allo svolgimento della formazione; il colpo di frusta è diagnosi che compare, in tutti i periodi considerati, in circa il 5% degli accessi; alcuni dati emersi sono di seguito sinteticamente elencati in forma descrittiva; -RX CERVICALE: è stata registrata una riduzione del 36% nell'esecuzione di tali accertamenti strumentali, passando da 462 a 297 -COLLARE CERVICALE: sono state ridotte dell'80%,da 271 a 55, le prescrizioni di collare.Tutte le recenti LG internazionali sconsigliano la prescrizione e l'utilizzo del collare nel colpo di frusta, e anzi raccomandano di rassicurare il paziente a mantenere uno stile di vita attivo e di indirizzare ad una presa in carico fisioterapica precoce -CONSULENZE ORTOPEDICHE: l'impatto della standardizzazione dei processi di inquadramento ha aumentato l'autonomia decisionale dei Medici del Pronto Soccorso, permettendo di ridurre le richieste di consulenze specialistiche ortopediche, e quindi di potenziare la capacità diagnostica di primo contatto. Si è rilevata una riduzione di richiesta di consulti ortopedici da 45 a 24 (-46%) -SCREENING PATOLOGIE GRAVI: la capacità diagnostica dell'UO nel suo complesso si è mantenuta, consentendo di diagnosticare lesioni gravi quali instabilità cranio-cervicale con danno anatomico (fratture, sublussazioni, ecc.) in percentuali analoghe agli anni precedenti (4-5% del totale dei colpi di frusta).

LIMITI. L'organico medico dell'UOC è < di almeno 3 unità rispetto agli standard minimi previsti dalla DGRV 245/2017; in misura ancora maggiore rispetto agli standards previsti dalle Soc. Scientifiche di settore (SIMEU, FIMEUC). Ciò impedisce disponibilità adeguata di tempo da dedicare allo studio, alla formazione e alla ricerca. Il sovraffollamento del Pronto Soccorso genera negli operatori stanchezza fisica e mentale; ogni programma di miglioramento incontra operatori privi delle risorse psico-fisiche necessarie per una adesione efficace e costruttiva. Il timore di contenzioso sanitario tende a provocare inappropriatezza nelle richieste diagnostiche e una certa resistenza a programmi di contenimento delle risorse come il presente. L'applicativo informatico in uso per la gestione dell'attività clinica nella nostra Unità Operativa è poco adatto all'estrazione di dati; solo il Coord. Infermieristico dell'UO è abile informatico, ma il suo tempo è totalmente assorbito dalla gestione ordinaria, con disponibilità per la ricerca solo volontaristica. I dati clinici vengono raccolti in maniera del tutto empirica. Non abbiamo un esperto di statistica nel nostro gruppo. Non abbiamo rapporti con la Scuola di Specializzazione in Medicina d'Urgenza dell'Univ. di VR.

CONCLUSIONI. Con questo programma riteniamo di poter indicare una delle possibilità di razionalizzazione dei percorsi di cura, decisamente orientata verso la collaborazione interprofessionale e al contenimento delle risorse impiegate. Segnaliamo altresì alcune note criticità e le grandi potenzialità delle UO di PS.

Autore per la corrispondenza: Tenci Andrea – AULSS 9 Regione Veneto – Email: andrea.tenci@aulss9.veneto.it

222. Dalle linee guida ai percorsi assistenziali (PDTA) nella patologia diabetica: quale value per una sanità che si sta rimodellando

Tessarin Michele, Bellin Annachiara, Zardo Susanna, Lamanna Onofrio, Chinellato Alessandro

Azienda ULSS 3 Serenissima

BACKGROUND. Il diabete è una patologia cronica in forte aumento a livello mondiale tanto da essere considerata una pandemia. Secondo i dati della World Health Organization (WHO) nel 2014 sono stati 422 milioni gli adulti a soffrire di questa patologia che rappresenta oltretutto la settima causa di morte a livello mondiale. La prevalenza è quasi raddoppiata dal 1980, passando dal 4,7% della popolazione adulta mondiale all'8,5%. Quella che un tempo era una patologia tipica dei Paesi sviluppati, adesso si sta diffondendo anche in quelli in via di sviluppo, soprattutto per quanto riguarda la tipologia 2, ovvero la forma di diabete strettamente correlata allo stile di vita. Secondo i dati Istat del 2016, in Italia il 5,3% dell'intera popolazione si è dichiarato soffrire di questa patologia, dato di prevalenza che è quasi raddoppiato negli ultimi 30 anni (2,9% della popolazione nel 1980). Il paziente diabetico, nelle fasi più gravi, deve ricevere quotidiane iniezioni di insulina, la quale rappresenta il trattamento fondamentale negli ultimi stadi. Al fine di monitorare la glicemia ed evitare le ipoglicemie il Servizio Sanitario Nazionale provvede alla fornitura del kit di monitoraggio quotidiano tramite l'Assistenza Integrativa e Regionale (AIR). Dato l'importanza della patologia diabetica e dei relativi costi, è importante un attento monitoraggio dei pazienti in trattamento e del costo patologia; vi sono dei cruscotti di monitoraggio regionale volti a presidiare l'utilizzo delle insuline, in particolar modo biosimilari, e del consumo di dispositivi utilizzati per il controllo della glicemia.

OBIETTIVI. L'attuale ULSS 3 Serenissima, derivante nel 2017 dall'accorpamento di tre realtà territoriali (ULSS 12, 13, 14) presenta modalità di arruolamento dei pazienti che potrebbero essere differenti. L'obiettivo del presente progetto è analizzare la popolazione diabetica sul territorio, e rendere omogenea la valutazione del paziente nell'ottica delle direttive regionali con incontri di aggiornamento con gli specialisti diabetologi e medici di medicina generale.

METODI. La popolazione diabetica (primi sette mesi 2018) è stata estratta dalla banca dati dei flussi farmaceutici utilizzando il codice ATC A10* che identifica la classe dei farmaci usati nel diabete. È stata suddivisa sulla base della tipologia di terapia ipoglicemizzante e il conseguente rischio di provocare un evento ipoglicemico. In modo particolare sono stati delineati due gruppi: Gruppo 1. Pazienti in trattamento con insulina e/o farmaci secretagoghi quali le sulfaniluree o la repaglinide: notoriamente questa categoria di farmaci, per il relativo meccanismo d'azione, espone il paziente a dei rischi di incorrere in ipoglicemie più alti rispetto agli altri farmaci. Gruppo 2. Pazienti non a rischio ipoglicemico con terapia ipoglicemizzante orale. Questi due gruppi di popolazione sono stati quindi caratterizzati in base all'utilizzo di dispositivi per la determinazione della glicemia erogati tramite AIR.

RISULTATI. La popolazione rilevata sulla base delle prescrizioni farmaceutiche risulta essere pari al 4.73%. Ripartita approssimativamente per il 43.19% e 56.81% tra il Gruppo 1 e 2 rispettivamente. Nella popolazione del Gruppo 1 il 37.81% risulta non ricevere prescrizioni AIR a carico del Servizio Sanitario Nazionale. La stratificazione dei pazienti del Gruppo 1 risulta disomogenea sul territorio ULSS essendo maggiormente esposti all'utilizzo di insuline i pazienti residenti nelle ex ULSS 13 e 14 (+16.67%) rispetto alla ex ULSS 12. Dalla valutazione della tipologia di insuline utilizzate risulta ancora scarso l'utilizzo di insuline biosimilari sia di tipo rapido che lente, (72.4% e 5.7% rispettivamente). L'analisi di budget impact evidenzia un possibile risparmio che si avvicina al milione di euro se si utilizzassero solo insuline a basso costo.

LIMITI. L'utilizzo della banca dati amministrativa farmaceutica, da un lato facilita la ricerca e l'elaborazione di una grande quantità di dati, dall'altro limita l'indagine in quanto è possibile vedere solo ciò che è dispensato a carico del sistema sanitario nazionale. È pensabile, quindi, che una quota della popolazione abbia ritirato i dispositivi di monitoraggio a spese proprie.

CONCLUSIONI. Un miglior coordinamento in merito alla gestione dei pazienti ed in particolar modo al momento di inizio con terapia insulinica una strategia di utilizzo di farmaci biosimilari e /o a minor costo tramite incontri di condivisione di medici di medicina generale e specialisti diabetologi permetterà di razionalizzare il costo di tale patologia oltre che a rendere omogeneo il trattamento del paziente diabetico.

Autore per la corrispondenza: Bellin Annachiara – Azienda ULSS 3 Serenissima –
Email: annachiara.bellin@aulss3.veneto.it

223. La ritenzione di altro materiale all'interno del sito chirurgico

Tiraforti Silvia, Cappelletti Maria Fatima, Lorenzini Mattia, Stefania Biagini, Monica Baroni, Stefania Batratta

Fondazione Toscana Gabriele Monasterio Ospedale del Cuore Massa

BACKGROUND. La ritenzione non intenzionale di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico rappresenta un evento noto e riportato in letteratura. Si stima che tale fenomeno si verifichi 1 volta ogni 1000-3000 procedure chirurgiche all'anno. Il materiale più frequentemente ritenuto è rappresentato da garze e da strumentario chirurgico, ad esempio aghi, bisturi, adattatori elettrochirurgici, pinze o loro parti. La maggior parte degli eventi riportati in letteratura riguarda interventi di chirurgia addominale, toracica e parto. Lo strumento fondamentale per la prevenzione di questa problematica è il conteggio ed il controllo dell'integrità dello strumentario che viene effettuato dal personale infermieristico o da operatori di supporto e successivamente verificato dal chirurgo che esegue l'intervento.

OBIETTIVI. La sicurezza in sala operatoria è uno degli obiettivi principali per la qualità della cura e della sicurezza del paziente. Con questo lavoro miriamo all'aumento della consapevolezza degli operatori sanitari sui rischi legati alla manipolazione di materiale non radiopaco sul campo operatorio.

METODI. Nel nostro centro di cardiochirurgia adulti e pediatrici di alcuni dei materiali presenti sul campo operatorio di uso comune, non è stato possibile determinare, anche dopo aver consultato le schede tecniche fornite dal costruttore, l'effettiva radiopacità o la presenza al loro interno elementi che ne agevolassero il riconoscimento.

RISULTATI. Dopo aver stilato una lista di tutto il materiale ad elevato rischio ritentivo non certamente radiopaco, con l'aiuto del Servizio Farmaceutico ospedaliero che chiesto alle ditte produttrici informazioni sulla radiopacità dei materiali, è stata elaborata una tabella di tutti i materiali utilizzati sul campo operatorio con le informazioni sulla loro effettiva radiopacità.

LIMITI. La completa eliminazione dal tavolo operatorio di tutto il materiale non radiopaco o dubbio risulta non essere attuabile, per l'impossibilità di reperimento di materiale sostitutivo.

CONCLUSIONI. La scoperta della non radiopacità di alcuni dei materiali utilizzati nel campo operatorio ha comportato una maggiore attenzione da parte degli operatori nell'utilizzo e nella gestione di questi dispositivi. Scenari futuri auspicano un coinvolgimento da parte delle aziende produttrici nella modifica dei materiali dei presidi utilizzati nelle procedure chirurgiche uniformando la totalità degli strumenti secondo le norme di sicurezza.

