Speciale
XIX Congresso Nazionale
ANIMO

In questo numero speciale, vogliamo condividere i numerosi lavori scientifici che sono stati condivisi in sede Congressuale.
Nella prima parte troverai le "Comunicazione orali", mentre nella seconda parte gli Abstract che sono stati accettati.
Non mancheranno i Saluti della nostra Presidente.

Referenti newsletter ANIMO
Michela Piasentin e Stefano Brovarone

Go green
Stampa responsabilmente

Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo

Vita associativa

Carissima/o collega

Con molto piacere condivide con te il grande successo del XIX° Congresso Nazionale ANIMO e approfitto della newsletter per ringraziare tutti i relatori e moderatori che hanno saputo tenere alto il livello formativo del Congresso e tutti i colleghi presenti che hanno partecipato con curiosità alle diverse sessioni, rendendo le due giornate ricche di stimoli e spunti utili alla nostra quotidianità.
Come non pensare però a tutti i colleghi che non hanno potuto partecipare.
Per questo abbiamo deciso di pubblicare una speciale edizione della newsletter dove abbiamo raccolto le comunicazioni orali e gli abstract dei colleghi che hanno voluto condividere con tutti noi le loro esperienze di buona pratica assistenziale nella sessione "Esperienze a confronto: dalle evidenze alle buone pratiche assistenziali".
Nell'augurarti una buona lettura ti ricordo che ANIMO non si ferma mai e che sono già calendarizzati altri eventi formativi.
Consulta quindi tutti gli eventi disponibili all'interno del nostro sito e tieniti aggiornato.
Una buona estate!

Presidente ANIMO

Letizia Tesei

Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo

Comunicazioni orali

ESPERIENZE A CONFRONTO: DALLE EVIDENZE ALLE BUONE PRATICHE ASSISTENZIALI

1. "Sondino Naso Gastrico con Sistema di Ancoraggio (Briglia nasale): Pro e Contro" di Dezii Stefano e Luzio Luca
2. "*Device* vascolari: PICC, PICC-PORT, PORT quando, come e perché" di Oleari Francesco
3. "L'impatto del modello assistenziale "*Primary Nursing*" versus "*Team Nursing*" nel paziente cronico: studio osservazionale" di De Masi Mattia
4. "La documentazione degli interventi assistenziali per prevenire il rischio di caduta nei pazienti valutati con scala Retos" di Bartolomei Alice e Mercatelli Sara
5. "*L'Evidence Based Nursing* incontra la pratica assistenziale: l'esperienza dei *Journal Club* in un reparto di Medicina Interna" di Bearzot Sara e Pestrin Roberta
6. "La musicoterapia per i pazienti sottoposti a ventilazione meccanica non invasiva" di Cosentino Natale e Longobardi Anna
7. "Spiritualità e assistenza spirituale: le percezioni degli infermieri. Studio osservazionale" di Stefania Tinti
8. "CASI: un problema per la qualità di vita del paziente e per la gestione di un PICC" di Laura Barbieri
9. "Il *Team* Accessi Vascolari dell'Ospedale di Carpi AUSL Modena. Dalla scelta del *device* alla gestione "di Morselli Anna
10. "*Missed Nursing Care*: Studio descrittivo sulla percezione degli infermieri afferenti al Dipartimento medico interaziendale e Osco Territoriali della Provincia di Ferrara" di Sottile Francesco e Giordano Domenico
11. "La sorveglianza infermieristica: un processo di qualità" di Talevi Giulia
12. ""*Lose the tube*": criteri di appropriatezza per l'inserimento del catetere vescicale "di Mercatelli Sara, Bartolomei Alice

Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo

"Sondino Naso Gastrico con Sistema di Ancoraggio (Briglia nasale) Pro e Contro" di Dezii Stefano e Luzio Luca, Regione di appartenenza Abruzzo

Introduzione:
In seguito alla redazione di un protocollo sul posizionamento del Sondino Naso Gastrico con tecnica di ancoraggio, è nata la necessità, visto che in letteratura le evidenze sono scarse, una raccolta dati su i pro ed i contro dell'utilizzo della briglia ancorata, per mantenere in sede il SNG nel paziente agitato, obnubilato e non collaborante.
Dal mese di aprile 2019 al mese di maggio 2022, è stata effettuata una raccolta dati, per un totale di 95 pazienti, caratteristica comune di suddetti utenti:

- effettuare nutrizione enterale
- sensorio obnubilato, in paziente non collaborante
- impossibilità di confezionare un PEG

Descrizione dell'esperienza/buona pratica:
Nella Unità Operativa Complessa di Medicina Interna del Presidio Ospedaliero Val Vibrata (ASL Teramo), l'accesso alle cure è predestinato maggiormente a patologie acute di risoluzione medica internistica. Spesso, in anamensi, i nostri pazienti sono affetti da malattie neurilogiche degenerative, caratterizzate da alterazioni dello stato di coscienza e dalla effettiva adesione alle cure messe in atto, ove ne viene meno la collaboratività in tutto il processo di cura e di assistenza.
Durante i pasti, abbiamo notato elevati casi di tosse nel breve post-prandiale (30 – 120 secondi), con la necessità di indagare e porre soluzioni in essere, dopo un attento studio della letteratura, abbiamo compreso che il TEST di Guss poteva fare al caso nostro. Di rapida e facile applicabilità, con il contro, avvolte, di non riuscire a comprendere bene il grado di disfagia.
In caso di Disfagia severa in paziente dissociato, obnubilato e non collaborante, quando non è possibile confezionare una Peg, posizioneremo il sondino naso gastrico con ancoraggio (conseguenzialmente e/o in collaborazione con il vascular team un Picc per la Nutrizione Parenterale

Bibliografia di riferimento (max 10 anni)

Studio: ''*La brigliatura nasale diminuisce il dislocamento del sondino e può aumentare l'apporto calorico nell'unità di terapia intensiva chirurgica*'': uno studio randomizzato e controllato. (NCBI – Nationale Center for Biotechnology Information)

Quesiti Clinico-Assistenziali anno 3, n.10, novembre 2012. le risposte dell'evidence based nursing per la pratica infermieristica quoitidiana. ©Editore Zading via Ampère 59, Milano – http://www.zading.it/
Direttore: Pietro Dri; Redazione: Nicoletta Scarpa; Autore dossier: Erika Milanesio.

Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo

"Device vascolari: PICC, PICC-PORT, PORT quando, come e perché'", di Oleari Francesco, Regione di appartenenza Emilia-Romagna (AUSL Piacenza)

Introduzione:

Il cateterismo venoso è una pratica assistenziale molto frequente in ambito ospedaliero. Si stima che la quasi totalità dei pazienti ospedalizzati riceva una qualche forma di accesso vascolare, con prevalenza dei cateteri venosi periferici rispetto ai cateteri venosi centrali. La gestione del patrimonio venoso delle persone assistite e il corretto posizionamento di un device vascolare in tempi rapidi e appropriato alle esigenze cliniche sono da ritenersi oggi elementi indispensabili al fine di garantire sicurezza ed efficacia delle cure prestate. Il posizionamento di un catetere venoso in alcuni casi può rilevarsi pratica estremamente difficile ed è dunque raccomandato per il personale che provvede all'inserzione dei cateteri venosi periferici e centrali un percorso formativo adeguato che garantisca loro acquisizione di competenze avanzate specifiche.
Per una scelta ottimale della tipologia di device vascolare da posizionare è richiesta un'attenta valutazione di alcuni aspetti come le caratteristiche chimiche della soluzione da infondere, la modalità infusionale (continua o discontinua), l'ambito di cura (ospedale / territorio) e le caratteristiche cliniche ed anatomiche della persona assistita. Il contesto sociale, l'attività lavorativa della persona e le sue preferenze sono ulteriori aspetti da valutare al fine di garantire il minor disagio possibile e una riduzione delle possibili complicanze dovute ad una non corretta gestione del dispositivo.
Le nuove tecnologie nel campo degli accessi venosi hanno permesso oggi di disporre di strumenti sempre più sofisticati che permettano al clinico di soddisfare i bisogni delle persone assistite in modo più rapido, sicuro e costo efficace. Il mercato dei cateteri venosi è in continua evoluzione, lo sviluppo di nuovi device di ultima generazione garantiscono alla persona assistita di poter disporre di cateteri venosi sicuri e al tempo stesso con un minimo impatto sulla qualità di vita. PICC PORT e cateteri tunnellizzati ne sono un esempio.

Descrizione dell'esperienza/buona pratica:

La qualità di vita dei pazienti a cui viene posizionato un device vascolare è spesso condizionata dalle attenzioni che questi ultimi debbono avere, al lavoro come in vacanza, e la necessità di assistenza sanitaria costante comporta modifiche importanti anche da un punto di vista organizzativo, relazionale e sociale. L'utilizzo, quando indicato, di cateteri venosi totalmente impiantati è oggi sempre da preferire ai cateteri esterni permettendo al paziente una miglior qualità di vita. Ogni Team di Accessi Vascolari dovrebbe prevedere al proprio interno la presenza di professionisti altamente specializzati nel posizionamento di tutte le tipologie di device vascolari senza ricorrere a personale esterno che comporta necessariamente, disagio per il paziente, tempi d'attesa più lunghi e conseguente ritardo nell'inizio delle terapie.

Bibliografia di riferimento

Anno 2021 Linee di Indirizzo Regionali sulla buona pratica di cura degli accessi vascolari
Anno 2023 Protocollo di gestione degli accessi venosi nel paziente adulto (Regione Emilia Romagna) Manuale pratico dell'accesso venoso (Antonio Delfino Editore) Mauro PIttiruti, Giuseppe Capozzoli Manuale GAVeCelt dei PICC e dei Midline (EDRA) Mauro PIttiruti, Giuseppe Capozzoli
Anno 2022 Linee Guida SHEA Anno 2016- 2021 INS Guideline
Il protocollo SIP-PORT per l'Impianto sicuro del PICC PORT (A GAVeCeLT bundle for PICC-port insertion: The SIP-Port protocol Fabrizio Brescia1 , Maria Giuseppina Annetta2 , Fulvio Pinelli3 and Mauro Pittiruti)

Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo

"L'impatto del modello assistenziale "primary nursing" versus "team nursing" nel paziente cronico: studio osservazionale", di De Masi Mattia, Regione di appartenenza Piemonte

Introduzione:

L'invecchiamento della popolazione porta con sé un numero crescente di persone con patologie croniche; questa evoluzione demografica riguarda molti paesi, in primis l'Italia che presenta un indice di vecchiaia e dipendenza fra i più alti in Europa. Si mette in rilievo l'importanza di riuscire a gestire la cura delle malattie croniche in modo più efficiente, garantendo comunque servizi di qualità e produzione di valore per le persone, che sono il primo obiettivo dei sistemi sanitari. [1]
I modelli organizzativi per l'assistenza più conosciuti sono: la presa in carico totale del paziente, l'assistenza per compiti, l'assistenza per piccola equipe (detta anche team nursing) e l'assistenza "personalizzata" (detta anche "primary nursing"). Questi modelli si differenziano nel modo di prendere le decisioni, nell'assegnazione dei compiti, negli strumenti informativi; nella gestione e alla base della scelta del modello vi sono forze sociali ed economiche diverse. [2]
In questo elaborato ci soffermeremo su due dei modelli organizzativi citati, ovvero per "piccola equipe" e "assistenza personalizzata": questa scelta è dettata dal fatto che nell'A.S.L. Città di Torino si utilizzano entrambi in quanto il modello per piccola equipe è sempre stato presente, mentre negli ultimi anni si sta implementando progressivamente il "primary nursing".
L'obiettivo generale è analizzare nel paziente cronico l'impatto del modello organizzativo assistenziale definito "primary nursing" nel confronto con il modello tradizionale, ovvero "team nursing". Si tratterà di analizzare gli esiti infermieristici ed in particolare l'attivazione dei pazienti (intesa come autonomia e consapevolezza del proprio stato di salute), i tempi di degenza ed il numero di dimissioni a domicilio e la soddisfazione del personale sanitario infermieristico.

Descrizione dell'esperienza/buona pratica:

Lo studio è stato condotto in Piemonte, in due presidi ospedalieri dell'A.S.L. Città di Torino. In questo contesto, nel reparto "Medicina MIC 2" del P.O. San Giovanni Bosco è implementato il primary nursing mentre nel reparto "Medicina multispecialistica" del P.O. Martini il modello del team nursing. Sono stati identificati due campioni: il campione n.1 relativo ai pazienti e il campione
n.2 relativo al personale infermieristico; nello specifico sono stati individuati il gruppo 1 ("Primary Nursing") e il gruppo 2 ("Team nursing"),
E' stata effettuata una ricerca quantitativa-osservazionale indagando tramite questionario "Patient Activation Measure" i livelli di attivazione dei pazienti in due momenti diversi, in ingresso e in dimissione dal reparto, e messi a confronto tra loro. Sono stati somministrati 50 questionari rivolti ai pazienti della "MIC 2" del P.O. San Giovanni Bosco (risposta 50) e 50 ai pazienti della
"Medicina multispecialistica" del P.O. Martini (risposta 50); i livelli di attivazione sono associati ai comportamenti di autogestione, autonomia e consapevolezza del proprio stato di salute; nei due gruppi è stato calcolato il tempo di degenza media e il numero di dimissioni a domicilio. Tramite questionario "Index of work satisfaction" è stata valutata la soddisfazione degli infermieri dell' unità operativa "MIC 2" del P.O. San Giovanni Bosco (n. 17 infermieri risposta n. 12) rispetto agli

infermieri dell'unità operativa "Medicina multispecialistica" del P.O. Martini (n. 16 infermieri risposta n. 16); le variabili indagate sono l'autonomia, lo status professionale, la retribuzione, le mansioni richieste dal ruolo, le politiche organizzative, l'interazione con i medici, l'interazione con i colleghi infermieri. E' stato dimostrato che il livello di attivazione aumenta nei pazienti del gruppo 1 con un valore medio di 0,65 in più rispetto al gruppo 2: si traduce in un maggior impatto del modello Primary nursing per quanto riguarda le conoscenze, le capacità del paziente e la fiducia per l'autogestione della malattia, l'autonomia e consapevolezza dello stato di salute. Il numero di dimissioni a domicilio è stato del 90% (45/50) nel gruppo 1 mentre del 74% (37/50) nel gruppo 2. La durata della degenza media è stata di 11,12 nel gruppo 1 e di 17,96 giorni nel gruppo 2. I risultati della soddisfazione lavorativa evidenziano delle piccole differenze tra i gruppi ma non sono statisticamente significative in quanto non è stata raggiunta la numerosità campionaria. In sintesi, il primary nursing ha migliorato i risultati relativi all'attivazione del paziente, ha ridotto il tempo di degenza media e aumentato il numero di dimissioni a domicilio.

Bibliografia di riferimento

1. World Health Organization. World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. 2021.
2. Dal Molin A, Gatta C, Boggio Gilot C, Ferrua R, Cena T, Manthey M, Croso A. The impact of primary nursing care pattern: Results from a before–after study. Journal of Clinical Nursing. 2018; 27(5-6), 1094- 1102.

Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo

"La documentazione degli interventi assistenziali per prevenire il rischio di caduta nei pazienti valutati con scala Retos", di Bartolomei Alice e Mercatelli Sara, Regione di appartenenza Toscana

Introduzione:

La Buona pratica della Regione Toscana "prevenzione delle cadute nei Servizi Sanitari", riporta tra i requisiti minimi per l'applicazione, le opportune misure preventive in relazione alla valutazione effettuata e la successiva registrazione nella cartella clinica. Da qui la necessità di costruire uno strumento per la standardizzazione degli interventi assistenziali nella documentazione. Dall'analisi dell'applicazione della Pratica per la Sicurezza del Paziente "Prevenzione delle cadute in ospedale" emerge che il processo di presa in carico del paziente a rischio di caduta è incompleto e sono scarsamente tracciate le azioni assistenziali coerenti con il livello di rischio.