Autore per la corrispondenza: Tiraforti Silvia – Fondazione Toscana Gabriele Monasterio Ospedale del Cuore Massa – Email: stiraforti@ftgm.it

224. Ecografia infermieristica: uno strumento di supporto della qualità assistenziale

Todisco Monica[1], Traini Tiziana[1], Andreucci Marida[1], Albertini Fabrizio[2]

[1]Università Politecnica delle Marche, [2]ASUR Marche - Area Vasta n. 5

BACKGROUND. L'ecografo è uno strumento multiprofessionale, di recente introduzione nel nursing, utilizzato dall'infermiere come supporto tecnico-valutativo della pratica assistenziale: l'ecografia infermieristica infatti non rappresenta un'ecografia diagnostica, bensì operativa, trovando numerose applicazioni, dal nursing in area critica fino alle degenze ordinarie medico-chirurgiche. L'ecografia pelvica utile nella valutazione della presenza del globo vescicale, indica il catetere migliore da utilizzare valutando le caratteristiche del contenuto vescicale e consente di seguirne la progressione in vescica con il cateterismo eco-assistito in "real time", evitando la creazione di false vie e traumatismi. L'ecografia addominale per verifica del riposizionamento del sondino nasogastrico frequente per dislocazione (nel caso di soggetti disorientati o in agitazione psicomotoria) come metodo alternativo, rapido e non invasivo. Gli ultrasuoni vengono inoltre impiegati per consentire l'accesso a vasi arteriosi e/o venosi seguendo in tempo reale la progressione del device utilizzato con la tecnica ecoguidata utile soprattutto in caso di accesso venoso periferico difficile (obesi, anziani, bambini, ustionati, dializzati, ipovolemici, tossicodipendenti etc.). Nell'emergenza infine, l'Eco FAST, effettuata dagli infermieri triagisti permette la rapida valutazione del paziente con trauma toraco-addominale al fine di individuare precocemente situazioni critiche come risulta fondamentale nella logica del golden hour.

OBIETTIVI. Lo studio prevede l'obiettivo di indagare le conoscenze e le percezioni degli infermieri in merito all'ecografia infermieristica, sia per quanto riguarda le conoscenze generali sull'argomento, sia per valutarne l'utilizzo ed il supporto tecnico-valutativo alla pratica assistenziale.

METODI. Lo studio ha arruolato 188 infermieri del Presidio Ospedaliero C. e G. Mazzoni di Ascoli Piceno dei Dipartimenti Chirurgico, Medico, Materno-Infantile, Area Critica, Dei Servizi. Dallo studio sono stati esclusi infermieri coordinatori ed infermieri che, nel periodo di somministrazione del questionario, non erano in servizio per: malattia, infortunio, congedo parentale, ferie. Lo strumento utilizzato è un questionario, somministrato nel rispetto della normativa sulla privacy (D. Lgs. 196/2003), reperito nella rete Internet e modificato per l'adattamento al contesto al quale è stato impiegato, dopo aver ottenuto l'autorizzazione dell'autrice. Per la somministrazione dei questionari, è stata chiesta l'autorizzazione alla Direzione Sanitaria dell'Asur Area Vasta 5. La raccolta dati è avvenuta nel periodo compreso dal mese di marzo al mese di agosto 2018. L'elaborazione dei dati è stata realizzata attraverso un database, costruito con il programma di calcolo Microsoft Excel® e l'analisi statistica è avvenuta mediante il calcolo del totale delle frequenze assolute e delle relative frequenze percentuali in relazione alla distribuzione delle risposte ottenute dalla raccolta dati.

RISULTATI. L'indagine ha coinvolto 250 infermieri; 75% del campione individuato, ha acconsentito di partecipare allo studio, pertanto, il numero di professionisti arruolati nell'indagine è di 188 unità. Il campione è composto prevalentemente dal genere femminile, appartenente al Dipartimento Medico e con formazione acquisita mediante il titolo di studio di Diploma da Infermiere Professionale. È stata indagata la conoscenza del fenomeno: dallo studio realizzato infatti emerge che una piccola percentuale del campione, seppur minima costituita dal 9,57%, non è a conoscenza della possibilità d'impiego dell'ecografo da parte degli infermieri; inoltre, la maggior parte del campione analizzato, non utilizza questa metodica: il 24,47% ha dichiarato di utilizzarla. Al campione che ha dichiarato di utilizzare l'ecografia infermieristica, è stato chiesto di indicare le specifiche procedure di impiego: i risultati ottenuti sono sovrapponibili a quelli presenti nella letteratura, in quanto emerge che le applicazioni più impiegate sono nell'ecografia vescicale 56,36% e nelle procedure vascolari 40%.

LIMITI. La caratteristica monocentrica dello studio.

CONCLUSIONI. L'utilizzo di nuove tecnologie, come quelle che utilizzano gli ultrasuoni appunto, può offrire un importante supporto tecnico-valutativo all' attività clinico-assistenziale degli infermieri. Dall'indagine effettuata, emerge un quadro che offre indicazioni importanti sulle conoscenze e l'impiego dell'ecografo da parte degli Infermieri. Lo studio, ha individuato la necessità di un bisogno formativo, avendo riscontrato che la pratica dell'ecografia sia ancora parzialmente utilizzata e le conoscenze indagate poco adeguate, anche se tale tematica ha riscosso consenso ed interesse da parte degli infermieri arruolati nello studio.

Autore per la corrispondenza: Andreucci Marida – Università Politecnica delle Marche –
Email: m.andreucci@pm.univpm.it

225. Il supporto educativo-relazionale al caregiver-burden

Traini Tiziana[1], Amadio Mariella[2], Licata Serena[1], Tommasi Marinella[2], Andreucci Marida[1], Picciotti Giovanna[2]

[1]Università Politecnica delle Marche, [2]ASUR Marche - Area Vasta n. 5

BACKGROUND. Con il termine "Burden del Caregiver" si intende un peso psicologico e fisico subìto in seguito all'assistenza erogata a persone non autosufficienti, con ricadute a livello emotivo e fisico impattanti negativamente sulla salute del caregiver, che si manifesta in assenza di supporti familiari o sociali. Sostanzialmente viene percepito come stress che può manifestarsi con disturbi del sonno e dell'attenzione, agitazione e sbalzi di umore. Il continuo aumento dell'indice di anzianità, che secondo i dati Istat (2018) rappresenta il 22% della popolazione con età uguale o superiore ai 65 anni, costituisce un fattore predittivo dell'aumento del carico assistenziale e della necessità di supporto da garantire ai caregiver che assistono i propri familiari, all'interno delle mura domestiche.

OBIETTIVI. Rilevare la percezione dello stress del caregiver ma soprattutto dei bisogni, di cui necessita nel prendersi cura del proprio familiare.

METODI. Il campionamento e l'arruolamento dei caregiver è stato individuato nelle UUOO ADI dei Distretti di Ascoli Piceno, Offida ed Acquasanta Terme (ASUR Area Vasta 5). I caregiver familiari arruolati hanno un'età compresa tra 30 e 60 anni. È stato utilizzato il questionario Caregiver Burden Inventory (CBI), strumento di valutazione multidisciplinare del carico assistenziale, composto da 24 items valutati singolarmente da una scala likert a 5 punti. I 24 item sono suddivisi in cinque dimensioni del Burden (Tempo, Evolutivo, Fisico, Sociale, Emotivo). Sono stati distribuiti 50 questionari, 43 dei quali sono stati restituiti compilati. Dai questionari restituiti ne sono stati eliminati 18 per mancata aderenza ai criteri di inclusione (incompleti, età superiore a 60 anni, caregiver professionista) I dati raccolti sono stati elaborati attraverso gli strumenti della statistica descrittiva (tabelle, grafici, frequenze assolute e relative, percentuali, medie e deviazioni standard).

RISULTATI. I risultati dello studio mostrano una correlazione con i dati presenti in letteratura, con una prevalenza del caregiver di genere femminile (84%), rispetto al genere maschile (16%). L'età media è di 53 anni, rappresentate per il 44% dai figli della persona assistita. Il campione presenta un carico elevato in tutte e cinque le dimensioni del Burden (Tempo, Evolutivo, Fisoco, Sociale ed Emotivo), con punteggi medi superiori alla media standard della scala. Emerge che la dimensione del Burden più elevato è quella del Tempo (Me=14,16+5.03), seguono, in ordine, il Burden Evolutivo (Me=12,32+5.76), il Burden Fisico (Me=9.4+4.61), il Burden Sociale (Me=8.24+6.49) ed il Burden Emotivo (Me=5.92+5.06). Il livello di Burden rilevato è elevato in tutte le dimensioni: Tempo=20%, Evolutivo=25%, Fisico=19%, Sociale=16% ed Emotivo=16%. Attraverso l'uso della scheda CBI (indagine sul livello di Burden nelle cinque tipologie dimensionali), è stato possibile effettuare un confronto tra due caregiver, di sesso opposto, ma con età sovrapponibile (55 e 58 anni), convenzionalmente identificati con i numeri 16 e 21. Si rileva, che pur raggiungendo lo stesso punteggio, mostrano carichi assistenziali di natura diversa. Entrambi i caregiver vivono insieme alla persona assistita, uno dei due svolge altra attività lavorativa, oltre quella del caregiver. L'uno è rappresentato dal figlio della persona assistita, l'altro dal coniuge, ma entrambi non usufruiscono di un'assistenza a pagamento. Dai risultati ottenuti, emerge la necessità di intervenire nella gestione dello stress percepito dal caregiver, al fine di garantire il benessere psico-fisico ed un'adeguata assistenza al proprio familiare, inserendo un supporto educativo-relazionale che aiuti a far diminuire il carico dell'assistenza e valorizzando il ruolo svolto da ogni caregiver assistenziale.

LIMITI. Scarsa collaborazione e disponibilità del caregiver. I caregiver che hanno aderito allo studio non sono a conoscenza dei danni che può provocare la sottovalutazione della percezione dello stress da carico assistenziale.

CONCLUSIONI. Oggi, la figura del caregiver viene considerata come un vero e proprio lavoro, con assunzione di doveri e diritti riguardanti la propria formazione e la valorizzazione del ruolo del "farsi carico". Pertanto, deve essere istruito ed educato alla tutela del proprio benessere psico-fisico, limitando l'accumulo dello stress provocato da stanchezza fisica e mentale che possono scatenare patologie secondarie come ansia, depressione, rabbia e frustrazione. L'Infermiere può offrire un valido sostegno al caregiver, intervenendo nella formazione del caregiver con l'obiettivo di anticipare eventuali e spiacevoli situazioni critiche. È di fondamentale importanza promuovere un'Assistenza Territoriale svolta dall'Infermiere, che possa migliorare la qualità di vita del caregiver, al fine di amplificare le conoscenze riguardanti la gestione delle patologie ed i percorsi adatti ai familiari assistiti, in modo da migliorare sia il coping del caregiver, che la sua gestione nei confronti dell'assistito.

Autore per la corrispondenza: Traini Tiziana – Università Politecnica delle Marche – Email: t.traini@univpm.it

226. La prevenzione cardiovascolare nei bambini ed adolescenti di età scolare

Traini Tiziana[1], D'Antonio Maria Laura[1], Ciapanna Patricia Liana[2], Troiani Silvano[3], Andreucci Marida[1], Parato Vito Maurizio[2]

[1]Università Politecnica delle Marche, [2]ASUR Marche - Area Vasta n. 5, [3]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti

BACKGROUND. Le cardiopatie congenite sono malformazioni dinamiche che interessano l'apparato cardiovascolare e possono evolvere dalla vita fetale al periodo post-natale. Nello studio vengono analizzate tre tipologie di cardiopatie congenite: la Sindrome del QT lungo congenito, la Sindrome di Brugada e la valvola Aortica Bicuspide. Lo screening rappresenta la più incisiva strategia di diagnosi precoce di una malattia nella popolazione a rischio.

OBIETTIVI. Ottenere la diagnosi precoce di cardiopatia, al fine di limitare gli episodi di morte improvvisa in età adolescenziale.

METODI. Destinatari: Bambini e adolescenti in età scolare dai 5 ai 13 anni appartenenti al territorio Piceno.

RISULTATI. Per aderire alla campagna di screening, i genitori hanno inoltrato la richiesta attraverso una modulistica distribuita nelle scuole oppure contattato direttamente la sede di Cuore Piceno Onlus, tramite recapiti telefonici o e-mail. Il progetto consta di diverse fasi: nel primo step avviene la registrazione dei dati anagrafici del bambino e ai rispettivi genitori, viene presentato un modulo di autorizzazione per il rispetto della privacy nel trattamento di dati sensibili. Di seguito, gli Infermieri eseguono un primo esame obiettivo sul piccolo: insieme ai genitori si cerca di ricostruire la storia familiare, indagando se ci siano state delle morti improvvise, la presenza di patologie cardiache, se il bambino soffre di qualche patologia, se assume dei farmaci ed il tipo di attività fisica praticata. Si rilevano peso ed altezza (utili per il calcolo dell'indice di massa corporea -BMI) e la pressione arteriosa, dopodiché viene eseguito l'elettrocardiogramma a 12 derivazioni. Il bambino ed il genitore incontrano successivamente il medico cardiologo, il quale valuta i dati raccolti, esamina l'elettrocardiogramma ed esegue un ecocardiogramma M, B-mode Doppler, tramite il quale studierà in maniera dettagliata le strutture cardiache. Seguirà un colloquio conclusivo fra cardiologo e genitori, durante il quale vengono comunicate eventuali alterazioni rilevate e forniti consigli sull'esecuzione di esami più approfonditi. I dati di ogni singolo bambino vengono inseriti in un data-base, costituito da fogli di calcolo Microsoft Excel©, nei quali vengono registrate tutte le informazioni reperite. Le tre patologie studiate nello screening sono: la Sindrome del QT lungo congenito, la Sindrome di Brugada ed infine la valvola aorta bicuspide (o Bicuspidia aortica). La prima è una rara malattia cardiaca che prevede un ritardo di ripolarizzazione delle cellule del miocardio associata a sincope; la seconda è una patologia cardiaca con disturbi legati a difetto dei canali ionici che può peggiorare trasformandosi in fibrillazione ventricolare, sino alla morte improvvisa. La terza patologia, tratta un'anomalia congenita dell'aorta, che nei soggetti sani è costituita da tre parti (tricuspide), mentre nei casi di bicuspidia, è formata da due parti soltanto. Questa anomalia può complicarsi in età giovanile con la calcificazione della valvola (la quale diventa disfunzionale), oppure con la dilatazione della stessa, che determina la dissezione aortica, situazione molto grave al punto di mettere in pericolo la vita. Analizzando i dati ottenuti, su 373 bambini indagati la media dell'età è di 8,5 anni ed è risultato che il 24,3%, (90 bambini), hanno familiarità per morte improvvisa a qualsiasi età. Analizzando i valori della pressione arteriosa sistolica dell'intero campione, emerge che l'11,8% (44 bambini), ha una pressione arteriosa sistolica sopra i 130 mm/Hg, mentre la pressione arteriosa diastolica, nel 31,9% del campione, è maggiore uguale ad 80 mm/Hg. Dall'esame dell'elettrocardiogramma, sono stati ottenuti i valori di Qtc, Qt: la media del Qtc è di 424 millisecondi con una deviazione standard di 17,4; la media del Qt è di 363 millisecondi con una deviazione standard di 31,5 ed infine, per la frequenza cardiaca si rileva una media di 85 battiti al minuto con una deviazione standard di 13,2. Esaminando le patologie indagate nello screening, risulta un discreto numero di QTc border-line (440-460 ms); per la Sindrome di Brugada, nel 5,4% del campione (20 bambini), è emersa una positività di sospetto, mentre, per quanto riguarda la Bicuspidia Aortica, è risultata presente nello 0,3%, ovvero in 1 bambino su 373.

LIMITI. Svolgere la professione in ambito pediatrico costituisce un compito emotivamente coinvolgente e faticoso, pertanto, l'Infermiere dell'area pediatrica dovrà essere protagonista nella pianificazione ed attuazione di interventi educativi qualificati, dedicandosi consapevolmente alla cura del bambino e dell'intero nucleo familiare.

CONCLUSIONI. L'argomento trattato dimostra l'importanza degli screening di popolazione, anche nell'età pediatrica; la diagnosi precoce di patologie gravi che espongono a morte improvvisa, permette di comporre un quadro istantaneo dello stato di salute cardiovascolare, dello stato nutrizionale, oltre che ottenere informazioni impattanti sullo stile di vita.

Autore per la corrispondenza: Traini Tiziana – Università Politecnica delle Marche – Email: t.traini@univpm.it

227. Piano di emergenza in uno scenario sismico

Traini Tiziana[1], Gnozza Linda[1], Fiori Cinzia[2], Andreucci Marida[1], Troiani Silvano[3]

[1]Università Politecnica delle Marche, [2]ASUR Marche - Area Vasta n. 5, [3]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti

BACKGROUND. Le maxiemergenze sono eventi dannosi che colpiscono le comunità umane, sovvertendo il normale ordine delle cose e provocando una sproporzione notevole tra vittime e risorse di soccorso immediatamente disponibili. Possono interessare una vasta estensione territoriale e protrarsi per un limite temporale superiore alle 24 ore. Una prima classificazione dell'entità di una maxiemergenza, viene effettuata sulla base del numero delle vittime coinvolte: è limitata se c'è un coinvolgimento inferiore alle 100 vittime, media quando le vittime sono comprese tra 100 e 1000, maggiore quando le vittime superano 1000 persone.

OBIETTIVI. Pianificazione di uno strumento che consenta alle autorità competenti di predisporre e coordinare gli interventi di soccorso a tutela della popolazione, in un'area a rischio, e di garantire con ogni mezzo, il mantenimento del livello di vita civile, messo in crisi da una circostanza, che comporta necessariamente gravi disagi fisici e psicologici.

METODI. L'attuazione del protocollo operativo, in emergenza extraospedaliera, si è concretizzata in seguito al sisma del 24 agosto 2016, dopo che una violenta scossa di terremoto con epicentro tra Arquata del Tronto (AP) ed Amatrice (RI), colpisce il Centro Italia nel cuore della notte. La richiesta d'aiuto viene ricevuta dall'Operatore di Centrale, il quale comprende immediatamente la gravità della circostanza e prevede l'attivazione del protocollo per la maxiemergenza, ipotesi confermata dal Medico di Centrale Operativa 118, dopo l'arrivo del primo mezzo BLSD sul posto. Dopo la dichiarazione ufficiale e la conseguente applicazione dei protocolli, il Medico di Centrale Operativa avvisa gli operatori del Centralino dell'Ospedale Mazzoni di Ascoli Piceno, i quali, di conseguenza informano il reperibile della Direzione Sanitaria. In seguito all'allerta, la Direzione Sanitaria attiva il Piano di Emergenza Massiccio Afflusso Feriti (P.E.M.A.F.). Contestualmente, l'Infermiere di Centrale allarma tutti i colleghi infermieri della C.O.118 (non in turno), richiamandoli in servizio, insieme ai referenti delle Pubbliche Assistenze che collaborano con il servizio 118, chiedendo loro di mettere a disposizione mezzi ed equipaggi delle postazioni territoriali. Nelle prime ore di concitato soccorso, molte, sono state le figure chiamate in causa, e molte le persone in prima linea, pronte a dare il loro contributo, al fine di poter raggiungere ed assistere il maggiore numero di persone coinvolte nel disastro.

RISULTATI. Il target da raggiungere si trovava a Pescara del Tronto, frazione di Arquata del Tronto (AP). Prima di arrivare nel centro abitato, si procedeva a dividere le zone di accesso al paese, organizzando squadre miste, composte da Sanitari, Vigili del Fuoco e Soccorso Alpino, tutte perfettamente coscienti di dover operare all'interno di uno scenario, che non rispondeva più ad alcun criterio riconducibile alla sicurezza, e cercando, allo stesso tempo, di esorcizzare la paura. Le prime 12 ore trascorse dal sisma, hanno visto impiegate 39 ambulanze, due Eliambulanze del 118 Regionale, 17 Medici di Pronto Soccorso, 17 Infermieri e l'allestimento di 2 Posti Medici Avanzati, nei quali gestire i pazienti più gravi. Dopo 72 ore, tutti i mezzi erano rientrati, tranne quelli rimasti in dotazione ai PMA di Pescara del Tronto, chiuso il giorno successivo, e un'ambulanza lasciata on site, ad Arquata del Tronto, con funzione di Primary Care (le vittime estratte vive dalle macerie, erano state tutte soccorse e trasferite nell'Ospedale Hub di riferimento). Nell'arco delle prime 24 ore la Centrale Operativa 118 Piceno Soccorso, è riuscita a gestire un evento sismico catastrofico, intervenendo in luoghi resi difficilmente praticabili dal sisma e portando in salvo un considerevole numero di persone; inoltre nelle ore successive è stato garantita la continuità del supporto alla popolazione ferita, portando maggiore tranquillità, nonostante il morale e la situazione non lo permettessero appieno.

LIMITI. Nella gestione di una maxiemergenza risulta indispensabile organizzare un addestramento sul campo, con simulazioni programmate e ripetute, in modo da poter migliorare le performances in circostanze così articolate e contingenti.

CONCLUSIONI. Questo scenario aiuta a comprendere quanto sia fondamentale che tutti i professionisti coinvolti nella maxiemergenza ed in particolare, l'Infermiere di area critica, possano sfruttare le proprie potenzialità, derivanti dal ruolo e dalle competenze, dalle norme giuridiche e dal codice deontologico, in aggiunta ad un'adeguata formazione, oltre all'esperienza personale, nel considerare i criteri qualitativi di efficacia ed efficienza e nel rispetto delle proprie responsabilità, durante le fasi di preparazione, mitigazione, risposta, ripresa e recupero, seguenti un disastro naturale.