Descrizione dell'esperienza/buona pratica:

L'obiettivo generale è stato quello di completare il processo di presa in carico del paziente a rischio di caduta in modo uniforme all'interno Del Dipartimento Medico dell'Ospedale di Arezzo dell'Usl Sud Est. L'obiettivo specifico è quello di applicare un piano standardizzato di riduzione dei fattori di rischio di caduta dei pazienti in ospedale e documentare il processo del rischio caduta in cartella. Gli indicatori presi in considerazioni sono 2:
-Presenza della scheda all'interno della documentazione (monitoraggio previsto nel controllo mensile del 10%delle cartelle cliniche per la qualità)
-Numero delle cartelle del controllo qualità complete di piano standardizzato di riduzione del rischio di caduta del paziente in ospedale / Numero delle cartelle controllo qualità con paziente a rischio di caduta (monitoraggio previsto nel controllo mensile del 10%delle cartelle cliniche per la qualità)

E' stato richiesto agli infermieri referenti per l'accreditamento e il rischio clinico del dipartimento medico di compilare un questionario on line su 25 cartelle cliniche per setting. Dalla risposta ai diversi Items, è emerso che nella maggior parte dei casi la documentazione degli interventi assistenziali del paziente, era riportata all'interno della documentazione infermieristica in forma discorsiva, tale situazione produceva una serie di criticità: L'operatore non aveva un approccio "visual" su quali interventi fossero stati messi in atto, creando un' ulteriore criticità sul passaggio di consegna su turni diversi; Riportare gli interventi in forma discorsiva sul "diario infermieristico" esponeva l'operatore al rischio di pericolose dimenticanze che avrebbero potuto essere state interpretate successivamente come omissioni; In caso di evento avverso non era possibile rintracciare facilmente gli interventi attuati su uno specifico caso all'interno della documentazione; La pianificazione degli interventi assistenziali e/o preventivi non sempre risultavano coerenti con il livello di rischio . Il piano del progetto di miglioramento ha visto il susseguirsi delle seguenti fasi: analisi della letteratura e creazione scheda interventi prevenzione rischio caduta analisi dei

dati rilevati all' intervento di riduzione del rischio di caduta attualmente riportati in documentazione elaborazione della scheda interventi che tenga conto di tutti gli items presenti nella scala ReTos richiesta di approvazione da parte della struttura di Rischio Clinico Aziendale, che ha anche collaborato nel suggerire alcune modifiche da apportare implementazione e monitoraggio della scheda interventi all'interno del Dipartimento medico.

E' importante notare come, dai dati rilevati dal monitoraggio delle cartelle cliniche per la qualità , si possa rilevare una maggiore attenzione e precisione nella gestione delle cadute, anche in termini di documentazione dell'assistenza inclusi i piani assistenziali, passando dall'88% di scale ReTos compilate correttamente, ma con assenza di documentazione dell'assistenza infermieristica codificata, a un 94% di scale ReTos compilate correttamente e con un'assistenza codifica e documentata degli interventi assistenziali, dato peraltro confermato anche nel primo semestre 2023.

Bibliografia di riferimento

- Bergen G, Shakya I: CDC STEADI: Evaluation Guide for Older Adult Clinical Fall Prevention Programs. (2019).
- Brenner de Souza A, Röhsig V, Maestri RN, et al.: In hospital falls of a large hospital. BMC Research Notes, 284:1- 3;2019.

Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo

"L'Evidence Based Nursing incontra la pratica assistenziale: l'esperienza dei Journal Club in un reparto diMedicina Interna", di Bearzot Sara, Pestrin Roberta, Regione di appartenenza Friuli-Venezia Giulia

Introduzione:

Il progetto nasce in seguito alla formazione seguita da 3 infermiere del nostro reparto in ambito EBN. Partendo da esperienze di Journal Club applicate sia a livello internazionale, che nazionale, che anche a livello regionale, si è pensato di poter proporre questo progetto anche all'interno del reparto di MedicinaInterna dell'ospedale di Palmanova (UD). Il Journal Club viene definito come un incontro a cadenza regolare in cui gli operatori di una disciplina simile si riuniscono per valutare criticamente un articolo pubblicato su una rivista scientifica (DuGan, 2019). L'intento è stato quello di poter avvicinare la pratica clinica alle nuove evidenze infermieristiche per poter valutare l'apporto di miglioramenti.

Descrizione dell'esperienza/buona pratica:

Il progetto ha coinvolto il personale medico, infermieristico e di supporto della Medicina Interna di Palmanova. Si è partiti andando a raccogliere il fabbisogno formativo del personale tutto.
Una volta individuati gli argomenti maggiormente proposti è stata eseguita una ricerca nelle varie banche dati, andando ad analizzare vari articoli. Una volta identificati gli articoli più attinenti al contesto di medicina si è passati alla condivisione del materiale con tutto il reparto. Sono stati organizzati vari incontri nei quali, dopo aver spiegato la finalità dell'incontro, tutto il personale presente procedeva all'analisi degli articoli. Infine, veniva dato spazio alla discussione dei risultati evidenziati dagli articoli, con particolare riferimento alla pratica assistenziale, andando a capire l'effettiva applicabilità del contenuto degli articoli nella pratica clinica. Ogni incontro, infatti, si è concluso con la predisposizione di alcuni spunti per il cambiamento e il conseguente miglioramento dell'attività assistenziale.

Bibliografia di riferimento

DuGan, J.E. (2019) "Keeping You in the Know": The Effect of an Online Nursing Journal Club on Evidence-Based Knowledge Among Rural Registered Nurses. Computers Informatics Nursing 37(4): 190-195.

Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo

"La musicoterapia per i pazienti sottoposti a ventilazione meccanica non invasiva", di Cosentino Natale e Longobardi Anna, Regione di appartenenza Sicilia

Introduzione:
La ventilazione meccanica spesso può essere causa di ansia e disagio nei pazienti. Questi riferiscono sensazione di mancanza di respiro, isolamento sociale, impossibilità di poter comunicare chiaramenteper via dei dispositivi facciali, confusione mentale ed ambientale (per la maggior parte dei casi temporale), senso di sconforto e poca comprensione del loro stato di disagio.
L'uso di una terapia farmacologica convenzionale sullo stato d'ansia del paziente, in modo da permettere una maggiore collaborazione terapeutica, può causare un prolungamento della terapia ventilatoria.
La musicoterapia potrebbe essere uno strumento terapeutico a supporto del paziente in ventilazione.La recente letteratura ha studiato e studia tutt'oggi come questo intervento non convenzionale possa aiutare il paziente nel miglioramento del suo stato d'ansia e nella riduzione di parametri vitali alterati(ad esempio frequenza respiratoria e frequenza cardiaca).

Descrizione dell'esperienza/buona pratica:
L'unità operativa di Medicina Interna dell'azienda ospedaliera "Ospedali riuniti Villa Sofia – Cervello" – P.O. Villa Sofia di Palermo, sulla base degli studi e delle complicanze che possono insorgere sul paziente in ventilazione meccanica, ha deciso di introdurre la musicoterapia nelle stanze di degenza tramite filodiffusione.
Gli esiti di tale intervento sono ancora in fase di definizione, in quanto l'arco temporale di applicazione di tale sistema terapeutico non convenzionale è ancora breve.
Gli esiti attesi, anche da quanto evidenziato dalle recenti revisioni sono i seguenti:

- Riduzione dell'ansia;
- Riduzione del senso di isolamento;
- Maggiore compartecipazione del paziente al trattamento;
- Riduzione dell'uso di farmaci analgesici;
- Riduzione della pressione sistolica;
- Riduzione della frequenza cardiaca e respiratoria

Bibliografia di riferimento

- A musical intevention for respiratory comfort during noninvasive ventilation in the ICU – Jonathan Messika, 2019 Jan. doi: 10.1183/13993003.01873-2018. PMID: 30578396
- Effect of a musical intervention on tolerance and efficacy of non-invasive ventilation in the ICU: study protocol for a randomized controlled trial (MUSique pour l'Insuffisance Respiratoire Aigue - Mus-IRA) – Jonathan Messika, 2016 September. DOI: 10.1186/s13063-016-1574-z PMID: 27618935
- – Aalbers S, Fusar-Poli L, Freeman RE, Spreen M, Ket JC, Vink AC, Maratos A, Crawford M, Chen XJ, Gold C. (2017) Music therapy for depression. Cochrane Database Syst Rev. 16;11(11):CD004517
- – Van der Steen JT, Smaling HJ, van der Wouden JC, Bruinsma MS, Scholten RJ, Vink AC. (2018), Music-based therapeutic interventions for people with dementia. Cochrane Database SystRev.7(7):CD003477.
- Intervento a base di musica: effetti sugli esiti sensibili alle cure infermieristiche – Rivista

L'infermiere N° 3 – 2022. https://www.infermiereonline.org/2022/07/18/intervento-a-base-di-musica-effetti-sugli-esiti-sensibili-alle-cure-infermieristiche/

- Music inverventions for mechanically ventilated patients – Joke Bradt, 2014 December. doi: 10.1002/14651858.CD006902.pub3 PMID: 25490233
- Distractive Auditory Stimuli Alleviate the Perception of Dyspnea Induced by Low-Intensity Exercise in Elderly Subjects With COPD – Kazuya Shingai, 2015 May. PMID: 25587171 DOI: 10.4187/respcare.03533

Music interventions for mechanically ventilated patients – Joke Bradt, 2014 December. https://doi.org/10.1002/14651858.CD006902.pub3

Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo

"Spiritualità e assistenza spirituale: le percezioni degli infermieri. Studio osservazionale", di Stefania Tinti, Università degli studi di Milano

Premesse e scopo dello studio:

La spiritualità rappresenta il bisogno umano di sviluppare un significato. L'infermiere accompagna la persona con bisogno spirituale che deve rientrare nella pianificazione assistenziale. Le linee guida NANDA considerano i bisogni spirituali componente integrante della diagnosi infermieristica valutabili attraverso strumenti validati. Lo studio ha esplorato l'approccio degli infermieri delle medicine e cure palliative alla spiritualità e assistenza spirituale

Materiali e Metodi:

Studio osservazionale trasversale monocentrico con campionamento non probabilistico condotto in una ASST italiana attraverso la somministrazione della Spirituality and Spiritual Care Rating Scale. Lo studio è stato approvato dalla Direzione aziendale con consenso informato, anonimato e privacy

Risultati:

Il tasso di risposta è stato del 69% (59) con un totale di 85 questionari. Il campione era costituito per l'83% (49) da donne (50-59 anni), contratto indeterminato e turnisti; il 3% (2) aveva una formazione specifica in Cure Palliative, il 72% (42) era credente. Il punteggio medio complessivo della scala è risultato 3,70±0,95 mentre nei setting: 3,75±0,98 (Hospice), 3,63±0,81 (Cure Palliative Domiciliari), 3,71±0,97 (Medicine)

Conclusioni:

Il ruolo dell'infermiere nell'assistenza spirituale è significativo, lo studio ha evidenziato un approccio favorevole ed equiparabile nei setting considerati in linea con studi precedenti. Gli infermieri nel rispondere al bisogno spirituale ritengono importante fede, cultura, dignità, ascolto, significato della vita e del fine vita.

Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo

"CASI: un problema per la qualità di vita del paziente e per la gestione di un PICC", di Laura Barbieri, Regione di appartenenza Veneto

Introduzione:
Le linee Guida INS 2016 hanno per la prima volta riconosciuto le MARSI come un effettivo problema per la qualità di vita del paziente e per la gestione del CVC stesso. Nello specifico le MARSI correlate agli accessi venosi centrali vengono chiamate CASI.
La prevenzione di queste lesioni è di fondamentale importanza per evitare l'incremento di costi di gestione e di tempo, il rischio di infezione, di fuoriuscita accidentale e la riduzione di compliance del paziente.

Descrizione dell'esperienza/buona pratica:
Sono un'infermiera specialista in wound care e lavoro in un picc team dove vengono medicati circa 30 picc al giorno di pazienti oncologici. Ci siamo accorti che la prevalenza di CASI era elevata e problematica per la gestione dell'accesso venoso e da ciò è nata l'esigenza di ricercare studi sulla prevalenza di CASI nei pazienti, oncologici e non, e di approfondire le linee guida per la prevenzione e il trattamento. In particolare, è importante utilizzare una classificazione condivisa, identificare i pazienti con cute a rischio di lesioni, selezionare l'adesivo più appropriato, considerare l'applicazione di una barriera protettiva e utilizzare il giusto metodo di rimozione e applicazione del cerotto.
Dopo aver condiviso con i colleghi questo lavoro c'è stata una evidente diminuzione delle CASI (purtroppo non ancora documentata da numeri) sui nostri pazienti.

Bibliografia di riferimento

- McNichol, L., Lund, C., Rosen, T., & Gray, M. (2013). Medical adhesives and patient safety: state of the science: consensus statements for the assessment, prevention, and treatment of adhesive-related skin injuries. Journal of wound, ostomy, and continence nursing: official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society,
- Hitchcock J, Savine L. Medical adhesive-related skin injuries associated with vascular access. Br J Nurs. 2017 Apr 27;26(8):S4-S12. doi: 10.12968/bjon.2017.26.8.S4. PMID: 28453313.
- Management of Central Venous Access Device-Associated Skin Impairment: An Evidence-Based Algorithm (2017) Daphne Broadhurst 1, Nancy Moureau, Amanda J Ullman; World Congress of Vascular Access (WoCoVA) Skin Impairment Management Advisory Panel
- httpswww.britishjournalofnursing.comcontentproduct-focusmedical-adhesive-related-skin- injuries-associated-with-vascular-access-minimising-risk-with-appeel-sterile
- Zhao, H., He, Y., Huang, H., Ling, Y., Zhou, X., Wei, Q., Lei, Y., & Ying, Y. (2018). Prevalence of medical adhesive-related skin injury at peripherally inserted central catheter insertion site in oncology patients. The journal of vascular access, 19(1),

23–27.

- Zhao, H., He, Y., Wei, Q., & Ying, Y. (2018). Medical Adhesive-Related Skin Injury Prevalence at the Peripherally Inserted Central Catheter Insertion Site: A Cross-sectional, Multiple-Center Study. Journal of wound, ostomy, and continence nursing: official publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society, 45(1), 22–25.

Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo

"Il Team Accessi Vascolari dell'Ospedale di Carpi AUSL Modena. Dalla scelta del device alla gestione", di Morselli Anna, Regione di appartenenza Emilia-Romagna

Introduzione

Dalla pubblicazione delle Linee di Indirizzo Regionali sulla buona pratica di cura degli accessi vascolari nel2021, l'Azienda AUSL di Modena ha realizzato una revisione della procedura già in essere sugli accessi vascolari istituendo un Team di Accessi Vascolari Aziendale (suddiviso in più TAV collocati nei diversi contesti Ospedalieri della provincia di Modena). Questo ha permesso di individuare professionisti con competenze specifiche sull'impianto e gestione degli accessi vascolari e che fosse dedicato a tempo pieno all'impianto di accessi vascolari avanzati e di consulenza, mantenendo le competenze e la formazione continua. È stato istituito anche un Board Tecnico Scientifico Aziendale composto da diversi professionisti che si occupano inoltre della verifica dei volumi di attività e del fabbisogno formativo di nuovi impiantatori.

Descrizione dell'esperienza/buona pratica

Il TAV dell'Ospedale di Carpi è composto da cinque infermieri esperti e un medico di riferimento, attraverso la procedura Aziendale vengono definite le competenze del professionista impiantatore eanche le modalità di mantenimento delle competenze stesse nel tempo (il raggiungimento di 100 impianti/anno).

La presenza di un team di accessi vascolari (TAV) permette di rispondere in maniera rapida e precisa allerichieste di impianto valutando anche l'appropriatezza della richiesta.

La scelta del device è un aspetto fondamentale del percorso di cura di un paziente ricoverato in ambito ospedaliero o seguito a livello territoriale, il TAV e il team di cura assieme al paziente devono effettuare una valutazione proattiva e in questo modo giungere alla scelta più idonea per l'assistito che gli permettadi completare il piano terapeutico in sicurezza. All'interno della procedura vengono definiti gli strumenti per la valutazione del patrimonio venoso e la scelta del device più idoneo rispetto alla terapia prescritta. Il TAV supporta gli operatori nella corretta gestione dei device e la corretta applicazione dei bundle affinché si possano evitare lo sviluppo di complicanze infettive e trombotiche. Inoltre il TAV in collaborazione con il Servizio di Formazione Aziendale organizza dei percorsi formativi a tutti gli operatoriche si occupano della gestione dei device, quest'anno sono previste due giornate di formazione a distanza sulla gestione degli accessi vascolari.

Il TAV segue tutto il percorso, che inizia dalla richiesta di impianto al referto, che deve essere correttamente documentato e conservato. La documentazione inerente l'impianto comprende

l'informativa, il consenso, un referto che descrive tutte le fasi di impianto e una scheda di follow up (chesegue il paziente e il device dall'impianto alla rimozione).

Il TAV attraverso la compilazione di un data base, che comprende il numero di impianti, la tipologia di device, numero giornate/catetere e complicanze è in grado di individuare l'emergere di eventuali criticitàda monitorare.

Il vantaggio di un TAV interno che risponde con competenza alle richieste di impianto garantisce una scelta adeguata del device, la salvaguardia del patrimonio venoso periferico, una riduzione delle complicanze e dei costi.

Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo

Bibliografia di riferimento

- Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica di cura degli accessi vascolari. Determinazione delDirettore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare n. 801 del 20/01/2021
- Infusion Therapy Standards of Practice. 8th edition. Revised 2021
- Accessi vascolari centrali ad inserzione centrale. Procedura Azienda AUSL Modena del16/12/2021
- Accessi vascolari periferici e centrali ad inserzione periferica. Procedura Azienda AUSL Modenadel 25/06/2021
- European recommendations on the proper indication and use of peripheral venous accessdevices (the ERPIUP consensus: a WoCoVA project. The Journal of Vascular Access 2021.
- Raccomandazioni GAVeCeLT 2021 per la indicazione, l'impianto e la gestione dei dispositivi peraccesso venoso.

Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo

"Missed Nursing Care: Studio descrittivo sulla percezione degli infermieri afferenti al Dipartimento medico interaziendale e Osco Territoriali della Provincia di Ferrara", di Sottile Francesco e Giordano Domenico, Regione di appartenenza Emilia-Romagna

Introduzione

A Ferrara il percorso di unificazione tra l'Azienda territoriale e quella ospedaliera è attualmente in essere attraverso la messa in comune di servizi, strutture e Dipartimenti su scala provinciale.
Dal 2021 si è dato avvio ad alcuni importanti progetti strategici provinciali (il progetto Azienda Sanitaria Digitale, il Progetto di riqualificazione dell'Ospedale di Argenta: integrazione tra l'Istituto Ortopedico Rizzoli e l'AUSL di Ferrara, il potenziamento della rete degli OSCO e Hospice e la riqualificazione delle Case della Comunità, il Progetto di riqualificazione dell'Ospedale del Delta nell'ambito del Distretto sud-est, l'introduzione dell'Infermiere di comunità, l'attivazione di Unità Operative Complesse a carattere prettamente territoriale.
Nell'ottica dell'unificazione risulta utile definire degli standard professionali con l'obiettivo di uniformare quanto più possibile la qualità delle cure e gli outcomes assistenziali.
Uno degli strumenti per adeguare la qualità delle cure erogate è l'analisi del fenomeno delle Missed Nursing Care, argomento di particolare rilevanza in ambito nazionale e internazionale.
Le Missed Nursing Care esprimono quel fenomeno in cui alcune attività assistenziali proprie degli infermieri non sono erogate a causa di diversi fattori, quali carenza di risorse, di collaborazione nel team o di comunicazione, senza tuttavia che vi sia una esplicita intenzione del singolo professionista a tralasciare.
Il problema è presente anche nella pratica assistenziale italiana ed è sempre più di attualità in quanto è stata dimostrata una correlazione tra la presenza di missed nursing care e l'aumento di outcomes negativi sui pazienti e sugli infermieri.

Obiettivo

L'obiettivo di questo studio è descrivere il fenomeno, indagando la frequenza, la tipologia e le possibili cause delle cure mancate nell'ambito dell'assistenza infermieristica al paziente adulto ospedalizzato, nel contesto delle UU.OO del dipartimento medico ad attività integrata medicina interna e Osco territoriali, nell'ottica di individuare la potenziale utilità di questi dati ai fini manageriali, organizzativi e formativi.

I dati che emergeranno saranno il punto di partenza per una riflessione di ampio respiro che analizzerà cure mancate e loro frequenza in contesti eterogenei sia per staff assistenziale che per complessità assistenziale, evidenziando eventuali differenze secondarie a modelli organizzativi e setting intermedi e per acuti.

Metodi

Lo studio condotto è di tipo descrittivo quantitativo. In fase preliminare è stato condiviso con i coordinatori e ad una rappresentanza dello staffing dei servizi coinvolti un momento formale di presentazione dello studio. Il progetto prevede la somministrazione del questionario MISSCARE attraverso Google Moduli, agli infermieri del Dipartimento medico interaziendale e degli Osco Territoriali della Provincia di Ferrara.

Il questionario è diviso in 3 sezioni:

Sezione anagrafica:

Sono richieste informazioni che riguardano il professionista:

- Età anagrafica
- Anzianità di servizio
- Orario di lavoro h12 o H24
- Titolo di studio
- Azienda di appartenenza

Sezione Cure Mancate:

Sono presenti 28 attività assistenziali per ciascuna delle quali il professionista dovrà indicare quanto spesso quella attività viene omessa o ritardata, utilizzando una scala Likert a 5 punti.

Sezione Possibili Cause delle Missed Nursing Care:

Sono presenti 17 Possibili Cause delle Missed Nursing Care, per ciascuna di queste, il professionista dovrà indicare quanto è rilevante nella mancata/ritardata erogazione delle cure infermieristiche.

Tipologia di risposta a variabile binaria: Poco rilevante / Molto rilevante Il tempo di compilazione previsto è di circa 7-10 minuti. La compilazione del questionario sarà aperta per 30 giorni.

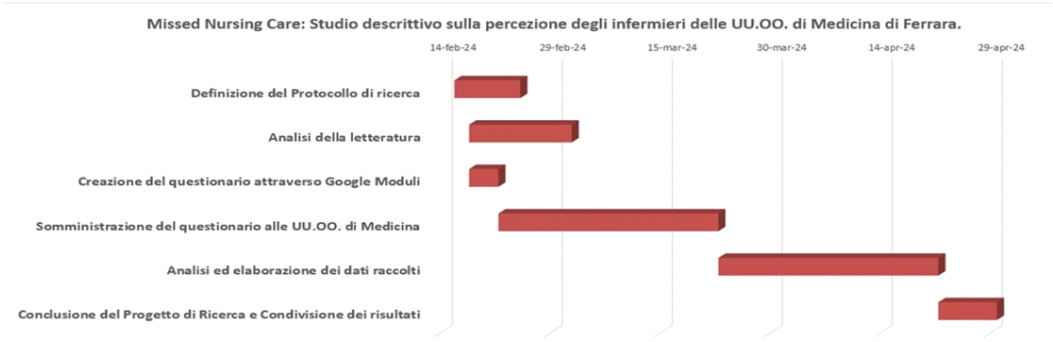
Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo

Cronoprogramma

Diagramma di Gantt

	ATTIVITA	DATA INIZIO	DURATA	DATA FINE
1	Definizione del Protocollo di ricerca	16-feb	9	25/02/2024
2	Analisi della letteratura	18-feb	14	03/03/2024
3	Creazione del questionario attraverso Google Moduli	18-feb	4	22/02/2024
4	Somministrazione del questionario alle UU.OO. di Medicina	22-feb	30	23/03/2024
5	Analisi ed elaborazione dei dati raccolti	23-mar	30	22/04/2024
6	Conclusione del Progetto di Ricerca e Condivisione dei risultati	22-apr	8	30/04/2024



Risultati in corso di definizione

Discussione e Conclusioni

Questo progetto permetterà di individuare eventuali divergenze nell'identificazione delle cure mancate all'interno delle varie UU.OO. di un DAI interaziendale di due Aziende Sanitarie che stanno affrontando il processo di integrazione. Offrirà diversi spunti di riflessione in merito alla correlazione tra cure mancate, modelli organizzativi e standard assistenziali.

Infatti, i diversi contesti indagati sono rappresentativi di differenti modelli assistenziali e di sostanziali differenze di staffing in termini qualitativi e quantitativi, intesi come rapporto infermieri/pazienti e infermieri/ operatori socio-sanitari.

Keywords

"Cure infermieristiche", "omesse", "cure mancate", "Medicina", "Missed Nursing Care".

Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo

"La sorveglianza infermieristica: un processo di qualità", di Talevi Giulia, Regione di appartenenza Marche

INTRODUZIONE:

Si evince dalla letteratura internazionale che, adeguati modelli di assistenza infermieristica, possano ridurre in modo significativo gli esiti negativi sugli assistiti come le cadute, la formazione di lesioni da pressione o la riduzione della durata della ospedalizzazione e, contemporaneamente, favorire gli esiti positivi del percorso di cura come la gestione del dolore o la soddisfazione per gli interventi assistenziali (Butler et al., 2019; Hamilton et al., 2023).

Tra i modelli assistenziali, l'adozione del modello di Nursing Vigilance (Meyer et al., 2005) risulta efficace nella prevenzione di molti eventi avversi, contribuendo al miglioramento della qualità dell'assistenza (Vahidi et al., 2019; Dellefield et al., 2021).

La Nursing Vigilance 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 (Meyer et al., 2005).

Il modello di Nursing Vigilance può essere esplicitato anche con le azioni di Sorveglianza Infermieristica, ovvero le azioni concrete che gli infermieri mettono in atto per rilevare precocemente i bisogni del paziente o eventuali cambiamenti dello stato di salute.

Negli ospedali per acuti, la sorveglianza infermieristica è il processo primario di identificazione dei problemi di salute e di sicurezza del paziente (Peet et al., 2022), e può essere realizzata con l'individuazione di items e attività specifiche nella documentazione.

Un altro elemento essenziale considerato in letteratura è il giro orario di sorveglianza (sia nella fascia diurna che notturna), che consente, ogni 2-3 h, di realizzare una sorveglianza attiva del paziente da parte dell'infermiere attraverso il controllo dello stato di salute a intervalli durante il turno (Bulechek et al., 2008).

Tuttavia, una recente revisione sistematica (Doyon & Raymond, 2023) afferma la necessità di tradurre le evidenze prodotte dalla letteratura sulla Sorveglianza Infermieristica in pratica clinica per avvalorare la relazione positiva con gli esiti di salute prodotti che ad oggi risultano ancora carenti.

Per tale ragione il reparto di Medicina Interna D'urgenza e Subintensiva della Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche ha deciso di implementare, su mandato dell'area Professioni Sanitarie, all'interno della documentazione infermieristica, items specifici correlati alle azioni di Sorveglianza. Gli obiettivi specifici del progetto sono stati:

- Migliorare la qualità dell'handover infermieristico,
- Favorire una collaborazione tra personale infermieristico e personale di supporto,
- Ridurre l'approccio reattivo ai bisogni di salute del paziente,
- Effettuare una adeguata correlazione tra le attività di sorveglianza documentate e gli esiti sensibili alla assistenza.

DESCRIZIONE DELL'ESPERIENZA/BUONA PRATICA:

Il progetto si è articolato su più fasi consecutive: il primo step è stato la realizzazione di un gruppo di miglioramento volto alla individuazione degli items di Sorveglianza significativi per la realizzazione della documentazione. La seconda fase ha previsto l'implementazione della scheda come fase pilota.

Il terzo step è stato orientato alla verifica dell'implementazione della scheda ed individuazione delle azioni di miglioramento.

La quarta fase ha previsto l'implementazione della scheda definitiva e la quinta e ultima fase prevede una valutazione medio e lungo termine dei risultati prodotti dall'introduzione della scheda di Sorveglianza integrata, mediante aud documentali e verifica degli esiti prodotti.

1° FASE: Formazione di un Gruppo di Miglioramento per la realizzazione delle Scheda da inserire nella Documentazione Infermieristica.

È stato costituito un Gruppo di lavoro coordinato dall' Incarico di Funzione Organizzativa di SOD (Struttura Organizzativa Dipartimentale) che ha coinvolto 12 Infermieri dell'unità operativa, 6 assegnati al settore Ordinario e 6 al settore Subintensivo.

Sono stati effettuati, come formazione accreditata ECM, n.3 incontri periodici in presenza su un arco temporale di due mesi, tra Marzo ed Aprile 2023.

L'identificazione delle azioni utili alla realizzazione della Sorveglianza e l'inserimento delle stesse nella cartella infermieristica hanno richiesto un'attenta analisi della letteratura e una declinazione delle azioni inerenti al processo di Sorveglianza rilevanti nella pratica quotidiana.

Gli incontri del Gruppo di Miglioramento si sono conclusi con la redazione condivisa delle schede da inserire nella cartella Infermieristica, in particolare nell'aggiornamento della "Scheda Parametri" e nella realizzazione della Scheda di "Monitoraggio Assistenziale".

Indicatore di Processo:

1- n° Infermieri che hanno partecipato al Gruppo di Miglioramento per la redazione delle Schede / n° Infermieri coinvolti. Risultato atteso: standard 100%;

Indicatore di Esito:

1-Elaborazione delle Schede di Monitoraggio Assistenziale. Risultato atteso: creazione del documento entro 2 mesi.

2° FASE: Condivisione delle schede di sorveglianza e conduzione di uno studio pilota per l'implementazione delle schede di "Monitoraggio Parametri" e "Monitoraggio Assistenziale".

Sono stati realizzati due incontri in videoconferenza che hanno coinvolto tutti gli Infermieri ed OSS della SOD per la condivisione delle schede e le modalità di implementazione all'interno della documentazione infermieristica.

È stato prodotto anche un video tutorial per la compilazione delle schede, consultabile da tutti i professionisti che non hanno partecipato alla formazione in video conferenza.

A seguito degli incontri, le schede sono state introdotte nella documentazione Infermieristica della SOD, nel mese di Settembre 2023.

Indicatori di Processo:

1- n° Infermieri che hanno partecipato alla formazione in videoconferenza o visualizzato il video tutorial / n° Infermieri. Risultato atteso: standard 100%;

2- n° Operatori Socio Sanitari che hanno partecipato alla formazione in videoconferenza o visualizzato il video tutorial / n° Operatori Socio Sanitari. Risultato atteso: standard 100%.

Indicatore di esito:

1-Implementazione delle schede di sorveglianza. Risultato atteso: implementazione delle schede dal 01 al 30/09/2023.

3° FASE: Verifica del processo di implementazione ed introduzione di aspetti migliorativi.

Dopo 30 giorni di utilizzo delle schede di sorveglianza è stato realizzato un Focus Group con Infermieri e OSS per la valutazione del processo di implementazione. Sono stati analizzati i punti di forza e di criticità della nuova documentazione e gli aspetti da migliorare.

Indicatori di Processo:

1- n° Infermieri che hanno partecipato al Gruppo di Miglioramento per la redazione delle Schede / n° Infermieri coinvolti. Risultato atteso: standard 100%;

2- n° Operatori Socio Sanitari presenti agli incontri del Gruppo di Miglioramento / n° coinvolti. Risultato atteso: standard 100%.

3- n° di segnalazioni dei colleghi infermieri analizzate / n° totale delle segnalazioni analizzate. Risultato atteso: standard 100%

Indicatore di Esito:

1- Elaborazione della versione definitiva delle Schede di Monitoraggio Assistenziale. Risultato atteso: creazione del documento entro 7 giorni.

4° FASE: Implementazione della versione definitiva delle Schede

Il gruppo di lavoro ha quindi elaborato un'istruzione operativa con la definizione della corretta modalità di utilizzo delle schede di sorveglianza. La condivisione con il personale della SOD è stata effettuata dall'IFO tramite riunione e realizzazione di video tutorial. Le schede definitive sono state implementate il 13/10/2023.

Indicatori di Processo:

1- n° Infermieri che hanno partecipato alla formazione in videoconferenza o visualizzato il video tutorial / n° Infermieri. Risultato atteso: standard 100%;

2- n° Operatori Socio Sanitari che hanno partecipato alla formazione in videoconferenza o visualizzato il video tutorial / n° Operatori Socio Sanitari. Risultato atteso: standard 100%.

Indicatore di Esito:

1- Elaborazione dell'istruzione operativa per la compilazione delle schede Risultato atteso: realizzazione del documento entro 15 giorni.