Autore per la corrispondenza: Traini Tiziana – Università Politecnica delle Marche – Email: t.traini@univpm.it

228. Il nuovo orizzonte dell'assistenza infermieristica nel XXI secolo

Traini Tiziana, Marcolongo Francesco, Andreucci Marida, Troiani Silvano

Università Politecnica delle Marche

BACKGROUND. L'aumento dell'aspettativa di vita è una realtà che contraddistingue gli ultimi decenni a cui si lega l'incremento delle patologie croniche e degenerative. Nel corso del tempo le riforme sanitarie si sono sempre più concentrate sull' ottimizzazione delle spese e riduzione dei costi, con conseguente riduzione del tempo di degenza e dimissione precoce, rendendo necessario il delinearsi di una figura professionale specifica che abbia la funzione di collegamento tra famiglia, medici di medicina generale e servizi sanitari, con i quali stabilire rapporti a vari livelli nel processo assistenziale.

OBIETTIVI. L'assistenza sanitaria del futuro dovrà prevedere sviluppi in ambito territoriale, in grado di garantire continuità delle cure e dell'assistenza, fondamentale nei soggetti anziani affetti da patologie croniche degenerative.

METODI. Creazione di una rete socio-sanitaria coordinata a livello nazionale, costituita da Infermieri di Famiglia che si integri con quella dei MMG e che permetta di agire in modo proattivo nei confronti delle famiglie e della comunità, fornendo cure primarie. Tale rete potrebbe utilizzare gli ambulatori di medicina generale, già presenti sul territorio, come punto di accesso per l'utente.

RISULTATI. La presenza degli Infermieri in ambulatorio, all'interno del sistema di cure primarie, aumenta e riqualifica l'offerta di assistenza territoriale diventando, pertanto, il punto di forza che presidia la funzione di presa in carico, assicura la continuità delle cure ed opera un reale filtro al ricorso improprio al pronto soccorso e al ricovero ospedaliero. Assume, in definitiva, la funzione di mediatore dei bisogni dell'organizzazione, della persona fragile, e dei familiari, al fine di evitare il più possibile il ricorso a prestazioni assistenziali a più alta complessità. L'Infermiere di Famiglia associa le capacità professionali infermieristiche con quelle di informazione educazione e coaching, del paziente e della sua famiglia. È una figura professionale di assistenza, ma anche di collegamento tra i diversi protagonisti del percorso assistenziale, che favorisce l'integrazione e ricopre il ruolo di tutor del paziente. Tali capacità risultano fondamentali per coadiuvare il medico nella gestione del paziente cronico, collaborando alla creazione di un piano di cura personalizzato da condividere con il paziente, che si compone ove necessario di consulti specialistici, utilizzando agende dedicate di prenotazione e di follow-up individualizzato, a seconda dei bisogni assistenziali. L'Infermiere di Famiglia nell'attuazione del piano di cura, garantisce la presa in carico assistenziale agendo in relazione diretta con il paziente e il suo nucleo familiare, attraverso: • una costante attività di monitoraggio e valutazione dell'adesione al piano di salute; • responsabilizzazione sulla condizione cronica mediante l'informazione, l'individuazione degli ostacoli e dei punti di forza; • educazione al self-management; • supporto e sostegno durante il percorso assistenziale; • favorendo l'integrazione dell'attività del MMG e dello specialista; La collaborazione con le società scientifiche dei Medici di Medicina Generale, gli ordini professionali e i sindacati di categoria, rappresenta un sintomo di rinnovamento che può aprire nuovi sipari, più adeguati alla realtà attuale e allo sviluppo di un modello di cure primarie per il benessere dei cittadini, che riconosca il contributo dell'Infermiere di famiglia, in qualità di professionista sanitario che attua progetta e valuta interventi di prevenzione, educazione e formazione; sostiene interventi di ricerca, indagini epidemiologiche in comunità ed in ambito familiare, in azioni educative, preventive e curative. La cooperazione tra Infermieri, rappresenta un elemento fondamentale per poter migliorare l'assistenza sul territorio e incrementare l'efficacia del sistema sanitario nazionale, inoltre, sostenere la creazione e lo sviluppo di cooperative di Infermieri di famiglia, rappresenta un modo moderno per fare impresa nel campo sanitario. La visione dell'Infermiere di famiglia è quella di un professionista della "Salute" che cooperi con il medico, al fine di offrire un aiuto efficace, alle famiglie che hanno bisogno di sostegno assistenziale, educativo e riabilitativo.

LIMITI. Nonostante il percorso per il riconoscimento dell'autonomia, vi sono correnti di pensiero professionali e governative, che non promuovono il pieno raggiungimento dell'autonomia organizzativa ed operativa dell'Infermiere di Famiglia.

CONCLUSIONI. In conclusione, è doveroso sottolineare che il SSN, risponda alle nuove esigenze di integrazione, in fatto di assistenza domiciliare, attraverso un nuovo modello operativo, che favorisca la crescita degli Infermieri di famiglia e comunità che facciano parte della "stessa" in cui operano, ne conoscano le esigenze ed i problemi di carattere sociosanitario e siano in grado utilizzare e potenziarne le risorse, allo scopo di migliorare in modo concreto, la qualità di vita e di salute del singolo e della collettività.

Autore per la corrispondenza: Traini Tiziana – Università Politecnica delle Marche – Email: t.traini@univpm.it

229. L'attività infermieristica nel contesto umanitario

Traini Tiziana[1], Perozzi Ilaria[1], Pignotti Paolo[1], Troiani Silvano[2]

[1]Università Politecnica Delle Marche, [2]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti

BACKGROUND. Le missioni a breve termine sono definite STMMs (Short-Term Medical Missions), e negli anni sono diventate un veicolo di estensione del miglioramento professionale della salute nei paesi in via di sviluppo. Le missioni a lungo termine si definiscono LTMMs (Long-Term Medical Missions); sono progetti che hanno una durata maggiore di un mese e si concentrano principalmente nell'assistenza, costruzione o ricostruzione di strutture sanitarie ma anche nella formazione di personale locale. Le differenze principali tra missioni a lungo o a breve termine si riscontrano nel budget (da pochi dollari a 39 milioni di dollari annui), e nella durata (da 2 giorni a un mese per quelle a breve termine, mentre oltre un mese a 2 anni per le altre).

OBIETTIVI. Massimizzare lo scambio di idee, il confronto di protocolli e, allo stesso tempo, minimizzare la possibilità di conflitti tra i membri del team per l'ottenimento di una coordinazione ed una leadership efficace.

METODI. Annualmente circa 6000 progetti vengono inviati dagli USA in paesi stranieri mentre, per quanto riguarda le LTMMs, ad oggi esistono 543 organizzazioni mediche che si occupano di missioni umanitarie, dell'organizzazione ed educazione di personale locale. La gestione di questi progetti deve far riferimento a sei fattori principali • Costo: misura se la stesura iniziale del budget sia stata corretta • Efficienza: delinea la produttività comparando gli outcome • Impatto: definisce la qualità effettiva degli interventi del personale sanitario inviato • Preparazione: misura l'abilità nello svolgimento delle pratica medica del team comparando gli outcome e il contesto complessivo della struttura sanitaria • Educazione: riporta le risorse utilizzate per l'educazione e la responsabilizzazione del personale sanitario locale. • Sostenibilità: si concentra sulla necessità di creare edifici che possano rendere il paese indipendente dai sussidi esteri. Dati gli elevati bisogni medici in relazione al numero di popolazione servita, sia le STMMs che le LTMMs devono essere ottimizzate ad aumentare la qualità dei servizi, la gestione delle strutture locali e la creazione di nuove infrastrutture che permettano di migliorare l'offerta medica nei paesi in via di sviluppo. La condivisione di conoscenze è spesso supportata dalle università di infermieristica. Gli studenti delle cliniche locali accolgono positivamente gli insegnamenti del team estero, potendo confrontarsi più facilmente e favorire lo scambio di idee, utili a costruire possibili alleanze terapeutiche e strategie di lavoro inedite. Di particolare importanza per la gestione e per la cooperazione tra gruppi, è la lingua parlata. Diventa infatti essenziale che i membri del team comunichino rispettando la lingua più comprensibile dalla comunità (principalmente inglese o francese), per garantire la più facile e corretta educazione del personale locale.

RISULTATI. La professionalità del team inviato, sta sia nella preparazione dell'azione sia nella gestione degli effetti che suscita, per poter compiere assestamenti volti al benessere del destinatario. L'intervento può essere considerato efficace, coerente ed adeguato se promuove l'attivazione delle risorse del territorio che siano in grado di assumersi la prosecuzione del processo avviato.

LIMITI. Il bagaglio di natura culturale e sociale spesso resta implicito nella pratica clinica abituale e può costituire, nelle realtà transculturali, un grave ostacolo alla comunicazione, ma anche una significativa opportunità di crescita e arricchimento reciproci. Un buon piano di formazione, inoltre, non si limita a rispondere alle domande di preparazione iniziale. Esso prevede invece un accompagnamento continuo, con la possibilità d'accesso a specifiche risorse formative, in relazione alle domande emergenti. Uno dei problemi principali che possono svilupparsi nel corso delle missioni umanitarie, è la probabilità di interferire nella gestione delle strutture locali. Il personale proveniente da un paese lontano, genera differenze linguistiche e culturali delle quali non sempre si è consapevoli. Il diverso background culturale, spesso rimane in gran parte implicito e questo può causare incomprensioni e conflitti, sia tra le persone, sia nei pensieri dei singoli individui. Infatti, il confronto con differenti valori, atteggiamenti, modi di fare, se da un lato arricchisce, dall'altro può sollevare dubbi interni ed emozioni negative. Per questo, la cura delle risorse umane impiegate in emergenza rappresenta un ambito non trascurabile dell'impegno di chi si occupa di promuovere benessere e salute. Tale cura si esprime attraverso particolari attenzioni nella fase di reclutamento, supporto e monitoraggio del personale impiegato.

CONCLUSIONI. L'infermiere che partecipa alle Missioni Umanitarie supervisiona, istruisce e affianca il personale locale nella cura e nell'assistenza ai pazienti, collabora con i colleghi e con i medici, sia internazionali che locali, per la più corretta gestione delle attività assistenziali e terapeutiche.

Autore per la corrispondenza: Traini Tiziana – Università Politecnica delle Marche – Email: t.traini@univpm.it

230. I fattori determinanti della salute

Traini Tiziana[1], Troiani Annalisa[1], Pignotti Paolo[1], Andreucci Marida[1], Troiani Silvano[2]

[1]Università Politecnica delle Marche, [2]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti

BACKGROUND. La Salute e la Malattia possono essere considerate dalla comunità, concetti astratti, poco chiari, ma che vengono posti al centro delle riflessioni e della vita dell'uomo, il quale è alla ricerca continua del benessere. Il benessere può essere definito con una situazione di equilibrio tra i diversi aspetti della vita. I comportamenti finalizzati al benessere possono essere riassunti in quattro tappe: acquisizione, difesa, conservazione ed eventuale ripristino della salute. Fasi che comprendono la promozione della salute e la sua prevenzione che non rappresentano eventi separati, bensì un continuum dove le azioni e le reazioni sono tra loro interconnesse: un unico intervento può assumere contemporaneamente sia valenza promozionale che preventiva. I determinanti di salute possono quindi essere rappresentati da fattori biologici (età, sesso, patrimonio genetico), lo stile di vita e le abitudini, fattori cognitivi e percettivi, fattori ambientali, sociali, culturali ed economici, che possono favorire o ledere lo stato di salute di un individuo o di una comunità.