5°FASE: Valutazione esiti a medio e lungo termine.

Dopo sei mesi dalla implementazione delle schede l'Area Professioni Sanitarie provvederà alla realizzazione di audit documentali per la valutazione dell'implementazione della documentazione con una scheda realizzata ad hoc, valutando la correttezza e la completezza delle osservazioni rilevate.

A distanza di un anno dalla implementazione l'IFO di SOD e l'IFO Dipartimentale valuteranno l'impatto dell'introduzione della scheda di sorveglianza su esiti sensibili alla assistenza infermieristica all'interno del reparto (cadute, lesioni da pressione, rimozione accidentale dei devices).

Indicatore di Esito:

1- Conformità delle schede analizzate alla griglia di valutazione dell'Area Professioni Sanitarie. Risultato atteso: conformità del 80% delle schede analizzate.

2 – Riduzione degli esiti negativi legati all'assistenza. Risultato atteso: presenza di correlazione positiva tra implementazione dei giri di sorveglianza e qualità dell'assistenza erogata.

Conclusioni

La realizzazione del progetto di implementazione degli items della Sorveglianza all'interno della documentazione infermieristica, seppur ancora in fase di valutazione, ha già mostrato esiti positivi. La comprensione e l'aderenza del personale Infermieristico e OSS al processo di Sorveglianza come un intervento di valore per il paziente è coerente con il quadro di riferimento aziendale, volto alla promozione della sicurezza del paziente. Inoltre, attraverso un puntuale tracciamento delle azioni di sorveglianza effettuate sull'assistito, è possibile dare evidenza della correlazione che esiste tra azione infermieristica ed esiti assistenziali. La rilevazione degli esiti sensibili alla assistenza costituisce un elemento strategico per tutti i sistemi sanitari, poiché la valutazione dell'efficacia degli interventi può fornire informazioni appropriate per orientare verso un miglioramento della qualità delle cure.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

Bulechek G. M., Butcher H. K., Dochterman J. M. (Eds.). (2008). Nursing Interventions Classification (NIC) (5th ed.). St. Louis, MO: Mosby.

Butler, M., Schultz, T. J., Halligan, P., Sheridan, A., Kinsman, L., Rotter, T., Beaumier, J., Kelly, R. G., & Drennan, J. (2019). Hospital nurse-staffing models and patient- and staff-related outcomes. The Cochrane database of systematic reviews, 4(4), CD007019. https://doi.org/10.1002/14651858.CD007019.pub3

Dellefield, M. E., Madrigal, C. B., Verkaaik, C., & Close, J. (2021). Nursing surveillance and immediate jeopardy in Veteran Health Administration community living centers unannounced survey program 2018 to 2019. Nursing outlook, 69(2), 182–192. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2020.11.002.

Doyon, O., & Raymond, L. (2024). Surveillance and patient safety in nursing research: A bibliometric analysis from 1993 to 2023. Journal of advanced nursing, 80(2), 777–788. https://doi.org/10.1111/jan.15793.

Hamilton, W., Javed, M., Orina, J., Pierce, T., Campbell, C. M., Williams, K., Foots, L., 3rd, Levenson, J., Robins, K., Hodson, P., McCarthy, M., Patrician, P. A., & Swiger, P. A. (2023). Components, Implementation, and Outcomes of a Nursing Professional Practice Model: A Systematic Review. Nursing administration quarterly, 47(1), 84–93. https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000554

Meyer, G., & Lavin, M. A. (2005). Vigilance: the essence of nursing. Online journal of issues in nursing, 10(3), 8.

Peet, J., Theobald, K. A., & Douglas, C. (2022). Building safety cultures at the frontline: An emancipatory Practice Development approach for strengthening nursing surveillance on an acute care ward. Journal of clinical nursing, 31(5-6), 642–656. https://doi.org/10.1111/jocn.15923

Vahidi, M., Ebrahimi, H., Areshtanab, H. N., Jafarabadi, M. A., West, S., Foong, A., & Cleary, M. (2019). Providing a Safe Environment in a Psychiatric Ward: Nurses and Vigilance in Iran. Issues in mental health nursing, 40(1), 65–72. https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1463326

Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo

""Lose the tube": Criteri di appropriatezza per l'inserimento del catetere vescicale" di Bartolomei Alice e Mercatelli Sara, Regione di appartenenza Toscana

Introduzione:
Le infezioni delle vie urinarie (IVU) sono le più comuni fra quelle correlate all'assistenza. Circa l'80% di queste infezioni sono correlate al cateterismo vescicale-Catheter Associated Urinary Tract Infection (CAUTI). Ogni giorno di permanenza del catetere vescicale aumenta del 5% la possibilità di sviluppare una batteriuria asintomatica. Queste complicanze, talvolta prevenibili, possono aumentare i giorni di degenza e anche la mortalità dei pazienti più fragili. Uno studio effettuato al Sunnybrook Health Centre in Toronto ha dimostrato che il 18% dei pazienti ricoverati erano stati cateterizzati senza una ragione appropriata e che nella maggior parte dei casi la rimozione del catetere avveniva in maniera del tutto casuale. Proprio da qui è partita l'iniziativa multidisciplinare "Lose the Tube" basata sulle raccomandazioni "Choosing Wisely Canada" che ha dimostrato come la prevenzione delle infezioni correlate all'utilizzo del catetere vescicale, trova nella decisione di inserire o rimuovere tempestivamente il catetere vescicale, la sua misura principale. Proprio a tal fine sono stati introdotti degli strumenti, che in base a delle raccomandazioni precise, possono guidare gli infermieri e i medici nella gestione appropriata del catetere. Per quello che riguarda la rimozione tempestiva sono stati introdotti due misure che mantengono la consapevolezza da parte degli operatori della presenza del dispositivo e la necessità della rimozione: Reminder e Step-order. I reminder possono essere check-list o semplicemente post-it da allegare alla documentazione dell'assistito. Lo Step- Order ordina i passi da seguire, in questo caso inerenti all'appropriatezza dell'inserimento e della rimozione del catetere vescicale.

Descrizione dell'esperienza/buona pratica:
Nel reparto di Medicina Interna della Valtiberina è stato creato un gruppo multidisciplinare per la creazione di uno step-order da integrare alla documentazione infermieristica già in uso che indicasse in maniera chiara e definita i criteri di appropriatezza per il posizionamento e la rimozione del catetere vescicale. Questo strumento richiede che la prescrizione del catetere vescicale venga valutata e rinnovata dal medico in collaborazione con l'infermiere ogni 24/48 dopo il ricovero e ne venga prescritta la rimozione quando i criteri al posizionamento vengono a mancare. L'utilizzo di questo strumento è iniziato nel 2023. I dati relativi a quell'anno dimostrano una riduzione dei giorni di permanenza del catetere vescicale da 5 a 3 e che le CAUTI hanno subito una riduzione dal 3 al 2,3%. Questi dati sono in linea con le raccomandazioni della" Choosing Wisely Canada"e dimostrano come una riduzione dei giorni di posizionamento del catetere vescicale possa ridurre l'incidenza delle CAUTI. Inoltre, l'introduzione di uno strumento chiaro e in linea con le direttive LEAN ha aumentato l'attenzione degli operatori alla gestione del catetere vescicale e alla sua rimozione non più casuale.

Bibliografia di riferimento
- Mulcare MR, Rosen T. A Novel Clinical Protocol for Placement and Management of Indwelling Urinary Catheters in Older Adults in Emergency Department. 2015
- Choosing Wisely Canada, Lose the tube, 2019
- Leis Ja, Corpus C. Indwelling urinary catheter surveillance using a task-oriented nurse acuity system, 2025

Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo

Abstract

"L'implementazione del Caring Massage®" nell'Azienda ASL Toscana Sudest: strutturazione di uno studiopilota qualitativo", di Panconi Andrea, Regione di appartenenza Toscana.

Introduzione:
Nella nostra esistenza il tatto ha una rilevanza fondamentale rispetto agli altri sensi. Il tatto rappresenta il senso della prossimità e della reciprocità; infatti, si può affermare che "non si può toccare senza essere toccati". Il caring massage® è un massaggio a pressione moderata, lento e rispettoso. Nasce da un'esperienza ventennale di massaggio nel contesto di cura della scuola "Con-tatto e affettività "di Torino Si pratica allo scopo di procurare benefici psico-fisici, migliorare la relazione terapeutica e l'ascolto. È rivolto ad assistiti e personale.
Si propone lo sviluppo del con-tatto come competenza di base dell'assistenza infermieristica e elemento di cura attraverso l'adozione del caring massage®, tale pratica infermieristica permette all'infermiere di recuperare quel contato che predispone la relazione e l'affettività
Descrizione dell'esperienza/buona pratica:
Le attività condotte dal 2019 nell'ambulatorio infermieristico dell'Ospedale Misericordia di Grosseto portano verso l'analisi dei trattamenti gestiti secondo le tecniche del caring massage®,
La sinergia con l'UOSD Benessere Organizzativo Aziendale ha permesso d'implementare l'affluenza degli assistiti e permesso la sostenibilità per la strutturazione di uno studio pilota di tipo fenomenologico qualitativo in fase di realizzazione che ha lo scopo di rafforzare il contatto e l'affettività come tempo di cura.I colloqui, l'osservazione diretta, il diario riflessivo, l'adozione del modello GNNN (Gordon e Tassonomia NNN) l'uso di scale Likert hanno consentito la rilevazione di dati quali-quantitativi rilevanti
Modificazioni significative verso il miglioramento dei valori delle scale likert utilizzate per la registrazione dei parametri vitali monitorizzati in progress durante il percorso di trattamento. Testimonianza del miglioramento della percezione della qualità di vita della persona trattata attraverso la condivisione con l'assistito del suo diario riflessivo.
I risultati ottenuti sono tali da confortare la prosecuzione delle attività dell'ambulatorio e pone le basi per proseguire la realizzazione dello studio pilota a sostegno del modello di cura proposto.

Bibliografia di riferimento (max 10 anni)

-Airosa, F., Arman, M., Sundberg, T., Öhlén, G., & Falkenberg, T. (2016). Caring touch as a bodily anchor for patients after sustaining a motor vehicle accident with minor or no physical injuries-a mixed methods study. BMC complementary and alternative medicine, 16(1), 106.
-De Luca, E., & Papaleo, L. (2010). Il Nursing del contatto: l'esperienza del tocco e l'affettività nelle cure infermieristiche. L'infermiere, 39-41.
-Field, T. (2016). Massage therapy research review. Complementary therapies in clinical practice, 20(4), 224-229.
Harris, M., & Richards, K. C. (2010). The physiological and psychological effects of slow-stroke back massage and hand massage on relaxation in older people. Journal of clinical nursing, 19(7-8), 917-926
-McFeeters, S., Pront, L., Cuthbertson, L., & King, L. (2016). Massage, a complementary therapy effectively promoting the health and well-being of older people in residential care settings: a review of the literature. International journal of older people nursing, 11(4), 266-283
-Smart, D., English, A., James, J., Wilson, M., Daratha, K. B., Childers, B., & Magera, C. (2014). Compassion fatigue and satisfaction: A cross-sectional survey among US healthcare workers. Nursing & health sciences, 16(1), 3-10
-Thompson, A., Wilson, M., James, T., Symbal, J., & Izumi, S. (2013). Feasibility study to implement nurse-delivered massage for pain management. Journal of Hospice & Palliative Nursing, 15(7), 403-409.

Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo

"Umanizzare le cure è possibile: sapere, saper fare e Saper Essere Infermiere", di Visintin Cristina, Regione di appartenenza Toscana

Introduzione:

L'infermiere di famiglia e comunità (IFeC) nell'Azienda ASL Toscana Sudest, conosce, pensa e agisce l'assistenza infermieristica sul territorio e garantisce la presa in cura della persona grazie all'adozione del modello G.N.N.N. (accertamento infermieristico di M. Gordon, Nanda International, Nursing Outcomes Classification, Nursing Interventions Classification) che permette di valutare la persona in senso olistico, pianificare e misurare gli esisti assistenziali

Descrizione dell'esperienza/buona pratica:

La Signora B. vive da sola in una piccola casa in un paese dell'Area Grossetana.
Da due anni, le sono comparse delle lesioni sulle gambe a causa dell'insufficienza venosa.
Ben presto, le lesioni cutanee, si sono trasformate in ulcere sanguinanti, provocando dolore e ipomobilità. Cristina l'IFeC, secondo il modello GNNN, rileva i modelli disfunzionali e pianifica l'assistenza. La diagnosi infermieristica prioritaria individuata dopo l'accertamento è "integrità tissutale compromessa". Nonostante le medicazioni ad alto costo, le consulenze di infermieri wound care e visite specialistiche, le ulcere non migliorano. Cristina decide di dedicare del tempo alla signora e dopo l'ennesima medicazione rimane e ascolta la sua storia, scopre che è una bravissima sarta, il marito è deceduto, era lui che l'accompagnava al primo piano alla macchina da cucire ma ora non riesce più a salire da sola. Cristina ripensa alla narrazione della Signora e attraverso il giudizio clinico riformula l'accertamento infermieristico e identifica una nuova diagnosi infermieristica "Disponibilità a migliorare il lutto"; Cristina recupera la macchina da cucire e motiva la signora a realizzare coperte
Dopo 2 mesi, quasi tutte le ulcere mostrano un notevole miglioramento con riparazione tessutale quasi completa. La Signora, continuando a cucire, ha finalmente "ricucito le proprie ferite"

Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo

Dott. Rossi Emanuele

Medicina Interna Universitaria del Policlinico di Bari

Premises-study aim

Healthcare-associated infections (HAI), infections acquired by patients during their stay in a hospital or another healthcare setting have been an increasingly severe issue worldwide, owing to reduced efficacy of antibiotics and disinfectants. With this narrative review we aim to summarize the latest evidence on this matter with a focus on disinfectant usage, thus increasing healthcare providers awareness as well as improving treatment efficacy and cost-effectiveness.

Materials-methods

MEDLINE, EMBASE and Web of Science have been searched for original research, RCTs, systematic reviews and meta-analyses by using "HAI" and "healthcare associated infections" as keywords: about 98 papers from 2010 onward have been screened and used for this review.

Results

Literature data highlights a sharp increase in HAI incidence, directly correlating with rising antibiotic resistance and reduced effectiveness of common disinfectants, such as iodine and chlorexidine. Furthermore, HAI are responsible for increased inpatient costs and worse outcomes, such as rehospitalization and all-cause survival. The issue is further complicated by inadequate training of healthcare professionals, leading to more frequent cases of HAI.

Conclusions

An adequate HAI awareness and training campaign, geared towards healthcare professionals, caregivers and patients' families might be useful in improving prevention and treatment strategies. A European-wide solution proposes to create a website where diseases such as Enterobacteria carbapenems-resistant are notifiable diseases under national legislation.

Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo

"Il Safety Briefing in area critica: l'esperienza della Medicina d'Urgenza dell'ASL di Biella", di Paola Ariatta, Regione di appartenenza Piemonte

Introduzione:

Una comunicazione inefficace è responsabile di più del 60% degli eventi avversi ospedalieri, come riportato dalla Joint Commission. (1)

Il passaggio di consegne rappresenta un momento chiave dell'assistenza infermieristica e può essere svolto secondo diversi metodi. Uno di questi è il sistema SBAR, che prevede le consegne a letto del paziente ed è correntemente considerato la "best practice" per una comunicazione efficace e sicura nei contesti di area critica. (2)

Tuttavia, nei reparti che gestiscono flussi di pazienti in rapido peggioramento, c'è il rischio di perdere alcune informazioni chiave utili all'equipe. Uno strumento che può essere usato per ridurre tale rischio è il Safety Briefing (SB).

Il Safety Briefing può essere descritto come una breve riunione di reparto, che si svolge all'interno di un'equipe multidisciplinare di operatori sanitari, con lo scopo di aumentare la consapevolezza situazionale del team e quindi migliorare direttamente la sicurezza del paziente. (3)

La letteratura evidenzia che i briefing sulla sicurezza creano un ambiente dove gli operatori parlano apertamente migliorandone l'efficienza, l'anticipazione di eventi avversi e la pianificazione assistenziale. (3)

Descrizione dell'esperienza/buona pratica:

Dopo aver preso singolarmente e secondo il metodo SBAR le consegne per i pazienti in carico per quella turnazione, infermieri ed OSS hanno condotto una breve riunione (circa 5 minuti), in cui venivano segnalate condizioni a rischio per la sicurezza del paziente, oppure informazioni salienti che meritavano di essere note a tutta l'equipe. Il focus era quello di intercettare possibili eventi avversi e di segnalare condizioni a rapido peggioramento.

A livello qualitativo, i risultati hanno mostrato più coesione e comunicazione all'interno del team e una maggior continuità nella presa in carico del paziente.

È stato possibile prevenire potenziali errori nell'assistenza ed intervenire tempestivamente in situazioni di aggravamento clinico. Il Safety Briefing non ha influito negativamente sull'organizzazione quotidiana del reparto, ma è stato accolto con favore dal personale coinvolto; tuttavia, la durata della riunione è risultata mediamente superiore ai 5 minuti.

L'obiettivo per il futuro è di ridurre la durata del briefing, raggiungendo così gli standard previsti in letteratura ed estendere questo progetto innovativo anche ad altre realtà dell'ASL di Biella.

Bibliografia di riferimento (max 10 anni):

1. The Joint Commission. Sentinel event data: root causes by event type 2004–2014.
2. M. Müller et al. Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review. BMJ Open 2018; 8.
3. B. Fazzini et al. Intensive & Critical Care Nursing. 2023, 74.

Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo

"Leadership inclusiva e le nuove sfide di attrattività del personale infermieristico in area medica", di Daniele Asso e di Baiardi Cristina, Regione di appartenenza Liguria

Introduzione:

Le aree di medicina interna contano sempre di più su gruppi diversificati e multidisciplinari, che combinano capacità di uomini e donne, con diverso background culturale, età, etnia, religione e orientamento sessuale.

Le diversità sono un valore aggiunto, ormai le multinazionali a vario titolo lo hanno compreso bene e si stanno facendo promotrici attive di inclusione lavorativa, consapevoli che sia un fattore di crescita, di competitività, e di migliori risultati.

Anche nell'ambito sanitario è divenuto opportuno andare a ricercare modelli di leadership sanitaria inclusiva. La resistenza culturale a paradigmi tradizionali vigenti all'interno delle organizzazioni risultano essere i fattori più ricorrenti, quali limiti al cambiamento e alla possibilità di arricchimento.

La leadership inclusiva non è solo un concetto, ma diventerà una pratica dell'innovazione aziendale, con lo scopo di ricercare continua motivazione e valorizzazione dell'empowerment dei gruppi di lavoro all' interno delle nostre unità operative di medicina interna.

I manager a vario titolo saranno chiamati a guidare questo cambiamento, in cui ogni voce ascoltata sarà un talento valorizzato.

Bibliografia di riferimento (max 10 anni)

DIVERSITY & INCLUSION IN AZIENDA
L'esperienza dell'Osservatorio D&I di UN Global Compact Network Italia
Diversity, Inclusive Leadership, and Health Outcomes. Elizabeth H Bradley May 2020
Challenging gender stereotypes and advancing inclusive leadership in the operating theatre, Rebecca D Minehart , Erica Gabrielle Foldy , Jennifer A Long , Jennifer M Weller. Mar 2020
Inclusive leadership and voice behavior: The role of psychological empowerment, Amjad Younas , Daoping Wang , Basharat Javed , Adnan Ul Haque . Mar 2023

Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo

"Implementazione assistenza personalizzata con modello Primary Nursing e pianificazione assistenziale"
di Silvana Mecheroni, Regione di appartenenza Toscana

Introduzione: Il Dipartimento delle Professioni Infermieristiche ed Ostetriche dell'Azienda ASL Toscana Sudest sta implementando un Modello di Pratica Professionale che fornisce sia le basi teoriche, sia l'infrastruttura pratica per determinare un cambiamento culturale allo scopo di offrire cure empatiche e un'assistenza infermieristica personalizzata, rendendola tracciabile e misurabile.

Descrizione dell'esperienza/buona pratica: Implementazione in tutte le Aree Mediche aziendali del modello organizzativo Primary Nursing, del processo assistenziale con la pianificazione personalizzata dell'assistenza infermieristica attraverso l'accertamento infermieristico con il modello di M. Gordon, i linguaggi internazionali per le diagnosi infermieristiche - NANDA International, gli obiettivi - Nursing Outcome Classification e gli interventi - Nursing Intervention Classification (modello GNNN). Utilizzo di un cruscotto di monitoraggio elaborato ad hoc.
Alla fine dell'anno 2023 il modello organizzativo è stato implementato nell'80% delle Aree Mediche dell'azienda Asl Toscana Sudest. È stato possibile analizzare: l'applicazione dell'accertamento infermieristico e delle schede di valutazione mirate, le diagnosi infermieristiche, gli obiettivi e gli interventi prevalenti. Abbiamo documentato esiti assistenziali di miglioramento nell'80% degli assistiti. L'utilizzo di modelli organizzativi e della pianificazione assistenziale con l'utilizzo del modello GNNN rende tracciabili e soprattutto misurabili gli esiti sensibili all'assistenza infermieristica erogata.

Bibliografia di riferimento (max 10 anni)

- Koloroutis M. Cure basate sulla relazione. Un modello per trasformare la pratica clinica. Casa Editrice Ambrosiana; 2015.
- Gordon M. Diagnosi infermieristiche. Processo e applicazioni. Casa Editrice Ambrosiana: 2009.
- Nanda International Diagnosi Infermieristiche Definizione e Classificazione 2021 – 2023. Dodicesima edizione; Casa Editrice Ambrosiana: 2021.
- Moorhead S. et altri Classificazione NOC dei risultati infermieristici. Misurazione dei risultati di salute. Terza edizione italiana; Casa Editrice Ambrosiana 2020.
- McCloskey Dochterman J. Classificazione NIC degli interventi infermieristici. Terza edizione italiana; Casa Editrice Ambrosiana 2020.

Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo

"Cambio rotta Passaggio a Sud Est" di Elisa Sica, Migliorucci Roberto e Tellini Sabrina, Regione di appartenenza Toscana

Introduzione:
La Regione Toscana, in ambito ospedaliero, con la legge n° 22 del 2000 e la successiva n° 40 del 2005, prevede la riorganizzazione delle attività ospedaliere in aree differenziate secondo le modalità assistenziali, l'intensità di cure, la durata della degenza e il regime di ricovero, superando l'articolazione per Unità Operative differenziate secondo la disciplina specialistica.
Tale riorganizzazione, ha reso necessario l'adozione di strumenti di lavoro utili alla misurazione della complessità assistenziale/severità clinica di ogni singolo assistito allo scopo di garantire il setting/posto letto appropriato; In un contesto così complesso che ha visto la fusione di tre usl, il Dipartimento Infermieristico ed Ostetrico ha adottato il modello delle cure basate sulla relazione come modello di riferimento con l'obiettivo di garantire cure empatiche e un'assistenza infermieristica personalizzata in grado di promuovere la continuità delle cure tra Ospedale e Territorio. L' adozione del modello organizzativo assistenziale infermieristico Primary Nursing ed il riconoscimento delle reti professionali di infermieri specialisti, (accessi vascolari, lesioni, nutrizione, infezioni, infermieri di comunità e famiglia) ha permesso la presa in cura della persona assistita, della famiglia e della comunità nei vari ambiti di cura. L 'applicazione del Primary Nursing (PN) nell'Area Medica del P.O. Nottola, nasce dall'esigenza di migliorare l'attuale modello organizzativo che caratterizza l'assistenza infermieristica. Il PN si basa sulla assegnazione chiara della singola persona assistita ad un Infermiere "referente" che sarà responsabile della pianificazione assistenziale durante il ricovero fino alla dimissione, sette giorni su sette h24. Si genera così una forte relazione infermiere-assistito che, evidenze alla mano, migliora l'aderenza della persona alle cure, facilita i processi educativi ed assicura la personalizzazione delle attività".

Descrizione dell'esperienza/buona pratica:
obiettivi:

- la presa in cura della persona assistita mediante la personalizzazione dell'assistenza infermieristica;
- lo sviluppo della relazione con l'assistito e la famiglia;
- la continuità delle cure sia in ambito ospedaliero che territoriale;
- qualità e sicurezza delle cure;
- soddisfazione dell'assistito, dei suoi familiari e degli operatori.

Risultati attesi

- Assegnazione di un infermiere di riferimento;
- Introduzione del processo di assistenza con delle tassonomie che garantiscono l'utilizzo di un linguaggio disciplinare basato sulle ultime evidenze scientifiche;
- Garanzia di una equità nel processo di assistenza e documentazione unica con il territorio e tra setting affini in tutto il territorio dell'azienda.

Prima fase - introduzione e preparazione: riunione informativa con tutte le figure professionali dell'area medica sul modello organizzativo Primary Nursing che si vuole attuare all'interno dei setting.

Seconda fase - formazione : tre Giornate di formazione dei Caring Leaders, Coordinatori e staff, dalle 9 alle 18, con esperti per permettere l'acquisizione di competenze sulla pianificazione dell'assistenza, sul nuovo modello organizzativo (lavoro di gruppo); formazione del gruppo sulle fasi del processo di Nursing

e i principi del PN focus sull'accertamento, diagnosi infermieristiche e PAI; accertamento, acquisizione terminologia e metodica dei turni per gli operatori Infermieri e oss; sviluppo di piani assistenziali con le diagnosi Nanda specifiche di area medica; elaborazione di piani assistenziali e check-list di monitoraggio (compilazione da parte dei Caring Leaders sull'andamento dell'implementazione); elaborazione di questionario da sottoporre ai pazienti e/o utenti sulla percezione della presa in cura CBR.

Terza fase - progettazione: impostazione delle fasi di implementazione insieme al coordinatore e ai caring leaders, elaborazione e condivisione GANTT del progetto; definizione Job Description dell'infermiere Primario/Associato – Ruolo dell'OSS; analisi delle risorse umane (analisi del cruscotto), strumentali (pc, carrelli, tabelloni), organizzative/logistiche necessarie (predisposizione del turno con colori), riorganizzazione spazi e supporto informatizzato con eventuali modifiche di Pleiade. Condivisione con la parte medica, del progetto e della sua implementazione con riunione, dove è presente anche la direzione di presidio.

Quarta fase - implementazione: realizzazione vera e propria del modello Primary Nursing, con supporto sul campo dei CL, dello staff e del coordinatore infermieristico (turni).

Quinta fase – monitoraggio: rilevazione dell'andamento dell'implementazione all'interno del setting. Organizzazione di una prima riunione di equipe ad un mese di distanza all'avvio del nuovo modello organizzativo, programmando anche riunioni con frequenza trimestrale per monitorare l'andamento e i risultati prodotti dall'applicazione del modello, con analisi dei risultati dei questionari sottoposti aipazienti e caregivers nel trimestre precedente.

Bibliografia di riferimento (max 10 anni)

.Heateher Herdman, Shigemi Kamitsuru, Camila Takao Lopes, (2021-2023)
Nanda International Diagnosi Infermieristiche Casa Editrice Ambrosiana

- McCloskey Dochterman, J., Bulechek G., Wagner C.M., Butcher H.K., (2020) *"Classificazione NIC degli interventi infermieristici"*
- Moorhead S., Johnson M., Maas M., Swanson E., (2020)
- *"Classificazione NOC dei risultati infermieristici"* Casa Editrice Ambrosiana
- *Susan Wessel, Marie Manthey, (2022) "Primary nursing Assistenza infermieristica centrata sulla relazione con la persona assitita")* Casa Editrice Ambrosiana
- Accertamento infermieristico Notes Raccolta dei dati e ragionamento diagnostico di Marjory Gordon – Ed, Minerva Medica, Torino 2010
- Yvonne Willems Cavalli, Susanna Brilli "Pprimary Nursing un modello applicato: Esperienza nella Svizzera italiana presso l'Ente Ospedaliero Cantonale" Casa Editrice Ambrosiana, Milano 2020

Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo

"Demenza e Cure Palliative nell'Assistenza Infermieristica. Una Revisione della Letteratura", di Stefania Tinti, Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Milano, Sezione di Rho

Premessa e scopo. La mancata comprensione e consapevolezza negli stadi più avanzati di malattia, ha portato alla stigmatizzazione della demenza, percepita come una patologia senza cura che porta la persona a dover sempre rinunciare alla propria autonomia ed autodeterminazione.
Questa revisione si pone lo scopo di indagare lo stato dell'arte in merito ai diritti delle persone affette da demenza, nella fase terminale della vita, nonché il ruolo dell'infermiere nel processo di assistenza e cura.
Materiali e metodi. È stata condotta una revisione narrativa della letteratura secondo il PRISMA Statement adattato includendo gli studi in lingua italiana ed inglese pubblicati negli ultimi dieci anni, pertinenti al quesito di ricerca, formulato mediante il modello PIO.
Risultati. 10 articoli sono stati inclusi nella revisione. Sebbene poco emerga in letteratura riguardo al ruolo dell'Infermiere palliativista nel processo di presa in carico della persona con demenza, esso si inserisce come parte integrante dell'equipe e viene riconosciuto oltre che per le competenze specifiche nel processo assistenziale, anche con il ruolo di garante nella difesa dei diritti e dell'autodeterminazione dell'assistito.
Conclusioni. L'assistenza nel fine vita richiede decisioni complesse, spesso assunte dai familiari a causa della ridotta capacità cognitiva della persona. Comprendere gli ostacoli che impediscono alle persone di stipulare le DAT, iniziando dalla conoscenza dei professionisti sanitari in merito, potrebbe contribuire ad alleviarne la sofferenza e raggiungere una migliore qualità di vita.

Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo

"Interventi per la lotta alla sepsi. Sperimentazione di una check per la valutazione della qualità della fase pre-analitica del prelievo di sangue per emocoltura", di Daniela Accorgi, Regione di appartenenza Toscana

Introduzione:

La Regione Toscana ha "riorganizzato" (Delibera di Giunta n° 1489/2018) [1] i Comitati Controllo Infezioni Correlati all'Assistenza così come previsti dalla *Circolare Ministeriale 52/85- Lotta alle infezioni ospedaliere* sviluppando un modello organizzativo a rete che permetta il coinvolgimento sia delle strutture ospedaliero e che di quelle territoriale.

Gli ambiti di intervento di questo modello riguardano: la prevenzione e controllo del rischio infettivo, la stewardship antibiotica, la stewardship diagnostica e infine la stewardship della sepsi. Questi ambiti di intervento hanno contribuito anche a rinominare i Comitati Controllo infezioni (CIO) in **Team AID**.

La stessa Regione ha deliberato nel 2017 un *Gruppo tecnico per la lotta alla sepsi* che prodotto di un documento d'indirizzo su questo tema specifico [2].

Tale documento, descrittivo del percorso da intraprendere nel caso di sospetta sepsi, identifica alcuni indicatori per valutare sua l'implementazione nelle aziende sanitarie e ospedalieri da parte dei Team AID tra questi la realizzazione di un protocollo diagnostico terapeutico assistenziale della sepsi (PDTA sepsi).

L'Azienda USL Toscana Centro, azienda sanitaria organizzata in tredici ospedali e otto zone–distretto attraverso il Responsabile del Team AID aziendale ha costituito 5 gruppi di lavoro nel 2021 per revisionare il PDTA della sepsi [3].

Il gruppo che ha dato indicazioni sull'esecuzione delle emocolture ha discusso sulla qualità del prelievo e come il risultato (falsi positivi e falsi negativi) possa condizionare l'esito del trattamento antibiotico e ha convenuto che era necessario definire uno standard per la corretta esecuzione del prelievo.

Per questo motivo è stato definito un gruppo di redazione per una istruzione operativa specifica che ha prodotto il documento nel 2023 [4].

Tale istruzione oltre a descrivere le modalità di prelievo, conservazione e invio del prelievo presenta otto indicatori di monitoraggio specifici che vengono monitorati dai tecnici di laboratorio nella fase di recezione del campione e che quindi riguardano: l'eventuale invio di campioni in flaconi scaduti, l'etichettatura non corretta o assente, la presenza di cerotti su tappo dei flaconi.