OBIETTIVI. Applicare un approccio globale che coinvolga tutti i settori (sanità, istruzione, lavoro, ambiente), per una promozione efficace della salute.

METODI. Nel 1993 Dahlgren e Whitehead hanno ideato un modello concettuale, "The Rainbow Model", per dimostrare la relazione tra la salute e i diversi determinanti. Essi vengono suddivisi in categorie in base al livello di influenza. Al centro viene posto l'individuo con i suoi fattori biologici, definiti non modificabili. I determinanti prevenibili, invece, si muovono dagli strati interni verso quelli più esterni: gli stili di vita individuali, le reti comunitarie e sociali, le condizioni di vita e di lavoro e le condizioni generali socio-economiche, culturali e ambientali. Gli strati più esterni influiscono maggiormente sullo stato di salute e sono quei fattori dove vengono incentrati gli interventi di promozione e prevenzione alla salute. Lo stile di vita dell'individuo può essere influenzato dall'età, dal sesso, dal livello di istruzione, dallo stato occupazionale, dalla cultura, dalle condizioni socio-economiche. Gli aspetti prevenibili che si ripercuotono maggiormente sul benessere della persona sono una scorretta alimentazione, la scarsa attività fisica, il consumo di alcol e tabacco. Il sovrappeso, l'obesità, la sedentarietà, l'eccessivo consumo di tabacco e alcol, rappresentano i principali fattori di rischio della mortalità globale.

RISULTATI. Le condizioni di vita e di lavoro incidono sensibilmente sulla salute in base al luogo e alla situazione lavorativa delle persone: la disoccupazione è connessa ad un maggior rischio di salute mentale, di esclusione sociale e di suicidio. Una corretta gestione della qualità, le buone condizioni di lavoro e la presenza di forti reti sociali, incidono in modo favorevole sulla salute. Esiste un rapporto tra salute e fattori socio-economici, nel quale la condizione socio-economica costituisce un importante determinante dello stato di salute, e lo stato di salute rappresenta un importante fattore dello sviluppo socio-economico. La continua interazione tra l'individuo e l'ambiente che lo circonda è un fattore determinante per lo stato di salute individuale e collettivo. Ogni fattore è dunque interconnesso per la determinazione dello stato di "completo benessere" e vengono, però, anche messe in evidenza le disuguaglianze in materia dell'assistenza sanitaria e delle condizioni sanitarie. Sulla base dei valori sanciti dalla Costituzione dell'OMS, i 53 Paesi della Regione europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2013, hanno approvato un nuovo e innovativo modello di politica per orientare strategie di prevenzione e promozione della salute nella comunità: "Salute 2020: un modello di politica europea a sostegno di un'azione trasversale al governo e alla società a favore della salute e del benessere".

LIMITI. In seguito ad una malattia o disagio, non basta limitarsi ad isolare il singolo fattore di rischio, ma è necessario individuare la catena dei determinanti che produce il danno sulla salute. Possono essere distinti in distali e prossimali; i primi comprendono i fattori socio-economici, mentre i secondi gli aspetti più direttamente connessi allo stato di salute dell'individuo. I determinanti prossimali sono influenzati da quelli distali, in quanto l'adozione di stili di vita insalubri non è l'esito di una libera scelta quanto la ricerca di adattamento a condizioni di stress che portano ad assumere comportamenti compensativi.

CONCLUSIONI. I comportamenti di salute (health behaviour) definiti dall'Health Promotion Glossary si contestualizzano in «qualsiasi attività svolta da un individuo, indipendentemente dallo stato di salute reale o percepito, con lo scopo di promuovere, tutelare o mantenere la salute, al di là che il comportamento sia oggettivamente efficace rispetto a tale scopo». La salute deve essere pertanto considerata un bisogno umano essenziale, sia per i singoli individui, che per la comunità.

Autore per la corrispondenza: Traini Tiziana – Università Politecnica delle Marche – Email: t.traini@univpm.it

231. Progetto cashless alla ASST Papa Giovanni XXIII: implementazione dell'uso della moneta elettronica per migliorare tracciabilità e sicurezza degli incassi

Trapletti Roberta, Petronella Vincenzo, Corsini Monica, Bortolotti Carlotta, Nicora Carlo

Azienda Socio Sanitaria Territoriale Papa Giovanni XXIII

BACKGROUND. L'Unità Organizzativa Gestione amministrativa dei presidi (UOC GAP) dell'ASST Papa Giovanni XXIII (ASST PG23) coordina le attività amministrative del Punto prelievi (circa 200.000 prelievi l'anno), del CUP centrale, di sette CUP di Torre e altri front-office (circa 950.000 accessi l'anno). Gli sportelli aziendali assicurano il processo di prenotazione, accettazione e la riscossione delle somme dovute dagli utenti a pagamento delle prestazioni richieste, di norma in via anticipata rispetto all'erogazione delle stesse. Il pagamento può essere effettuato presso le casse gestite direttamente dagli operatori di front-office e presso i riscuotitori automatici. Le modalità di pagamento previste sono: denaro contante, bancomat e carte di credito, assegno bancario, bonifico bancario e con la modalità CRS/Mall.

OBIETTIVI. Considerando l'evoluzione in corso a livello sociale ed economico, nonché le indicazioni fornite dall'Agenzia per l'Italia Digitale per l'impiego sempre maggiore di pagamenti elettronici nella P.A., oltre che per la diminuzione del rischio di errori e possibili furti, ci si è posti l'obiettivo di accettare esclusivamente pagamenti elettronici (bancomat e carte di credito), lasciando la possibilità di pagamento in contanti esclusivamente presso riscuotitori automatici e pochi sportelli ben identificati. Gli indicatori del progetto sono i seguenti: aumentare la tracciabilità degli incassi, anche ai fini della normativa anticorruzione; diminuire il rischio di errore materiale da parte degli operatori, che si traduce a volte in ammanchi di cassa a carico dell'Azienda; ridurre il tempo dedicato ai conteggi e ai controlli giornalieri dei contanti incassati da parte del personale addetto, con conseguente recupero di tempo/lavoro; mantenimento del tempo d'attesa medio attuale per l'accesso ai servizi amministrativi e, conseguentemente, alle prestazioni sanitarie.

METODI. Il progetto è iniziato a settembre 2016 con una sperimentazione presso il Punto Prelievi (a cui accedono circa 700 utenti al giorno). La sperimentazione è stata accompagnata da una campagna informativa sviluppata ad hoc dall'ufficio comunicazione che ha pubblicizzato l'iniziativa anche su canali social esterni all'Azienda. Fondamentale la collaborazione del tesoriere della ASST (Banca Popolare di Sondrio) nell'aumentare il numero dei POS disponibili. Il percorso di accettazione e pagamento per il cittadino dotato di carta elettronica resta invariato. Qualora il paziente richieda di pagare la prestazione con i contanti viene inviato, tramite il sistema di gestione code, a uno degli sportelli contanti attivi, dove, dopo aver pagato conclude la pratica. Anche la gestione dei rimborsi ha subito una variazione: anche in questo caso il cittadino viene reindirizzato sullo sportello contanti. Per rimborsi superiori ai 100€ si provvede a effettuare un bonifico bancario. L'esito positivo della sperimentazione ha determinato il proseguimento del progetto coinvolgendo tutti i front-office dell'Azienda: 2017 al CUP centrale e 2018 ai CUP di torre.

RISULTATI. La sperimentazione del 2016 presso il punto prelievi attuata con la con progressiva attivazione delle casse alla sola riscossione tramite carte elettroniche e contestuale eliminazione del denaro contante, ha aumentato la percentuale degli incassi con carte elettroniche dal 46% al 64%. Fino a raggiungere in alcuni casi l'80%. Al CUP Centrale (attivazione nel 2017), il valore dei pagamenti con carta elettronica è pari al 72%. Per quanto riguarda i CUP di torre, i risultati del progetto avviato dal mese di ottobre 2018 su tre torri è ancora più incoraggiante con attivazione in via esclusiva di pagamenti elettronici e totale eliminazione della gestione del denaro contante da parte degli operatori (100% degli incassi in modalità elettronica). Proseguirà nel 2019 l'estensione del progetto sui restanti CUP di torre. A novembre 2018, il dato aggregato per tutta l'attività ospedaliera di front-office ha evidenziato un aumento progressivo dei pagamenti elettronici, dal 50% del 2016 al 75% del 2018, per un totale di ticket riscossi con bancomat e carte di credito per attività in SSN e libera professione pari a circa 14 milioni di euro all'anno.

LIMITI. a) Necessità di utilizzare POS diversi per introiti di SSN e di Libera professione per problemi di rendicontazione degli incassi. b) Software di pagamento che non dialoga con lettore POS, con necessità di digitare la somma da introitare (rischio di errore umano).

CONCLUSIONI. Gli utenti si sono dimostrati collaborativi di fronte alla richiesta di utilizzo di carte elettroniche. Gli operatori addetti allo sportello hanno dimostrato apprezzamento per la diminuzione della gestione di denaro contante e dei rischi connessi (errori con eventuali ammanchi di cassa, tracciatura dei pagamenti). I tempi di chiusura/apertura cassa sono diminuiti con recupero di tempo/lavoro per operatore, anche in occasione del cambio addetto allo sportello.

Autore per la corrispondenza: Trapletti Roberta – Azienda Socio Sanitaria Territoriale Papa Giovanni XXIII – Email: rtrapletti@asst-pg23.it

232. L'Infermiere di Anestesia (I.A.) tra efficienza e best practice

Troiani Silvano[1], Traini Tiziana[2], Giacchetti Simona[1], Orazi Paola[1], Gaudenzi Diletta[1], Fioretti Marco[1], Franconi Ilaria[1]

[1]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti, [2]Università Politecnica delle Marche

BACKGROUND. Recenti evidenze scientifiche, dimostrano che la mortalità e la morbilità delle persone assistite durante l'intervento chirurgico, si abbassano quando in ogni sala operatoria ci sono infermieri dedicati all'anestesia, che hanno seguito specifici percorsi formativi basati sull'acquisizione di competenze specifiche (Alberici & Serri, 2002; Meeusen, Ouellette & Horton, 2016.). Nella maggior parte dei Paesi europei l'Infermiere di Anestesia, ha acquisito una decisiva autonomia e riconoscimento giuridico (Beltrammi, 2012). L'Infermiere di anestesia statunitense (Certified Registered Nurse Anesthetist-CRNA) per esempio, gode di un'autonomia a 360 gradi in ambito anestesiologico. In Italia purtroppo, ad oggi, non c'è un vero e proprio riconoscimento giuridico e la stessa formazione è lasciata ad iniziative locali e/o contestuali (Lusa, 2008). La buona pratica clinico-assistenziale del percorso chirurgico rappresenta un aspetto cruciale per la realtà dei servizi sanitari messi a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Nell'ambito di questo processo evolutivo, l'infermiere con competenze nel processo chirurgico e nelle tecniche di anestesia rappresenta un'opportunità nel ricoprire un ruolo determinante a per garantire un'adeguata assistenza infermieristica al cittadino, offrendo opportunità necessarie per sviluppare sul campo, le abilità, le performance richieste e rispondere contestualmente, ai continui cambiamenti sia in ambito chirurgico che anestesiologico. L'attuale modalità organizzativa presso il Blocco operatorio (B.O.) Polispecialistico, a differenza di quello Cardiochirurgico (CCH) e Materno Infantile, è quella di utilizzare il professionista in maniera interscambiabile, (l'Infermiere di Anestesia può ricoprire il ruolo di strumentista e/o circolante e viceversa), fermo restando il possesso delle competenze stabilite nelle Job descriptions. Per le motivazioni esposte ed in previsione di una diversa organizzazione, si è ritenuto opportuno far acquisire le skills caratterizzanti il ruolo di infermiere di anestesia.