Benché l'istruzione operativa descriva in maniera dettagliata la tecnica di prelievo non sono presenti nessun indicatore di monitoraggio.

La carenza di questo dato e stato oggetto di discussione da parte degli infermieri specialisti nel rischio infettivo nell'ambito degli incontri programma con la S.O.C. Monitoraggio, Qualità e Accreditamento del Dipartimento di Assistenza Infermieristica e Ostetrica si è deciso di cogliere l'occasione di una tesi di laurea in infermieristica per sperimentare una check di valutazione della fase pre-analitica dell'emocoltura che potesse integrare gli indicatori e valorizzare il ruolo di monitoraggio degli infermieri specialisti nel rischio infettivo dell'Azienda USL Toscana Centro.

Descrizione dell'esperienza/buona pratica:

Insieme alla studente è stata fatta una revisione della letteratura recente [5-10] per verificare la concordanza con gli standard definiti nella istruzione operativa. Gli standard sono risultati conformi alle raccomandazioni contenute nelle revisioni consultate.

È stato elaborato un questionario composto di 16 domande.

Le prime due hanno riguardato la descrizione del campione quale la sede di lavoro e anzianità di servizio. Le successive tre domande hanno valutato le modalità di diffusione, consultazione e condivisione dell'istruzione operativa. Le restanti undici domande si sono focalizzate sulla tecnica di prelievo con riferimento alla: disinfezione della membrana del flacone), il posizionamento del flacone durante il prelievo, il tempo di contatto degli antisettici sulla cute, la sequenza di riempimento (aerobi e anaerobi), le modalità di prelievo in caso di sospetta infezione di CVC, il volume di riempimento, le modalità di conservazione e di invio dei flaconi al laboratorio

Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo

Il questionario è stato riportato sul Google moduli per la compilazione online. Si è deciso il periodo di somministrazione (25 settembre-7 ottobre 2023) a cura degli infermieri esperti nel rischio infettivo dei singoli presidi ospedalieri.
Sono stati raccolti 367 questionari, durante la somministrazione si è scelto la compilazione cartacea per la scarsa disponibilità di computer.
È stati effettuata dagli studenti una analisi per ogni singolo Presidio e una analisi complessiva dei dati ai fine della tesi di laurea.
Lo studente ha restituito i risultati alle figure esperte nel rischio infettivo in un incontro post-laurea il 9 dicembre 2023. Sono previsti per il primo semestre 2024 M&M nei singoli Presidi per analizzare i risultatie validare la check da introdurre come strumento di monitoraggio dell'istruzione operativa dell'Azienda USL Toscana Centro per la gestione pre-analitica dell'emocolture.

Bibliografia di riferimento

1. Delibera della Giunta Regionale – Regione Toscana n. 1439 del 17-12-2018: Approvazione Linee di indirizzo per un approccio integrato alla prevenzione e contrasto alle infezioni correlate all'assistenza, all'antimicrobico-resistenza e alla sepsi
2. Regione Toscana- Lotta alla Sepsi -Call to Action, Visione, Strategia, Azione, Documento di indirizzo -Gruppo tecnico Programma Regionale di Lotta alla Sepsi- 2019
3. Azienda USL Toscana Centro -Protocollo clinico assistenziale Gestione clinico assistenziale del paziente con sepsi PC-DRO.04 -2022
4. Azienda USL Toscana Centro- IO.AGC.04, Istruzione operativa- Gestione preanalitica delle Emocolture-2023
5. Snyder JW.,(2015) Blood Cultures: the importance of Meeting pre-analytical requirements is reducing contamination, optimizing sensitivity of detection, and clinical relevance . *Clinical Microbiology Newsletter volume 37, issue 7, 1 aprile 2015 page 53-54*
6. Al-Ghaithi, H., Pathare, A., Al-Mamari, S., Villacrucis, R., Fawaz, N., & Alkindi, S. (2017). Impact of Educational Activities in Reducing Pre-Analytical Laboratory Errors: A quality initiative. *Sultan Qaboos University medical journal*, *17*(3), e309–e313.
7. Nurse 24 – Daniela Accorgi -Le modalità di prelievo dei campioni – 2018
8. Gonzalez, M. D., Chao, T., & Pettengill, M. A. (2020). Modern Blood Culture: Management Decisions and Method Options. *Clinics in laboratory medicine*, *40*(4),
9. Lamy, B., Sundqvist, M., Idelevich, E. A., & ESCMID Study Group for Bloodstream Infections, Endocarditis and Sepsis (ESGBIES) (2020). Bloodstream infections - Standard and progress in pathogen diagnostics. *Clinical microbiology and infection: the official publication of the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases*, *26*(2), 142–150.
10. AMCLI ETS. Percorso Diagnostico " Infezioni del torrente circolatorio" - Rif. 2023-13, rev. 2023"

Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo

"Presa in carico del paziente sottoposto a terapia car-t: pratiche assistenziali infermieristiche", di Simone Angeletti, Regione di appartenenza Marche

Introduzione:
Le cellule T con recettore chimerico (CAR-T) sono linfociti T (autologi o allogenici) ingegnerizzati per esprimere sia un recettore di natura anticorpale rivolto contro un antigene di membrana della cellula neoplastica, che una molecola costimolatoria in grado di attivare contemporaneamente la cellula T nel momento in cui si lega alla cellula neoplastica. La generazione di CAR-T autologhe su larga scala, dirette contro l'antigene CD19 (espresso sulla maggior parte delle linfoproliferazioniB) ha permesso di ottenere dei prodotti cellulari estremamente efficaci sia in pazienti giovani con Leucemia acuta linfoblastica ricaduta dopo trapianto allogenico, che in pazienti affetti da linfoma aggressivo, diffuso a grandi cellule B.

Descrizione dell'esperienza/buona pratica:
Dopo un'attenta analisi della letteratura è stato costruito un protocollo interno che ha permesso di definire l'intero processo: dalla candidatura del paziente alla dimissione e relativo follow up. In particolare, sono state costruite due schede infermieristiche per la raccolta di segni e sintomi al fine di riconoscere tempestivamente le complicanze relative alla terapia CAR-T. A queste due schede si aggiunge la costruzione di una flow-chart per la gestione della sindrome da rilascio di citochine e la relativa scheda del farmaco da utilizzare nel caso in cui si presenti tale sindrome.
La costruzione di tali strumenti, secondo le linee guida, ha permesso una attenta gestione del paziente ematologico sottoposto a terapia CAR-T e soprattutto fondamentali per il personale infermieristico per garantire che la cura e la gestione sia sempre conformi alle raccomandazioni dettate dall'EBMT e dalla normativa vigente.

Bibliografia di riferimento (max 10 anni)
1. Ibrahim Yakoub-Agha et al. Management of adults and children undergoing chimeric antigen receptor T-cell therapy: best practice recommendations of the European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT) and the Joint Accreditation Committee of ISCT and EBMT (JACIE). Hematologica 2020 105, (2)
2. NCCN 2020
3. R. Gupta et al. Management of chimeric antigen receptor (car) t-cell toxicities: a review and guideline for emergency providers. The Journal of Emergency Medicine, doi.org/10.1016/j.jemermed.2020.04.021

Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo

"L'evoluzione dell'accesso vascolare, compagno indispensabile intra edextraospedaliero" di Colancecco Pierpaolo e Di Basilico Graziano, Regione di appartenenza Abruzzo

Introduzione:
Negli ultimi anni l'introduzione di PICC e Midline ha permesso una maggiore diffusione di dispositivi vascolari in setting assistenziali non intensivi. La velocità di diffusione di queste tecnologie non va di pari passo con le conoscenze del personale che le utilizza. Il rischio di complicanze, associate alla gestione e indicazione di questi devices, rende necessario strutturare percorsi formativi rivolti al personale coinvolto direttamente o indirettamente. L'obiettivo è la riduzione delle complicanze legate al dispositivo, con la conseguente riduzione dei costi legati all'assistenza.

Descrizione dell'esperienza/buona pratica:
Nella ASL di Teramo il Team Accessi Vascolari (TAV) nasce in maniera formale nel 2022. Il TAV si occupa di: 1) impianto accesso venoso; 2) follow-up; 3) formazione; 4) stesura di protocolli e procedure; 5) ricerca. L'attività formativa si è concentrata, prevalentemente, sulla diffusione di buone pratiche relative a indicazioni e gestione degli accessi venosi. Gli Infermieri del TAV hanno raccolto dati all'interno delle UU.OO. per avere informazioni sulle conoscenze possedute dai professionisti deputati alla gestione degli accessi venosi. Il materiale fotografico e le interviste effettuate hanno evidenziato una deficitaria gestione delle medicazioni e delle linee infusionali. Altro dato importante evidenziato è l'utilizzo di accessi venosi non coerenti con la terapia in atto.

La scarsa conoscenza delle raccomandazioni esistenti in merito a gestione e indicazione dell'accesso venoso ha spinto gli autori a realizzare un bundle di indicazioni volte alla riduzione delle complicanze da cattiva gestione e da errata indicazione, utilizzando i più recenti dati presenti in letteratura.

Bibliografia di riferimento (max 10 anni)

1. Arakawa et al. *The JAID/JSC guidelines for management of infectious diseases 2017 e*
2. Barnes et al. *Guide to Preventing Central Line-Associated Bloodstream Infections*. Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology, Inc. (APIC), 2015;
3. Broadhurst et al. CVAA Occlusion Management Guideline for Central Venous Access Devices (CVADs) 2019 Second Edition. Vascular Access, volume 13 – supplemento 1, 2019;
4. Buchanan et al. *Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO) best practice guideline on the assessment and management of vascular access devices.* The Journal of Vascular Access, 2023;
5. Buetti et al. *Strategies to prevent central line-associated bloodstream infections in acute-care hospitals: 2022 Update*. Infection Control & Hospital Epidemiology, 2022;
6. Cotogni et al. *Comparative Complication Rates of 854 Central Venous Access Devices for Home Parenteral Nutrition in Cancer Patients: A Prospective Study of Over 169,000 Catheter-Days.* Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, 2020;
7. Cotogni et al. *Focus on peripherally inserted central catheters in critically ill patients*. World J Crit Care Med, 2014;
8. Denton et al. *Standards for infusion therapy*. Royal College Of Nursing, 2018
9. Gorski et al. *Infusion Therapy - Standards Of Practice.* Journal of Infusion Nursing, 2016;

1. Greco et al. *Linee di indirizzo per la gestione degli accessi vascolari centrali a medio elungo termine nel paziente oncologico.* AIOM, 2018;
2. Kovacevich et al. *American Society for Parenteral and Enteral Nutrition Guidelines for theSelection and Care of Central Venous Access Devices for Adult Home Parenteral NutritionAdministration.* Journal of Parenteral and Enteral Nutrition Volume 43 Number 1, 2019;
3. Loveday et al. *epic 3:Evidence-Based Guidelines For Preventing Healtcare-Associated Infection In NHS Hospitals In England*. Journal of Hospital Infection 86S1 S1–S70, 2014;
4. Manrique-Rodríguez et al. *Standardization and Chemical Characterization of IntravenousTherapy in Adult Patients: A Step Further in Medication Safety. Drugs in R&D 21:39–64, 2021;*
5. Pinelli et al. *GAVeCeLT-WoCoVA Consensus on subcutaneously anchored securement devices for the securement of venous catheters: Current evidence and recommendationsfor future research*. The Journal of Vascular Access, 2020;
6. Pittiruti et al. *Clinical experience of a subcutaneously anchored sutureless system forsecuring central venous catheters.* British Journal of Nursing, 2019;
7. Pittiruti et al. *European recommendations on the proper indication and use of peripheralvenous access devices (the ERPIUP consensus): A WoCoVA project*. The Journal of Vascular Access 1 –18 , 2021;
8. Pittiruti et al. Manuale GAVeCeLT Dei PICC e Dei Midline. Edra S.p.a, 2023
9. *Pittiruti et al. Manuale Pratico Dell'Accesso Venoso – Indicazioni, Impianto, Gestione.Antonio Delfino Editore, 2023;*
10. Pittiruti et al. *Raccomandazioni GAVeCeLT 2021per La Indicazione, L'impianto E LaGestionedei Dispositivi Per Accesso Venoso*. GAVeCeLT, 2021;
11. Regione Emilia-Romagna. *Linee di indirizzo regionali sulla buona pratica di cura degliaccessi vascolari*. 2021;
12. Rowley et al. *Guidance Document Standardizing the Critical Clinical Competency of Aseptic, Sterile, and Clean Techniques with a Single International Standard: Aseptic NonTouch Technique (ANTT®).* Association for Vascular Access, 2019;
13. *Sepsis and catheter-related bloodstream infection. Journal of Infection andChemotherapy, 2018;*
14. SIARTI . *Le Buone Pratiche Per Gli Accessi Vascolari.* www.siaarti.it/standardclinici, 2018;
15. The American Society of Anesthesiologists, Inc. *Practice Guidelines for Central Venous Access 2020. An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Forceon Central Venous Access*. ANESTHESIOLOGY, V 132, 2020;
16. Vigneri*. Gli Accessi Vascolari: Manuale Per Medici Ed Infermieri.* Edizioni MinervaMedica, 2018;
17. Zaccone et al. *Prevention and treatment of bcatheter-related venous thrombosis in long-term parenteral nutrition: A SINuC position statement*. Frontiers in Nutrition, 2023;

Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo

"L'efficacia del modello di case management in medicina nella riduzione delle ri – ammissioni e delle giornate di ricovero" di Pederzoli Katia, Regione di appartenenza Emilia-Romagna

Introduzione:
L'Infermiere Case Manager è il professionista della salute esperto con competenze avanzate, in ambito clinico-organizzativo, che si occupa della creazione di un particolare processo assistenziale basato sulla singola persona che viene seguita in tutte le fasi, dall'ammissione alla dimissione.
Gli obiettivi del case manager durante il ricovero sono:

- Presa in carico della persona assistita e la famiglia attraverso un'assistenza continuativa;
- Garanzia del massimo livello di autonomia residua possibile per la persona assistita;
- Identificazione del percorso extra-ospedaliero più adatto alla persona assistita;
- Reperimento delle risorse strumentali necessarie al domicilio per garantire una gradualità delle cure e una dimissione protetta.

Descrizione dell'esperienza/buona pratica:
La principale modalità di accesso in Medicina Interna avviene tramite ricorso diretto, in collaborazione con il servizio di bed management nel percorso di patient flow.
Il primo contatto dell'infermiere case manager con la persona assistita e il suo caregiver parte dal "colloquio d'accoglienza" che avviene entro le 72 ore dal ricovero. Il colloquio consiste nella valutazione clinico- assistenziale e sociale della persona assistita pre-ricovero. I principali strumenti quali-quantitativi utilizzati sono il colloquio narrativo, la scala di BRASS, l'Indice di Karnofsky e la scheda NuCOT (Nucleo di Continuità Ospedale Territorio) informatizzata con l'algoritmo decisionale. Allo stesso tempo, il case manager, riesce a valutare i possibili scenari alla dimissione.
Settimanalmente avviene il confronto con il NuCOT (infermieristico e sociale) per i casi con indice BRASS medio-alto.
Prima della dimissione si effettua il "colloquio di dimissione" coinvolgendo la persona assistita e il caregiver nel percorso dimissorio. Se necessario si effettua l'addestramento del caregiver, si richiedono ausili assistenziali in collaborazione con il medico e almeno 3 giorni prima della dimissione si attiva la dimissione protetta tramite la richiesta NuCOT.
Il case manager è responsabile del percorso iter post-ricovero nel caso in cui la persona assistita viene dimessa con un iter diagnostico-terapeutico ancora in corso.
Per favorire il flusso delle persone in ingresso il case manager, tramite la MEWS score stabile, accetta i pazienti in reparto che verranno poi valutati successivamente dal medico.

Bibliografia di riferimento (max 10 anni)

Artioli, G., Copelli, P., & Foà, C. (2016). *Valutazione infermieristica della persona assistita. Approccio integrato.* Poletto.

Chiari, P., & Santullo, A. (2010). *L'infermiere case manager. Dalla teoria alla prassi* (2 ed.). Milano: McGraw-Hill Education.

Materiali della Cartella clinica integrata. (s.d.). Tratto da Regione Emilia Romagna - Salute: https://salute.regione.emilia-romagna.it/assistenza-ospedaliera/file-cci

Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo

"Imparare a riconoscere e gestire l'assistito con episodi di delirium", di Bartolomei Alice e Mercatelli Sara, Regione di appartenenza Toscana

Introduzione:
Il Delirium è un disturbo neuro-comportamentale con decorso fluttuante, compromissione dell'attenzione e variazione acuta dello stato mentale e del comportamento. É una condizione comune negli assistiti anziani ospedalizzati, associata ad un aumento dei tempi di degenza, del carico assistenziale e ad un aumento del rischio di mortalità. All'incirca il 20/30 % degli assistiti ricoverati manifesta episodi di Delirium. Numerosi fattori predisponenti aumentano il rischio di delirio: età, demenza e fragilità. Le competenze clinico assistenziali per l'intercettazione precoce del Delirium si avvalgono di strumenti per la valutazione dello stato confusionale che si integrano con quelli in uso per la valutazione multidisciplinare dell'assistito. La diffusione di strategie per il precoce riconoscimento del Delirium, per l'individuazione dei fattori di rischio e la sua puntuale valutazione vengono riconosciute come pratiche per la sicurezza del paziente. Nonostante la sua importanza, continuano ad esserci delle carenze nella cura delle persone che ne sono affette. Innanzitutto, è talvolta sotto diagnosticato e il trattamento variabile. Misure preventive potrebbero ridurne l'incidenza, ma ancora ad oggi sono poche le unità cliniche che mettono in atto programmi di riduzioni del rischio.

Descrizione dell'esperienza/buona pratica: A partire dal 2021 all'interno del reparto di Medicina Interna della Valtiberina è stato introdotto l'utilizzo della scheda RASS per la valutazione dei pazienti a rischio di sviluppare episodi di delirium. La scheda permette di mettere in atto azioni preventive e gestionali mediante l'identificazione delle cause, il trattamento dei sintomi e la prevenzione delle complicanze. L'utilizzo di questa scheda di valutazione permette il trattamento precoce di questa patologia, aumentando anche la sensibilità degli operatori al tema trattato. Offre inoltre opzioni di trattamento in base al grado di agitazione che viene riconosciuto, talvolta riducendo la somministrazione della terapia farmacologica. La sedazione, infatti, presenta alcuni rischi intrinseci, in particolare se eccessiva o prolungata. Il crescente riconoscimento che l'uso di farmaci sedativi può avere un impatto sostanziale sulla durata della degenza e sulle complicanze ha aumentato la consapevolezza del valore di una valutazione strutturata della sedazione. L'obiettivo dell'introduzione di questa valutazione nella pratica clinica è I 'inserimento della scheda RASS nella cartella medica e infermieristica come strumento di monitoraggio della terapia antipsicotica, rispetto al totale delle SDO che riportano un codice di "Stato confusionale acuto". Nel 2021 la percentuale raggiunta è stata dell'88,26%, incrementata all'89% nel 2022. I dati relativi al 2023 sono in fase di studio, ma da una stima approssimativa si può affermare che lepercentuali siano in linea con gli anni precedenti. I dati raccolti ci permettono di affermare che una corretta valutazione dei pazienti con episodi di delirium possa avere un'incidenza positiva nella qualità dell'assistenza, offrendo opzioni di trattamento in linea con le linee guida di riferimento.

Bibliografia di riferimento (max 10 anni)
- Boarin M., Dossi M. (2018) Approcci non farmacologici per la prevenzione e la gestione del delirium nel paziente critico
-Belleza, M. (2019) Delirium Nursing Care Management

Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo

"Early boarding: la presa in carico infermieristica precoce del paziente proveniente da pronto soccorso", di Chiara Vannini e Katia Pederzoli, Regione di appartenenza Emilia-Romagna

INTRODUZIONE

Tradizionalmente il ricovero del paziente proveniente da pronto soccorso o medicina d'urgenza nei reparti medici viene effettuato dall'infermiere congiuntamente al medico. Questo presuppone che entrambi i professionisti siano disponibili ad accogliere il paziente, e talvolta questo aspetto ritarda la presa in carico, aumentando i tempi di permanenza in pronto soccorso. L'obiettivo dello studio è la presa in carico iniziale infermieristica precoce dei pazienti con una complessità minore, attraverso la valutazione della MEWS. Questo riduce i tempi di permanenza in pronto soccorso, e permette una presa in carico infermieristica precoce.
Un ulteriore obiettivo è la possibilità di ridurre i ricoveri notturni, e anticipare i ricoveri al mattino, qualora ci sia un posto letto disponibile. La presa in carico medica avviene nel momento in cui anche il medico è disponibile.

DESCRIZIONE DELL'ESPERIENZA/ BUONA PRATICA

Nel progetto sono stati coinvolti i reparti di Medicina 1 e Medicina 2, gastroenterologia degenze, neurologia dell'Ospedale Infermi di Rimini.
I pazienti che vengono presi in carico dall'infermiere del reparto medico sono i pazienti stabili, con una scala MEWS con score <3. La prima valutazione viene effettuata in pronto soccorso e rivalutata in un secondo momento nel reparto di degenza. Gli infermieri bed management gestiscono il patient flow tenendo conto del valore della MEWS.
Sono stati analizzati i dati dei primi 9 mesi del 2022 e confrontati con i dati dei primi 9 mesi del 2023 in termine di: fascia oraria del ricovero, numero totale dei ricoveri e stabilità MEWS.
Confrontando i primi nove mesi del 2022 con i primi nove mesi del 2023 si è evidenziato un aumento dei ricoveri nelle fasce della mattina e del pomeriggio, e una riduzione dei ricoveri durante il turno notturno. Il 96% dei pazienti provenienti da PS hanno avuto una MEWS < = 3 e ciò ha dimostrato la possibilità della presa in carico infermieristica in sicurezza.
L'early boarding mette in luce un cambiamento importante rispetto alla consuetudine del passato di effettuare il ricovero solo se presente il medico insieme all'infermiere. Mette in luce, inoltre, un aumento dei ricoveri nella fascia oraria del mattino, associato ad un aumento delle dimissioni o dei trasferimenti al mattino, anziché nel primo pomeriggio.
Mostra anche una sensibile riduzione dei ricoveri nella fascia oraria notturna, e in particolar modo evidenzia la responsabilizzazione dell'équipe, aumentando l'autonomia infermieristica nella valutazione e presa in carico del paziente.

Bibliografia di riferimento

Irish National Early Warning System (INEWS), National Clinical Effectiveness Committee (NCEC), Dublin, 2020
Berni G, Francois C, Tonelli L. National Early Warning Score (NEWS) Misurazione standardizzata della gravità della malattia. Tradotto e adattato dalla linea guida originale della Royal College of Physicians, Regione Toscana, 2014
Score NEWS in Medicina Interna: l'esperienza dell'ospedale "Madonna delle Grazie" di Matera, Clemente D., Newsletter Animo 2023.

Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo

"Survey sulla comprensione e sull'applicazione della procedura aziendale e delle linee di indirizzo regionali, per la gestione delle lesioni cutanee e ferite difficili, nei reparti del Dipartimento di medicina dell'AUSL di Modena", di Vanessa Mazzali, Regione di appartenenza Emilia-Romagna

BACKGROUND
La corretta gestione e la cura delle lesioni difficili rappresentano una quotidiana sfida per gli infermieri.

OBIETTIVO
Indagare la capacità di riconoscere e differenziare le diverse tipologie di lesioni cutanee, il livello di conoscenza delle scale di valutazione, la capacità di utilizzo appropriato delle diagnosi infermieristiche, della procedura aziendale e delle linee di indirizzo regionali, la capacità di identificare eventuali fattori predisponenti alla difficile applicazione degli strumenti, sondare il bisogno di inserire lo specialist wound care che al momento non è presente nell'ospedale di Carpi, per migliorare la gestione delle lesioni cutanee, dare continuità al trattamento e alla presa in carico del paziente lesionato

METODO: La survey è stata identificata come strumento ideale per raggiungere gli obiettivi. Il giorno 15 maggio 23 è stato inviato via mail il link attivo con il questionario a tutti gli infermieri (222) dei reparti di medicina dell'azienda USL di Modena. Il link è rimasto attivo fino al 15 luglio 23

RISULTATI: Alla survey hanno risposto un totale di 115 infermieri su 222 (51,8%)

CONCLUSIONI: il personale infermieristico conosce e applica le scale di rischio, le diagnosi infermieristiche NANDA, la procedura aziendale e le linee guida regionali. Emerge la necessità di una formazione continua. Si rileva una difficoltà di applicazione per la mancanza di un tempo dedicato, per la difficile consultazione rapida del materiale e alla non sempre ottimale conoscenza dei presidi disponibili. Emerge il bisogno di avere uno specialist wound care

Bibliografia di riferimento (max 10 anni)

Guida della regione Emilia-Romagna alla scelta appropriata dei dispositivi di medicazione (2022)
Linee di indirizzo sulla prevenzione delle lesioni da pressione nell'assistenza ospedaliera e territoriale (2018)

Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo

Monitoriamo l'evoluzione: esiti dell'organizzazione e appropriatezza del setting Medicina *High Care* dell'ospedale Santa Maria Nuova, di Mario Angione, Giulia Sarti, Regione di appartenenza Toscana

Introduzione:

Il primo decennio degli anni Duemila ha visto crescere, in Italia, la consapevolezza dell'esigenza diriservare le cure ospedaliere a pazienti selezionati per criticità e complessità delle condizioni cliniche, necessità di competenze specialistiche e uso di tecnologie non disponibili negli altri setting di cura. A partire dal 2000 la Regione Toscana ha avviato un processo di ripensamento del ruolo dell'ospedale: da fulcro su cui si era sempre incentrata l'erogazione dell'assistenza sanitaria esso sarebbe dovuto diventareuna risorsa estrema – da usare solo quando è indispensabile e per il tempo strettamente necessario, organizzata ponendo al centro il paziente e i suoi bisogni d'assistenza. Nella successiva L.R. 40/2005, che ancora oggi costituisce il riferimento per l'organizzazione del SSR, si esprimeva l'auspicio di una
«strutturazione delle attività ospedaliere in aree differenziate secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza ed il regime di ricovero, superando gradualmente l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica», e l'«individuazione per ciascuna area ospedaliera di distinte responsabilità gestionali sul versante clinico-assistenziale ed infermieristico e di supporto ospedaliero» (art. 68). La realizzazione di "degenze multispecialistiche" è sempre stata considerata una caratteristica di innovazione necessaria a superare i paradigmi organizzativi preesistenti, basati sulla struttura dei reparti dedicati alle singole specialità mediche e chirurgiche.
La nuova organizzazione dell'ospedale presuppone un ripensamento della presa in carico del paziente. Questa deve essere personalizzata, univoca e condivisa attraverso tutti i livelli di cura. La metamorfosi concettuale è radicale: si passa dal principio di hosting, secondo il quale al centro dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria risiede l'idea di curare la malattia, al principio di case management, per cui l'idea centrale diventa farsi carico direttamente del paziente. Tutto ciò comporta inevitabilmente la necessità di istituire modelli di lavoro multidisciplinari e di definire linee guida e protocolli condivisi. Risulta fondamentale l'evoluzione delle professioni sanitarie e l'integrazione di nuove professionalità, coerenti con il nuovo sistema organizzativo. Nasce il bisogno di un'attenta politica di sviluppo professionale; la professionalità diventa la base del vantaggio competitivo. I percorsi clinici integrati, tramite l'interazione tra competenze professionali e l'uniformità dei processi di cura, ispirati alle evidenze cliniche aggiornate, consentono di garantire la centralità del paziente e la sua presa in carico. In questo modo si ricercano esiti di salute positivi, poco influenzati dalla variabilità dei comportamenti professionali.
L'intensità delle cure di cui necessita il paziente determina pertanto la complessità assistenziale: "La complessità assistenziale è l'insieme di interventi medici e infermieristici espressi in termini di intensità di impegno e qualità del lavoro del team multiprofessionale" e attraverso la valutazione dell'intensità clinica e della complessità assistenziale vengono individuati 3 piattaforme logistiche di degenza a ciclo continuo:
• 1° Livello → Il paziente presenta la necessità di centralizzazione e la cura della reale instabilità clinica; l'accesso a questo livello è caratterizzato dalla instabilità del paziente e deve avvenire in una logica di appropriatezza; comprende le terapie intensive e sub intensive;
• 2° Livello → Costituito dalle degenze ad alto grado di assistenza di breve durata, nel quale confluisce gran parte della casistica, è caratterizzato da una elevata variabilità della complessità medica ed infermieristica; comprende le degenze ordinarie, degenze chirurgiche (week surgery, one day surgery), degenze mediche e degenze materno infantile.
3° Livello → E' invece dedicato alla cura delle post-acuzie. Fanno parte di questo livello le degenze a basso grado di assistenza. E' da ritenere che la low care identifichi un'area in cui vengono accolti pazienti con pluripatologie, che necessitano ancora di assistenza sanitaria, ma non ad alto contenuto tecnologico ed ad alta intensività assistenziale.
Tale premessa si rende necessaria per introdurre il progetto il cui focus si realizza sull'esplicitare come i pazienti, che sono stati valutati con un livello di complessità clinica e assistenziale compatibile con il livello 2, attraverso la presa in carico specifica e tempestiva e gli interventi clinico – assistenziali, abbiano perseguito in un percorso di cura appropriato evitando evoluzioni cliniche e necessità di trattamento sub-intensivo.

Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo

Descrizione dell'esperienza/buona pratica:

Il programma di rinnovamento dell'organizzazione degli ospedali ha posto l'accento sulla definizione dei processi di cura, con i seguenti obiettivi:
1. stabilire una visione unitaria di ciascun percorso clinico, estesa alle fasi di cura precedenti e consecutive rispetto all'episodio di ricovero;
2. evitare le possibili interferenze tra percorsi di cura che potrebbero convergere sulle medesime risorse;
3. minimizzare le interruzioni dei flussi di cura che possono causare prolungamento inappropriato dei tempi di ricovero

I vantaggi di questo modello organizzativo sono rappresentati dalla centralità dell'utente e dalla ricerca del suo massimo grado di soddisfazione. Nello specifico il modello applicato al Presidio Ospedaliero Santa Maria Nuova di Firenze vede il livello 2 realizzarsi nella Medicina A del medesimo ospedale. La riorganizzazione del setting con l'introduzione di device specifici di monitoraggio quali 4 Monitor e 4 Telemetrie portatili ha permesso di intercettare rapidamente quei quadri possibilmente evolutivi di instabilità clinica e di evitare trasferimenti presso aree sub-intensive appartenenti al livello 3. L'analisi effettuata prende in considerazione gli anni 2018, 2019 antecedenti all'implementazione del modello 2 A e gli anni 2022,2023 successivi all'applicazione avvenuta nel 2021.

Si è tralasciato volutamente il periodo "COVID 19" dove la variabilita' dovuta a mancanza di conoscenza del fenomeno prima e successivamente agli alti numeri poteva produrre dati non in linea con il principio "intensità di cure". Nel 2018 a fronte di un totale di ricoveri pari 2.085, 5 pazienti sono stati trasferiti in Unità Intensiva, stesso dato si ripete nel 2019 a fronte però di un maggior numero di ricoveri, pari a 2.628. Nel 2022 a fronte di 2.120 ricoveri, diminuiti grazie anche all'implementazione di nuovi modelli organizzativi, 3 pazienti sono stati trasferiti in unità intensiva; nel 2023 a fronte di 1899 ricoveri solo 2 pazienti sono stati trasferiti in Unità Intensiva. Dati estremamente confortanti che confermano come tale condizione può persistere grazie alla formazione effettuata sul team multidisciplinare per la gestione dei device e la lettura degli stessi offrendo nel contempo un aumento della responsabilizzazione nel percorso di cura e una maggior autonomia che accresce la motivazione e la capacità, favorendone la gratificazione e lo sviluppo professionale. Questi ultimi parametri rappresentano un elemento cardine al perseguimento del percorso assistenziale del paziente in cui l'infermiere è diretto responsabile dell'assistenza in condivisione con il team multidisciplinare.