OBIETTIVI. Sviluppare gestualità e competenze specifiche relativamente al settore anestesiologico, al fine di assicurare la gestione ottimale della persona sottoposta ad intervento chirurgico. In particolare: • Acquisire conoscenze approfondite ed aggiornate in assistenza anestesiologica; • Acquisire competenze necessarie per affrontare con l'anestesista situazioni di bassa, media, ed elevata complessità e criticità assistenziale; • Facilitare il professionista ad applicare il processo di nursing nella presa in carico in ambito chirurgico assicurando confort e sicurezza; • Definire ed analizzare la responsabilità professionale e deontologica infermieristica e nel contesto di anestesia.

METODI. Sono stati coinvolti 40 dei 98 infermieri del B.O. Polispecialistico dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" di Ancona. Tali infermieri hanno partecipato ad un corso della durata di 50 ore di lezione relative ad argomenti di Anestesiologia, Nursing Organizzativo-Gestionale, Deontologia, Medicina Legale, Rischio Clinico, Aspetti Psico-relazionali, al termine del quale sono stati sottoposti a una prova teorico/pratica sugli argomenti trattati. Il corso si è concluso con la formazione sul campo di 50 ore sotto la guida di un tutor dedicato. Al termine della parte teorica è stato somministrato un questionario strutturato di valutazione, utilizzando la scala Likert.

RISULTATI. Dalle 40 schede, sono emersi i seguenti risultati relativamente alla percezione della figura dell'infermiere di Anestesia: Il 95% dei partecipanti è totalmente d'accordo che "la presenza dell'Infermiere di Anestesia aumenta la sicurezza dell'assistenza intraoperatoria"; Alla domanda "La presenza dell'Infermiere di Anestesia può contribuire a ridurre le complicanze intraoperatorie", il 12,5% dei partecipanti è indifferente, il 30% è d'accordo, la restante percentuale si trova completamente d'accordo. Il 12,5% delle persone è in accordo con l'affermazione "l'Infermiere può sostituire l'Anestesista durante la fase intraoperatoria", e i restanti sono totalmente d'accordo. La totalità degli infermieri ritiene che "la presenza dell'Infermiere di Anestesia con specifiche competenze migliora la qualità assistenziale" (100% totalmente d'accordo). Alla domanda "il percorso formativo (per la parte teorica) realizzato ha sviluppato conoscenze/competenze e abilità necessarie allo svolgimento delle attività previste dalla Job description", il 17,5% delle persone si ritiene indifferente, il 35% è d'accordo, 47,5% è totalmente d'accordo. Infine, alla domanda "Per l'esercizio della professione infermieristica anestesiologica è necessaria una formazione specialistica": l'82,5% è totalmente d'accordo, il 12,5% è d'accordo, il 5 % è indifferente.

LIMITI. campione numericamente poco rappresentativo.

CONCLUSIONI. Le riflessioni riconducono a due elementi caratterizzanti l'infermiere di area anestesiologia. Il primo riguarda la necessità di garantire al professionista occasioni di crescita finalizzata a contribuire in maniera tangibile ai continui processi di miglioramento dell'assistenza, garantendo in sicurezza, la presa in carico della persona assistita. Il secondo è che vi è piena consapevolezza da parte degli interessati ad implementare i percorsi di best-practice.

Autore per la corrispondenza: Traini Tiziana – Università Politecnica delle Marche – Email: t.traini@univpm.it

233. Interventi multilevel ed integrazione multiprofessionale nella gestione dell'anziano in polifarmacoterapia

Trombetti Susanna, Alberghini Lucia, Ciarrocchi Rosa Angela, Bagaglia Carlotta, Benini Stefano, Buccellato Elena, Donati Monia, Descovich Carlo

Azienda USL di Bologna

BACKGROUND. La letteratura è concorde nel correlare la polifarmacoterapia con il rischio di eventi avversi. Studi mostrano che il 35% degli adulti che assume più di 5 farmaci presenta un evento avverso nel corso di un anno; di questi, l'84% necessita di un intervento medico e l'11% di ricovero ospedaliero. La popolazione anziana è la più a rischio di interazioni farmacologiche per la frequente coesistenza di più patologie croniche. Secondo le proiezioni demografiche, la popolazione anziana in polifarmacoterapia crescerà amplificando la frequenza dell'esposizione al rischio. La recente revisione Cochrane (Rankin, 2018) conclude che non vi sono certezze su quali interventi siano i più efficaci per pervenire ad una riduzione delle prescrizioni potenzialmente inappropriate.

OBIETTIVI. Ridurre le prescrizioni a rischio in pazienti anziani in trattamento con =7 e =10 farmaci per migliorare, a parità di efficacia, la sicurezza delle terapie. Integrare il setting ospedaliero con quello territoriale e connettere i professionisti coinvolti nella gestione del farmaco.

METODI. Setting territoriale Casa Residenza Anziani (CRA): nel 2016 è stato avviato un percorso di audit con un gruppo multiprofessionale e multidisciplinare AUSL e 57 CRA per migliorare i comportamenti professionali che portano alla polifarmacoterapia. Le azioni messe in campo volte a migliorare la riconciliazione farmacologica sono state: redazione e diffusione di opuscoli con indicazioni per l'uso dei farmaci più critici (PPI, antidepressivi, antipsicotici, ansiolitici, benzodiazepine), organizzazione di incontri formativi sull'appropriatezza delle terapie farmacologiche (3 edizioni) e non farmacologiche (4 edizioni), introduzione di strumenti di supporto alla deprescrizione (algoritmo Scott-Cartabellotta, applicativo Intercheck del Mario Negri). Setting ospedaliero: si sono svolti incontri formativi in piccoli gruppi tra il 2016 e il 2017 con relativo monitoraggio delle prescrizioni in dimissione. Nel 2018 è stato sviluppato un progetto volto all'analisi critica di singoli casi clinici e allo studio delle prescrizioni a rischio, coinvolgendo in 6 incontri medici e farmacisti ospedalieri, MMG e medici e infermieri CRA. L'analisi critica di 167 lettere di dimissione con =10 farmaci (campione casuale del primo trimestre 2018) è stata condotta con il supporto di Intercheck.

RISULTATI. Setting territoriale (CRA): sono stati sviluppati 3 cicli di audit (2016,2017,2018) su una popolazione anziana (età media 85 anni) circa 2800 ospiti/anno. I soggetti in trattamento con =7 farmaci erano il 49,0% nel 2016, il 46,7% nel 2017 e il 45,8% nel 2018 (p=0.0179 2016-2018) mentre quelli con =10 farmaci erano rispettivamente il 17,5%, il 16,1% e il 17,2% (p=n.s.). Da segnalare che l'introduzione di terapie non farmacologiche in CRA ha fatto registrare una riduzione della terapia al bisogno (farmaco o dosaggio); quest'ultimo risultato necessita di essere confermato. Setting ospedaliero: il monitoraggio 2016-2018 dei dimessi dal Dipartimento Medico mostra che i pazienti =70 anni (circa 2500 a trimestre) in trattamento con =7 farmaci erano il 48,6% nel 2016, il 49,6% nel 2017 e il 47,4% nel 2018 mentre quelli con =10 farmaci erano rispettivamente il 15,9% il 18,1% e il 15,3%. Dal report Intercheck, tutti i pazienti erano esposti ad interazioni (2539 in totale). Di queste il 18% era "Controindicata o Molto Grave", il 18% "Maggiore". In confronti multidisciplinari sono stati discussi 19 casi clinici selezionati dalle Unità Operative. È emersa l'utilità della lettera di dimissione come sintesi di un ragionamento clinico e come strumento di comunicazione ospedale-territorio, nonché possibile veicolo informativo per la riconciliazione a lungo termine nei setting territoriali MMG/CRA; è stata sollecitata maggiore attenzione alle terapie di trascinamento e all'utilità di esplicitare la durata delle terapie.

LIMITI. La raccolta dati nel setting CRA è puntuale (un solo giorno-campione) e rendicontata dalle strutture, non da flussi correnti. Le azioni nel setting ospedaliero sono state circoscritte a un numero limitato di interlocutori, sebbene rappresentativi di diverse realtà, e ancora non è stata condotta un'analisi sulle ricadute cliniche a medio e lungo termine della deprescrizione.

CONCLUSIONI. L'impianto del progetto ha avuto come primo risultato qualitativo quello di offrire occasioni di confronto e dialogo aperto, trasparente e paritetico tra operatori di diverse discipline e professioni, le cui attività permettono di rado questo tipo e livello di confronto. Dal punto di vista quantitativo, la riduzione statisticamente significativa dell'indicatore registrato nelle CRA documenta l'efficacia, da confermare e consolidare, delle molteplici azioni, formative e valutative, messe in campo.

Autore per la corrispondenza: Trombetti Susanna – Azienda USL di Bologna – Email: s.trombetti@ausl.bologna.it

234. L'impatto delle Case delle Salute per la gestione della cronicità in ASL TO3: i numeri dalla loro attivazione ad oggi

Venuti Silvio[1], Galis Veronica[1], Coggiola Nadia[2], Audisio Luisella[1], Minniti Davide[1], Boraso Flavio[1]

[1]*ASL TO3,* [2]*Università degli Studi di Torino*

BACKGROUND. L'aumento della cronicità legato a modelli organizzativi non ancora pienamente ottimali a livello territoriale spesso porta ad un maggior tasso di ospedalizzazione ed accesso ai PS/DEA, prevenibile attraverso una più attenta organizzazione dei percorsi e dei processi. Per quanto riguarda l'ASLTO3 si è osservato un aumento progressivo del numero di accessi in Pronto Soccorso che ha riguardato principalmente la fascia d'età oltre i 75 anni: dal 2012 al 2017, infatti, tale incremento è stato pari al 41%. Questo fenomeno si accompagna all'aumento del numero di ricoveri ospedalieri di pazienti complessi, i quali necessitano, nella fase acuta, di un approccio multidisciplinare e, successivamente, della presa in carico da parte di servizi post-ospedalieri. Tutto ciò, sommato all'incremento della domanda di servizi sanitari per l'aumento delle patologie croniche e della disabilità, induce necessariamente un cambiamento strutturale e organizzativo nelle forme e nelle modalità assistenziali.

OBIETTIVI. Ridisegnare il processo di cura destinato a soggetti anziani con patologie croniche con necessità di assistenza a lungo termine e/o ad elevata complessità clinico-gestionale attraverso l'istituzione delle Case della Salute e la valutazione di impatto.

METODI. La riorganizzazione della rete assistenziale è stata preceduta da un'attenta analisi dell'evolversi del fabbisogno di salute del paziente fragile e della sua famiglia, concretizzata poi attraverso un modello organizzativo incentrato sulle Case della Salute. Sono stati raccolti e analizzati i dati relativi ai volumi delle prestazioni effettuate delle Case della Salute attualmente attive negli ultimi sei mesi (maggio-ottobre 2018).

RISULTATI. La riorganizzazione del percorso, nell'ottica di stabilire un Patto di Cura condiviso con il paziente-cittadino, si è concretizzata con lo sviluppo delle Case della Salute, nelle quali sono presenti e cooperanti Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, medici specialisti, infermieri di comunità (professionisti fondamentali per la garanzia della continuità assistenziale), terapisti e operatori sociali. La prima Casa della Salute è stata attivata a dicembre 2017 e risultano attualmente attive presso le seguenti sedi: Avigliana, Borgaretto (Beinasco), Giaveno, Pianezza, Pomaretto. Sono in fase di ultimazione le sedi di Torre Pellice, Cumiana e Vigone. Per facilitare il processo di presa in carico a livello territoriale a seguito di dimissioni, è stato riorganizzato il modello di continuità assistenziale superando il dualismo Nucleo Continuità di Cure Ospedaliero (NOCC) e Distrettuale (NDCC) costituendo il Nucleo unico di Continuità delle Cure (NCC). Si è provveduto inoltre ad implementare la rete di telemedicina aziendale per un collegamento stabile con le altre strutture aziendali. Al fine di sviluppare in maniera omogenea e condivisa questo percorso, l'ASLTO3 ha altresì costituito una Comunità di Pratiche denominata "Olimpia", dove vengono condivise esperienze e progettate linee d'indirizzo a livello aziendale per la gestione della cronicità. È infine in atto, come da indicazioni regionali, la stesura del Piano Locale Cronicità. All'interno delle Case della Salute vengono erogate sia visite ambulatoriali sia piccola diagnostica (poliambulatorio); sono, inoltre, presenti il consultorio materno-infantile, il centro di salute mentale, il centro diabetologico e il SER.D. Il volume complessivo di prestazioni erogate per la parte ambulatoriale è stato pari a 37.701 ad Avigliana, 1.798 a Borgaretto-Beinasco, 26.721 a Giaveno, 13.018 a Pomaretto e 7.489 a Pianezza. Per la parte consultoriale materno-infantile e pediatrico sono state effettuate 777 prestazioni ad Avigliana, 1.511 a Giaveno, 245 a Beinasco, 1,167 a Pomaretto e 1.509 a Pianezza. I centri diabetologici hanno erogato un totale di 3901 prestazioni, i SER.D. hanno effettuato 4.427 prestazioni, nei centri di salute mentale il volume di prestazioni è stato pari a 332.

LIMITI. Il percorso attuale della presa in carico del paziente cronico è in fase sperimentale e verrà delineato in maniera ottimale attraverso il prossimo Piano Locale Cronicità nel 2019.

CONCLUSIONI. L'attivazione delle Case della Salute ha permesso di ridisegnare l'offerta sanitaria di base, attraverso una vestizione "sartoriale" sui bisogni dei cittadini dell'Azienda, e di potenziare la rete territoriale in un'ottica di integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie, di cura e riabilitazione. Il percorso, basato su un Patto di Cura condiviso con il paziente, permette di renderlo più partecipe nella gestione della propria condizione riducendo gli accessi al DEA e i ricoveri per aggravamento di patologie gestibili ambulatorialmente. Un indicatore positivo delle azioni messe in campo sul lato "cronicità" è stato quello di una riduzione (per la prima volta da 5 anni a questa parte) dell'afflusso di pazienti nei DEA/Pronto Soccorso aziendali, pari a circa 5 punti percentuali di media.

Autore per la corrispondenza: Coggiola Nadia – Università degli Studi di Torino – Email: n.coggiola@unito.it

235. Aiutare i pazienti affetti da morbo di Parkinson per migliorare gli esiti della riabilitazione e la qualità della vita

Viganò Davide

Sensoria Health Inc.

BACKGROUND. Il progetto di ricerca è reso possibile dal grant assegnato dalla Michael J. Fox Foundation e dagli investimenti di Sensoria Health: indumenti IoT con sensori tessili e la microelettronica integrate per il monitoraggio remoto della deambulaione del paziente.

OBIETTIVI. È un programma innovativo e coinvolgente di neuro-riabilitazione che utilizza tecnologie IoT e wearable all'avanguardia per ridurre la variabilità, prevenire il congelamento dell'andatura (FOG = Freeze of Gait) e le cadute, e migliorare l'indipendenza delle persone che soffrono di Parkinson. Inoltre i malati di Parkinson's in Italia sono purtroppo già oltre 250.000 e in USA si sta arrivando rapidamente al milione con 60.000 nuove diagnosi ogni anno. Molti consumatori hanno già adottato sensori e li adoperano per una grande varietà di utilizzi, sia con, che senza una prescrizione medica. I dispositivi wearables aiutano a personalizzare i dati per l'utilizzatore finale. Inoltre, gli stessi wearable hanno l'abilità di raccogliere e trasmettere dati in tempo reale. Il monitoring continuo dei pazienti richiede tuttavia un'integrazione piu' ricca e completa di nuovi sensori nell'indumento e la loro integrazione con le reti wireless.

METODI. Sensoria Health è onorata dal poter lavorare in partnership con Neuroscience Research Australia (NeuRA), un leader nelle ricerche neurologiche, con sede a Sidney, in Australia, in questo progetto di ricerca: StandingTall-PD, guidato da Principal Investigators Matthew Brodie and Kim Delbaere (NeuRA).

RISULTATI. Lo studio sarà condotto su oltre 100 pazienti che indosseranno le calze smart di Sensoria con un placebo distribuito ad un gruppo di controllo. Il progetto congiunto di ricerca è finanziato in parte da Sensoria Health e in parte da un grant assegnato dalla prestigiosa Michael J. Fox Foundation. "Le persone ammalate debbono affrontare barriere enormi per poter mantenere la propria indipendenza. Il nostro programma è a misura della singola persona (Personal Medicine) e offrirà strumenti per permettere a ciascun paziente di gestire i suoi stessi sintomi, migliorare la capacità di rimanere indipendenti e godere della più elevata possibile qualità della vita il più a lungo possibile." – Matthew Brodie, Senior Lecturer e Principal Investigator.

LIMITI. I sistemi attuali non riescono a catturare i parametri della deambulazione e nemmeno la conformità alle prescrizioni mediche da parte degli anziani (ad esempio il rallentamento nell'andatura o il trascinamento del passo nei pazienti che stanno recuperando da eventi cardiaci o da operazioni chirurgiche, o sofferenti per condizioni neurologiche come sclerosi multipla, ALS o Parkinson).

CONCLUSIONI. Se avremo successo, StandingTall-PD potrebbe essere reso disponibile alle persone con disabilità di questo progetto. Il nostro immediato coinvolgimento di utenti finali, la Parkinson's NSW e la The Michael J. Fox Foundation in partnership con Neuroscience Research Australia e Sensoria Health Inc. aiuteranno ad accelerare una implementazione globale.

Autore per la corrispondenza: Viganò Davide – Sensoria Health Inc. – Email: davide.vigano@sensoriainc.com

236. La chiamata programmata dei donatori per donazione: integrazione tra AVIS (Associazione Volontari del Sangue) Sovracomunale Medio Varesotto e Azienda ASST Settelaghi Varese

Vincenzo Saturni, Aldo Cardani

AVIS – Associazione Volontari Italiani Sangue

BACKGROUND. La garanzia di un adeguato e costante apporto di donazioni di sangue è presupposto per riuscire a sostenere i bisogni trasfusionali in quantità, qualità e sicurezza per tutti gli ammalati che ne hanno necessità. Tale obiettivo viene raggiunto solo disponendo di un numero sufficiente di donatori associati e gestendo una loro puntuale convocazione per donazione.

OBIETTIVI. Assicurare ogni giorno un numero minimo di 36 donazioni di sangue intero presso il Servizio Trasfusionale dell'Ospedale di Varese per contribuire al soddisfacimento delle necessità dei nostri ammalati. Consentire un preciso "reintegro di scorte" di emocomponenti, cioè poter disporre di un numero di prodotti del sangue testati in base alle caratteristiche di gruppo sanguigno e validati biologicamente, sulla base delle esigenze dei malati, per non mettere a rischio la terapia trasfusionale a causa di carenze.

METODI. AVIS Sovracomunale Medio Varesotto, attiva da 20 anni sul territorio della provincia di Varese e convenzionata con l'Azienda ASST Settelaghi, si è dotata di personale assunto supervisionato da volontari al fine di raggiungere, mediante telefonata personalizzata, i circa 8100 donatori di sangue periodici, volontari, non remunerati e soci di 23 AVIS Comunali, concordando le date e gli orari più consoni per presentarsi per donazione. La convocazione tiene conto di: idoneità alla donazione stabilita dal personale medico del Servizio Trasfusionale, delle necessità ospedaliere di sangue, delle caratteristiche del donatore, delle sue preferenze di giornata ed orario sulla base di elenchi ottenuti grazie alla interazione con il gestionale del Servizio. Per una migliore gestione del percorso si è stabilito di convocare i donatori in tre differenti fasce orarie, 11/13 tra le ore 7.30 e le 8; 11/13 tra le 8.15 e le 8.45 e 11/13 tra le 9 e le 9.45 tutti i giorni della settimana. A questi si aggiungono le convocazioni in numero rispettivamente di 2, 2, 1 per le donazioni di plasma mediante aferesi dal lunedì al venerdì. Infine per accogliere e fidelizzare i donatori è attivo un servizio gestito esclusivamente da volontari, chiamato Punto Accoglienza AVIS finalizzato a farli sentire "in famiglia."

RISULTATI. Negli anni siamo riusciti ad assicurare l'attività donazionale di un numero crescente di donatori; garantendo l'adeguato supporto trasfusionale ai pazienti. Nello specifico siamo riusciti a mediare le mutate esigenze dei donatori con quelle crescenti dei pazienti. Abbiamo migliorato la regolarità di afflusso dei donatori per tutto l'arco dell'anno, eliminando i picchi sia positivi sia negativi di alcune giornate e/o periodi dell'anno, ottimizzando il flusso delle donazioni, riducendo i tempi di attesa, "ritagliando" su misura il tipo di donazione in base alle caratteristiche del donatore. Inoltre, la chiamata telefonica personalizzata consente un contatto diretto con il donatore, rendendolo partecipe di questo percorso e favorendo una preselezione non sanitaria che riduce le non idoneità per cause anamnestiche al momento della selezione del donatore per donazione. Infine questo percorso ci ha consentito di raggiungere nel 2017 la Certificazione di Qualità ISO9001.