Bibliografia di riferimento (max 10 anni)

Guarinoni MG, Motta PC, Petrucci C, Lancia L. Progressive Patient Care e organizzazione ospedaliera per intensità di cure: revisione narrativa della letteratura. ≪Professioni Infermieristiche≫ 2014, 66(4), 205-21, doi: 10.7429/ pi.2013.664205

DIFFUSIONE DEI MODELLI ORGANIZZATIVI PER INTENSITÀ DI CURE NEGLI OSPEDALI TOSCANI Diffusione dei modelli organizzativi per intensità di cure negli ospedali toscani marzo 2020 n. 106

Assistenza ospedaliera per intensità di cura. Salute, Emilia-Romagna, 14 aprile 2016. Available from: http://salute.regione.emilia-romagna.it/assistenza-ospedaliera/intensita-di-cura

Mongardi M., Sciolino L., Monitoraggio delle modalità organizzative per intensità di cura in RER (a. 2012-2014): Risultati. 6 maggio 2016

Mongardi M, Bassi E, Di Ruscio E. Ospedale per Intensità di cura: strumenti per la classificazione dei pazienti. DGSPS, Servizio Presidi Ospedalieri, Regione EmiliaRomagna, Febbraio 2015

Ventrella F., Fortunato F.. Organizzazione della struttura complessa di Medicina Interna per Intensità di Cure: l'Area Critica di Medicina Interna. Mecosan 2019

Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo

"Dal functional nursing con il fundamental care nurse al modular nursing: implementazione di un nuovo modello" di Chiara Vannini e Katia Pederzoli, Regione di appartenenza Emilia-Romagna

Introduzione.

Il modello organizzativo attualmente presente nella Medicina interna II – Gastroenterologia è improntato sul functional nursing, con un infermiere referente di settore e un fundamental care nurse responsabile delle fundamental care. Questo modello nel tempo ha evidenziato una frammentazione delle cure, una dispersione delle informazioni e un aumento delle missed care. Si è così implementato il modello di modular nursing che, in collaborazione con il case manager, permette una presa in carico più efficace, con una pianificazione infermieristica più rapida e attenta.

Descrizione dell'esperienza/ Buona Pratica. Il modello di assistenza modulare è un modello organizzativo che combina il modello per piccola equipe e il modello del primary nursing. E' stato sperimentato all'interno del reparto di Medicina interna II e Gastroenterologia (53 posti letto), attraverso la riorganizzazione isorisorse del personale.

L'infermiere di settore garantisce l'assistenza completa durante il turno. Coordina i membri del gruppo e fornisce assistenza diretta in collaborazione con il resto dell'equipe. Tutti gli infermieri del turno hanno le informazioni necessarie per identificare i bisogni e per essere pienamente responsabili del proprio settore. L'implementazione del modular nursing rappresenta l'occasione per mettere in pratica una modalità di erogazione dell'assistenza altamente professionalizzante ed efficace. L'equipe ha una visione complessiva della persona assistita all'interno del proprio modulo e si sente maggiormente gratificato. Aumenta il grado di soddisfazione del team, dell'assistito e del caregiver.

Bibliografia

- Santullo A., "L'infermiere e l'innovazione in sanità" McGraw –Hill
- Carlo Calamandrei "Manuale di managment per le professioni sanitarie" Mcgraw –Hill 4 Ediz.2015
- Chiari P., Santullo A., "L"infermiere case manager" Mcgraw –Hill 2011

Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo

"N.E.W.S. 2 (Nationale Early Warnig Score 2)", di Nunzio Francesco Sapuppo,
Regione di appartenenza Emilia-Romagna

Introduzione:

Negli ultimi anni gli studi e le ricerche in ambito sanitario hanno visto porre il focus nel trovare metodi standard e validati per valutare alcuni importanti fattori:

- Riconoscere precocemente il deterioramento del paziente durante la degenza
- Realizzare procedure standard, sicure e di rapido utilizzo per le cure
- Aumentare la qualità di assistenza al paziente

Già nel 2006 l'agenzia sanitaria inglese dimostrava attraverso studi clinici come il tempo intercorso tra l'inizio del deterioramento clinico e il successivo peggioramento delle condizioni cliniche e il trasferimento di un paziente in reparti di alta intensità/semintensiva era troppo lungo.

Nel 2012 il Royal College of Physicians (RCP) sviluppa e redige uno score nazionale N.E.W.S. (National Earlyng Warnig Score), oggi presente nelle direttive regionali Italiane.

Il N.E.W.S. composto da 6 parametri:

1. Frequenza respiratoria
2. Frequenza cardiaca
3. Temperatura corporea
4. Pressione sistolica
5. Stato di coscienza
6. Saturazione di ossigeno

Rilevati da personale Infermieristico, restituisce al risultato delle misure un numero per ciascun parametro, il valore N.E.W.S. determinato dalla somma dei singoli punteggi indica la severità delle condizioni cliniche del paziente Nel 2017 il RCP emana il NEWS 2 che attenziona i pazienti con Insufficienza Respiratoria.

Descrizione dell'esperienza/buona pratica:

Nel 2022 in Area Medica Ospedale Maggiore, in via sperimentale prima e poi attraverso la realizzazione di Istruzione Operativa viene introdotto il NEWS, la sua implementazione ha visto la realizzazione di eventi formativi residenziali e la contestuale introduzione all'interno del Sistema Cartella Clinica Elettronica. Quindi all'interno di SCCE si è provveduto ad inserire la scala NEWS 2 e NEWS 2 BPCO. Una volta selezionata la scala di interesse si procede alla compilazione della stessa. A seconda del parametro selezionato, gli item si coloreranno con la restituzione della somma dei singoli parametri e la contestuale colorazione gialla del flag con somma di 5, valore da attenzionare. Con l'adozione di codici, questa innovazione permette al personale Infermieristico l'individuazione rapida della somma dei singoli valori aggiungendo quindi anche un avviso determinato dal codice colore stesso.

Con l'intento di raggiungere capillarmente i professionisti è stata realizzata all'interno della piattaforma Regionale SELF-PA evento informativo/formativo.

Bibliografia di riferimento

- Royal College of Physicians – NEWS 2 - Standardsing the assesment of acute illness severity in the NHS 2017
- Regione Toscana – NEWS (National Early Warning Score) – 2016
- Regiona Emilia-Romagna – Ospedali per Intensità di cura: strumenti per la classificazione di paziente - 2015

Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo

"L'Infermiere di Famiglia e di Comunità nella presa in cura della persona affetta da disturbi cognitivi e demenze: il progetto dell'Azienda Usl Sud Est presso la Zona Distretto Amiata Grossetana-Colline Metaliifere-Grossetana", di Loredana Micheli, Regione di appartenenza Toscana

Introduzione:

La demenza è una malattia cronico degenerativa, caratterizzata dalla progressione più o meno rapida dei deficit cognitivi, dei disturbi del comportamento e del danno funzionale con perdita dell'autonomia e dell'autosufficienza con vario grado di disabilità e conseguente dipendenza dagli altri, fino alla immobilizzazione a letto. È necessario pervenire il più rapidamente possibile ad una diagnosi precisa che permetta interventi farmacologici e/o psicosociali volti a contenere la progressione della malattia in relazione allo stadio, al grado di disabilità ed alla comorbilità; è altrettanto necessario ed irrinunciabile gestire tutti i problemi che si presentano nel percorso dei vari stadi. La demenza è in crescente aumento nella popolazione generale ed è stata definita secondo il Rapporto OMS una priorità mondiale di salute pubblica con una stima ogni anno di 7,7 milioni di nuovi casi ed una sopravvivenza media dopo la diagnosi di 4-8-anni. I costi si aggirano intorno ai 604 mld di dollari/anno con incremento progressivo e continua sfida per i sistemi sanitari. Tutti i Paesi devono includere le demenze nei loro programmi di salute pubblica; a livello internazionale, nazionale regionale e locale sono necessari programmi e coordinamento su più livelli e tra tutte le parti interessate. È necessario assicurare la migliore qualità di vita possibile per il paziente ed un supporto adeguato per i familiari da parte dei sistemi sanitari, sociali, finanziari e giuridici.

Descrizione dell'esperienza/buona pratica:

A tale proposito nell'Az. Usl Sud Est, nella zona grossetana, è stato realizzato un progetto multidisciplinare al fine di garantire una migliore gestione sanitaria e sociale della persona affetta da disturbi cognitivi e demenze.

Il progetto nasce dalla collaborazione fra i professionisti del Centro dei Disturbi Cognitivi e Demenze (CDCD) dell'area grossetana e le Cure Primarie Territoriali. Al progetto ha collaborato anche l'Università degli Studi di Siena con il Corso di Laurea in Infermieristica attraverso la partecipato di una studentessa. Il percorso realizzato per le persone con disturbi cognitivi garantisce loro un accesso sul territorio dedicato per eseguire gli esami diagnostici per la presa in cura.

In quest'ottica l'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) si inserisce nel contesto territoriale di appartenenza e garantisce, in collaborazione con l'OSS, il percorso. L'approccio alla persona ed alla famiglia viene completato dalla consegna in ambito ambulatoriale infermieristico di un opuscolo di "suggerimenti al caregiver" nella gestione della quotidianità a domicilio. L'opuscolo è stato suddiviso in aree tematiche, ad ognuna di esse sono stati inseriti dei suggerimenti che possono aiutare nella gestione della quotidianità la persona con demenza da parte del caregiver. Ogni area tematica è corredata inoltre da un QrCode che riporta ad un filmato con ulteriori suggerimenti consultabile on line. È prevista la traduzione dell'opuscolo nella lingua inglese, rumena, russa e ucraina così da poter essere letto e compreso anche da caregiver di altre nazionalità. L'opuscolo sta seguendo il percorso di valutazione da parte del Comitato Etico Aziendale per l'autorizzazione alla divulgazione ed alla sua distribuzione nelle varie sedi ambulatoriali della Zona Distretto Colline Metallifere-Amiata Grossetana-Grossetana e nelle Colline dell'Albegna. Nella prima pagina dell'opuscolo verrà inoltre inserito un ulteriore QrCode che permetterà di visualizzare attraverso il sito aziendale i vari opuscoli in formato PDF tradotti nelle varie lingue. Il percorso sarà concluso entro il mese di marzo 2024.

Bibliografia di riferimento (max 10 anni)

https://www.iss.it/le-demenze-piano-nazionale-demenze
https://www.salute.gov.it/portale/demenze/dettaglioContenutiDemenze.jsp?lingua=italiano&id=4231&area=demenze&menu=vuoto
https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero &id=6350
Mencacci,Elisa; Bordini, Adalberto; Busato, Valentina, " Non sono più io, come fronteggiare l'interminabile lutto della demenza" Editrice Dapero, 2020.
Jones, Moyra, "Gentlecare. Chariging the experence of Alzheimer's disease in a positive way" 1999;Bartorelli, Luisa," Gentlecare, un modello positivo di assistenza per l'Alzheimer", Edizione italiana Grafichr VD srl, 2020.
Recanati, Simona, "Io sono l'Alzheimer, guida pratica per conoscere e affrontare la malattia", Gribaudo2019

ANIMO
FORMAZIONE RICERCA SVILUPPO INNOVAZIONE
Associazione Nazionale Infermieri Medicina

Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo

Vogliamo salutarvi così e augurarVi una Buona estate!!!

Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo

Per i soci di Anìmo è disponibile "Aggiorn@Fadoi", appuntamento quindicinale di aggiornamento in cui troverai, tra le molte iniziative FADOI, anche l'ANGOLO Animo in cui vengono recensiti argomenti di interesse infermieristico.

Per accedere ai contenuti di "Aggiorn@Fadoi" accedi all'indirizzo **https://animo.fadoi.org/**

Ricordati inoltre, di seguirci sempre attraverso i nostri canali *social* e il nostro sito *web* **https://animo.fadoi.org/** per tenerti informato su tutte le nostre attività ed eventi formativi.

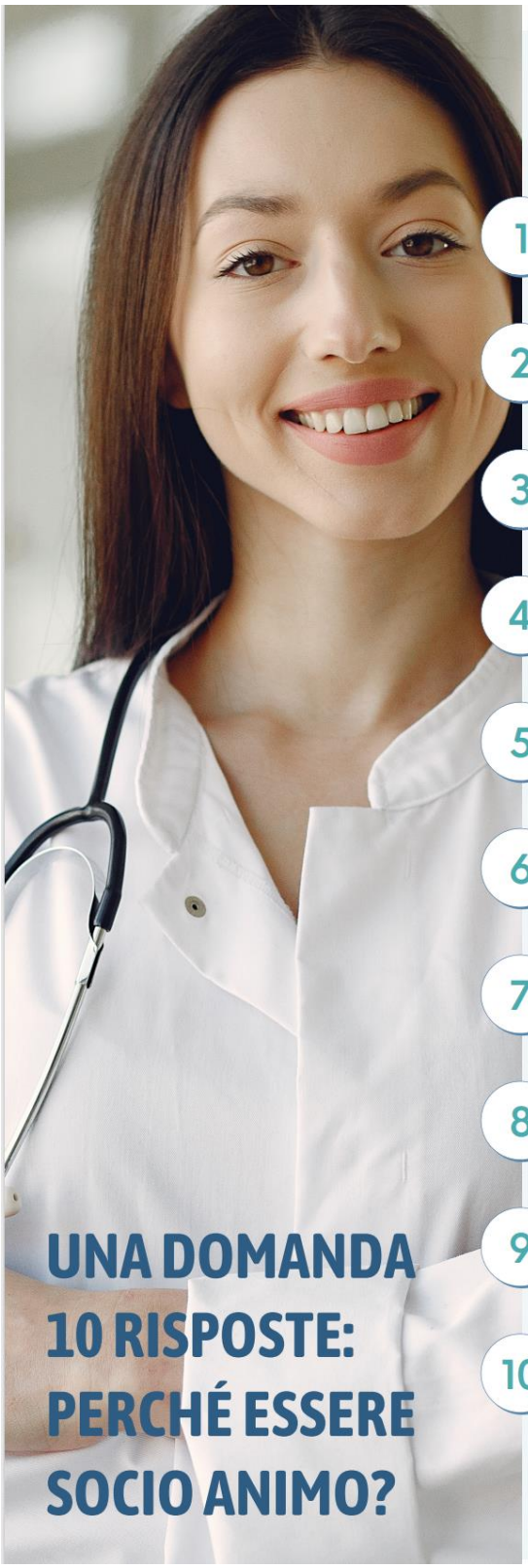
Se hai condotto una revisione, uno studio, se nel tuo contesto lavorativa è in uso una buona pratica o è stato implementato un progetto di miglioramento e hai voglia di condividerlo scrivi a **newsletter.animo@gmail.com**

Per contatti: animo@fadoi.org

ANIMO
FORMAZIONE RICERCA SVILUPPO INNOVAZIONE
Associazione Nazionale Infermieri Medicina

Speciale

XIX Congresso Nazionale Animo



ANIMO
FORMAZIONE RICERCA SVILUPPO INNOVAZIONE
Associazione Nazionale Infermieri Medicina

1. **Curare** la mia formazione con una vasta offerta di eventi, congressi regionali ed un congresso nazionale!
2. **Confrontarmi** con gli infermieri di tutta Italia e le migliori esperienze nazionali!
3. **Partecipare** attivamente a tutte le iniziative che ANIMO organizza ogni anno!
4. **Essere coinvolto** in progetti di ricerca ed essere parte attiva del Gruppo ricerca ANIMO!
5. **Accrescere** il mio curriculum personale che sarà più ricco e attrattivo!
6. **Accedere** ad alcune aree riservate del sito FADOI: leggere la rivista Italian Journal of Medicine, i Quaderni dell'Italian Journal of Medicine, l'ANGOLO ANIMO all'interno di Aggiorn@FADOI
7. **Ricevere** periodiche newsletter con approfondimenti su varie tematiche di interesse infermieristico!
8. **Rendere visibile** la competenza dell'infermiere di area medica e insieme ai miei colleghi sollecitare le istituzioni valorizzando il nostro lavoro e la nostra posizione professionale!
9. **Accedere** al sito ANIMO e a tutte le sue attività!
10. **Essere parte** della più grande community di infermieri di area medica!

NON ASPETTARE!
ISCRIVITI TRAMITE L'AREA SOCI NEL SITO WWW.ANIMO.FADOI.ORG