LIMITI. Negli anni è profondamente cambiato il mondo del lavoro e questo sta comportando difficoltà crescenti nel raggiungere i donatori e riuscire a concordare con certezza il momento della donazione.

CONCLUSIONI. Uno degli aspetti strategici, riconosciuto in via esclusiva alle Associazioni dei donatori dalla Legge n. 219 del 2005: "Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati." – è la Chiamata/convocazione programmata del donatore, in quanto è: – delegata per legge alle associazioni; – efficace per la donazione; – importante per la fidelizzazione del donatore; – necessaria per una puntuale programmazione. Una sua precisa attuazione consente la: – programmazione delle disponibilità; – possibilità di caratterizzare la tipologia della donazione (sangue intero/ plasma/cellule) anche in relazione a particolari esigenze (es. fenotipi gruppo ematici specifici); – migliore pianificazione del lavoro e dei servizi al donatore (es. tempi di attesa); – riduzione di “picchi” di presentazioni e gestione più efficace dell’afflusso anche in periodi particolari dell’anno (festività, estate). A nostro avviso pertanto questa impostazione ci ha consentito di perseguire l'obiettivo prioritario del nostro sistema trasfusionale che è poter disporre di emocomponenti labili e medicinali plasmaderivati (ottenuti in “conto lavoro”), provenienti da donatori volontari, periodici, non remunerati, anonimi, responsabili ed associati con la garanzia di un loro completo e corretto utilizzo per il bene del paziente trasfuso, in quantità sufficiente (sulla base di un impiego appropriato), della massima qualità, efficacia terapeutica e sicurezza possibili, in modo equo (i pazienti hanno tutti gli stessi diritti di ricevere la terapia trasfusionale quando necessaria) e sostenibile.

Autore per la corrispondenza: Saturni Vincenzo – AVIS – Associazione Volontari Italiani Sangue –
Email: vincenzo.saturni@asst-settelaghi.it

237. Gli stili di leadership e il coordinatore infermieristico: studio osservazionale multicentrico

Vitali Daiana[1], Pelusi Gilda[2], Toccaceli Andrea[3], Dignani Lucia[3]

[1]ASUR Marche - Area Vasta n. 2, [2]Università Politecnica delle Marche, [3]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti

BACKGROUND. I coordinatori infermieristici operano in un contesto complesso, in situazioni di considerevole stress per le continue richieste sfidanti e conflittuali dei sistemi sanitari attuali, sentendosi spesso impreparati e non adeguatamente supportati. Per fronteggiare tale complessità e dinamicità occorre prestare attenzione non tanto al management, quanto alla leadership, in quanto il coordinatore ha un ruolo critico nel creare le condizioni affinché lo staff possa erogare assistenza di qualità. In letteratura infatti sono presenti diversi studi che confermano che la leadership del coordinatore è direttamente correlata agli outcome assistenziali e alla soddisfazione dello staff.

OBIETTIVI. L'obiettivo dello studio è stato quello di descrivere l'auto-percezione dei coordinatori infermieristici sullo stile di leadership adottato.

METODI. Lo studio effettuato è stato di tipo osservazionale cross-sectional multicentrico. Sono stati arruolati i coordinatori infermieristici che lavorano in settings di area chirurgica, critica, materno-infantile e medica, con diverso grado di esperienza di tre ospedali marchigiani, secondo una modalità di convenienza. Per l'indagine è stato utilizzato il Multifactor Leadership Questionnaire (5x-Short Form) dopo aver ottenuto l'autorizzazione da parte degli autori stessi per la riproduzione. Il questionario è incentrato sulla teoria "a tutto campo" (full range of leadership program, FRLP) che prevede tre stili di leadership: Trasformazionale, Transazionale e Laissez-Faire. La raccolta dati è avvenuta dal mese di marzo sino al mese di maggio del 2018. I dati sono stati elaborati mediante il software SPSS, versione 18.00.

RISULTATI. Hanno aderito allo studio 102 coordinatori, con un response rate del 94%. Il campione era prevalentemente femminile (91%), con una età media di 50 anni ed uno stato di servizio medio di 12,50 anni. Per quanto riguarda il titolo di studio abilitante maggiormente posseduto era il Corso regionale triennale (56%). I coordinatori che lavorano nel setting chirurgico, critico e medico si auto percepivano primariamente come leader transazionali e in misura minore trasformazionali. Nel setting materno-infantile prevaleva invece lo stile trasformazionale. Per quanto riguarda lo stile trasformazionale, le categorie con le medie maggiori sono state: Influenza Idealizzata e Considerazione Individualizzata. Per quanto concerne lo stile transazionale, la categoria Ricompensa Contingente è stata quella maggiormente adottata dal campione. Lo stile di leadership passivo invece è stato adottato raramente dai coordinatori infermieristici. Successivamente sono state calcolate le correlazioni tra lo stile di leadership adottato e il livello di soddisfazione dei coordinatori infermieristici. Lo stile trasformazionale ha mostrato una correlazione positiva e significativa con il livello di soddisfazione dei coordinatori infermieristici ($r = 0,722$), mentre lo stile transazionale ha presentato una correlazione positiva, ma debole ($r= 0,335$); infine lo stile passivo/avoidant era correlato alla soddisfazione con un valore pari a $r = 0,094$.

LIMITI. È stato utilizzato il MLQ self-form, dunque è stata presa in considerazione esclusivamente l'auto-percezione dei coordinatori infermieristici e non è stato coinvolto il personale infermieristico.

CONCLUSIONI. Nel complesso, è emerso che i coordinatori si auto percepiscono come leader transazionali, in misura minore come leader trasformazionali. È stata evidenziata inoltre una correlazione significativa e positiva tra lo stile transazionale e la soddisfazione del coordinatore infermieristico. Dato che in letteratura è stato evidenziato che lo stile trasformazionale è correlato direttamente agli outcomes assistenziali e alla soddisfazione dei followers, è auspicabile l'adozione di questo stile da parte dei coordinatori infermieristici.

Autore per la corrispondenza: Vitali Daiana – ASUR Marche - Area Vasta n. 2 – Email: daiana.vitali@tiscali.it

238. L'Infusione Intraossea come alternativa all'accesso venoso in Emergenza: risultati di uno studio osservazionale

Zingaretti Luigi[1], Regnicoli Februa[2], Cicolini Giancarlo[3], Simonetti Valentina[1], Buccolini Mara[4], Cotticelli Federico[4], Comparcini Dania[2]

[1]Università Politecnica delle Marche, [2]Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti, [3]Università degli Studi G. D'Annunzio, [4]ASUR Marche - Area Vasta n. 3

BACKGROUND. Secondo le Linee Guida "European Resuscitation Council" per la Rianimazione (2015) "l'accesso intraosseo (I.O.) costituisce una via rapida, sicura ed efficace per somministrare farmaci, liquidi ed emoderivati. Il tempo necessario per ottenere un'adeguata concentrazione plasmatica dei farmaci e quello necessario all'inizio della loro azione, sono simili a quelli ottenuti attraverso un accesso venoso tradizionale". L'accesso intraosseo in Emergenza costituisce, pertanto, una valida alternativa in caso di difficoltà a reperire un accesso venoso.

OBIETTIVI. Determinare le conoscenze, le attitudini, le esperienze personali e il livello di formazione degli infermieri rispetto all'utilizzo dell'accesso intraosseo per la somministrazione di farmaci, liquidi ed emoderivati.

METODI. È stato condotto uno studio osservazionale trasversale multicentrico attraverso l'utilizzo di un questionario elaborato ad hoc, costituito da 23 item (compilabile sia su formato cartaceo che in modalità "on-line" attraverso link QRcode). Sono stati inclusi tutti gli infermieri operanti nell'Area dell'Emergenza della Regione Marche, coinvolgendo le 5 Aree Vaste, in cui è suddivisa la sanità regionale, e 2 Aziende Ospedaliere Riunite per complessivi 14 UU.OO. di Pronto Soccorso e 25 POTES.

RISULTATI. Hanno partecipato allo studio 339 infermieri su 650 contatti (tasso di risposta=52%). Il campione indica che i dispositivi per I.O. sono disponibili, presso le loro postazioni, in media da 4,6 anni. Il 75% del campione ha effettuato formazione specifica e il 28,9% dichiara di aver praticato, almeno una volta, un accesso intraosseo, impiantandone complessivamente 221, di cui 19 in pazienti pediatrici. Oltre il 45% del personale di Servizio 118 dichiara di aver effettuato una I.O. almeno una volta, contro il 13% dei colleghi di Pronto Soccorso. Il 70% ritiene che l'I.O. sia un presidio "Indispensabile e molto utile". Il gradimento rispetto a tale tecnica aumenta al 92% tra coloro che hanno dichiarato esperienza nell'impianto. La sede di elezione è quella omerale, ma il 69% del campione preferisce la tibia prossimale. Oltre il 71% delle I.O. sono state effettuate su pazienti critici incoscienti, per i quali non è stata necessaria terapia antalgica preventiva. Nel 38% dei casi l'accesso I.O. è stato posizionato in autonomia infermieristica e nel 21% inserito direttamente senza effettuare tentativi di inserzione di catetere venoso periferico. Per quanto riguarda l'esperienza nell'utilizzo di diversi sistemi semiautomatici, i partecipanti sostengono che il sistema EZ-IO® (Teleflex) rispetto al Bone Injection Gun (B.I.G), evidenzia il più alto indice di affidabilità e successo, con un tasso di problematiche del 4,5% contro il 20,5% del B.I.G. Il 100% degli operatori, che hanno impiantato un EZ-IO®, lo definiscono "superiore o fedele alle prestazioni dichiarate"; di questi, 11 infermieri che hanno impiantato entrambe i dispositivi, assegnano al 100% la loro preferenza all'EZ-IO®.

LIMITI. La raccolta dati è stata effettuata in una singola regione Italiana e il tasso di risposta all'indagine è stato del 52,2%, pertanto i risultati di questo studio sono scarsamente generalizzabili all'intera popolazione infermieristica del territorio nazionale.

CONCLUSIONI. L'accesso intraosseo è una procedura efficace e sicura che si realizza nell'Area dell'emergenza, dove in condizioni di estrema criticità dei pazienti, rappresenta una valida e rapida alternativa all'accesso venoso, con un elevato tasso di successo e riduzione di complicanze. Nonostante le numerose raccomandazioni all'utilizzo, tale procedura trova scarsa applicazione nella pratica quotidiana, e questo determina una naturale tendenza a perdere le abilità acquisite durante la formazione di base. Pertanto, riveste particolare importanza lo sviluppo di una formazione post-base specifica attraverso simulazioni e training sul campo per sviluppare elevata confidenza e destrezza manuale negli Infermieri che gestiscono i sistemi per l'I.O.

Autore per la corrispondenza: Zingaretti Luigi – Università Politecnica delle Marche – Email: l.zingaretti@libero.it

#salviamoSSN

Fondazione GIMBE
Diffondere le conoscenze
Migliorare la salute

Via Amendola, 2
40121 Bologna
Tel. 051 5883920
info@gimbe.org
www.gimbe.org